

LS/m

2676 0018600

CELADE

15/8/76

01234

Distribución interna

Valdecir F. Lopes

Serie B, Nº 32.
Diciembre, 1970.
500.

LAS ESTADÍSTICAS DE SERVICIO
EN LOS
PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR
(2a. edición revisada)

829

I N D I C E

	<u>Página</u>
I. ANTECEDENTES	1
II. DEFINICION	1
III. UTILIDAD DE LAS ESTADISTICAS DE SERVICIO.....	2
IV. CONDICIONES A LAS QUE DEBEN ATENDER LAS ESTADISTICAS DE SERVICIO.....	2
V. LA EXPERIENCIA LATINOAMERICANA	4
VI. LA EXPERIENCIA DE FORMOSA (TAIWAN)	5
VII. SUGERENCIAS PARA UN PROGRAMA DE RECOLECCION DE DATOS.....	9
BIBLIOGRAFIA	30

I. ANTECEDENTES

Los programas de planificación familiar en la región latinoamericana son muy recientes, pudiéndose considerarlos como prácticamente inexistentes hasta el año 1965. Hay que tener en cuenta, además, que la mayoría de ellos comenzó por iniciativa de pequeños grupos de médicos (gineco-obstetras e higienistas) quienes proponían los métodos anticonceptivos como la alternativa para tratar de prevenir el aborto inducido.

Sólo en años recientes se ha ampliado esta actividad, mediante el apoyo de organismos internacionales y nacionales, públicos o privados.

Sin embargo, a pesar de tratarse de una actividad relativamente nueva, se observa una creciente expansión del número de clínicas de planificación familiar en los países de la región, anotándose cerca de 1 000, en los diferentes países, en el año 1969. El número de pacientes atendidas, en las clínicas privadas y hospitales gubernamentales de los países de América Latina, en el período 1965-1969, era de 864 000, según los datos estadísticos disponibles.

Teniendo en cuenta la poca experiencia existente en la administración y evaluación de los programas de planificación familiar y considerando que los países de la región poseen características similares, en cuanto a muchos aspectos, y que difieren, a su vez, de otras regiones del mundo en las que se ha acumulado mayor experiencia en relación con dichos programas, parece muy importante poder reunir e intercambiar experiencias a nivel regional.

Para lograr este objetivo, es necesario disponer de informaciones que presenten un mínimo de uniformidad, tanto en relación a las variables investigadas como en lo que se refiere a conceptos y metodología. De ahí la importancia de establecer patrones mínimos a ser observados por los diferentes países de la región latinoamericana, en relación con las estadísticas de servicio.

II. DEFINICION

Las estadísticas de servicio están representadas principalmente por la información obtenida por el personal del programa en la ejecución diaria de sus tareas y deben incluir datos de distinto tipo, tales como: a) geográficos (división administrativa de residencia de los clientes, área urbana o rural); b) personales (edad, número de hijos actualmente vivos); c) servicios suministrados; d) personal empleado; etc.

III. UTILIDAD DE LAS ESTADÍSTICAS DE SERVICIO

Se considera que sin disponer de esta clase de registros es imposible manejar un programa de alguna magnitud. Desde un punto de vista meramente administrativo, los registros permiten conocer, entre otros aspectos:

- a) número de mujeres que están participando del programa;
- b) número de mujeres atendidas en un período dado, en cada consultorio o área de atención;
- c) necesidades de personal, a corto y mediano plazo, de acuerdo al desarrollo del programa;
- d) necesidades financieras a corto y a mediano plazo, etc.

Las estadísticas de servicio permiten, además, que se realicen estudios para aumentar la eficiencia del programa, mediante el conocimiento de ciertos aspectos especiales, tales como:

- a) características demográficas, culturales y socio-económicas de las mujeres que ingresan al programa y de las que de él se retiran;
- b) nivel de aceptación de cada tipo de anticonceptivo empleado, según las características de las mujeres;
- c) eficacia de cada tipo de anticonceptivo empleado.

IV. CONDICIONES A LAS QUE DEBEN ATENDER LAS ESTADÍSTICAS DE SERVICIO

Según el Manual de Estadísticas de Servicios en los Programas de Planificación Familiar, editado por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, "no existe un sistema único de estadísticas de servicio que permita contar con todos los datos para la valoración detallada de cualquier programa de planificación familiar. Las necesidades son diversas y cambiantes, por lo que se requiere una unidad de valoración independiente, distinta de la encargada de la operación diaria; dicha unidad debe integrarse a la estructura de la organización en forma que pueda transmitir rápida y libremente sus hallazgos y sugerencias a los administradores de alto nivel.

Además de establecer el sistema y analizar las estadísticas, la unidad puede hacer cada dos o tres años encuestas detalladas de Conocimiento, Actitudes y Práctica (C.A.P) entre la población general (no solamente clientes) y efectuar los estudios de seguimiento de las usuarias, los que deberán considerarse como parte integrante de las estadísticas de servicio".

Quizás valga la pena referir que, según sus autores, en la preparación del Manual se tuvieron presentes los siguientes principios:

- a) dar mayor importancia a los resultados de informaciones que se deseaban obtener a partir del sistema de registro y dejar muchos de los detalles de cómo obtenerlos a la decisión de cada cual, de acuerdo con sus condiciones locales;
- b) depender en lo posible de métodos ya ensayados y que hubieran demostrado su conveniencia en un programa a gran escala, por lo menos;

- c) recurrir a procedimientos y formularios sencillos, susceptibles de ser utilizados en gran diversidad de situaciones de campo".

Sin embargo, se considera que "es muy importante llegar a la estandarización del sistema de registros en los programas de planificación familiar", para lograr la comparación de los datos dentro de un mismo programa y entre programas distintos.

Terminando la presentación del manual, reconocen sus autores que "en esta etapa todavía temprana del desarrollo de programas de planificación familiar cualquier manual de este tipo tiene que ser de carácter tentativo, pero precisamente es el momento en que más se necesita compartir experiencias, cosa casi imposible, de no existir procedimientos estandarizados de registros".

Quisimos referirnos al Manual publicado por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, porque además de ser uno de los pocos trabajos disponibles en el género, poner de relieve dos aspectos que reputamos muy importantes:

1. la necesidad de uniformar los procedimientos para obtener una información comparable en el tiempo (entre épocas distintas de un mismo programa) y en el espacio (entre diferentes programas contemporáneos), y
2. el carácter tentativo de todo lo que está haciendo en relación con las estadísticas de servicio.

En algunos casos los responsables de los programas de planificación familiar se han preocupado más por crear las hojas de "información estadística mensual" que los instrumentos básicos para obtención de la información primaria, dejando a criterio de los responsables de la ejecución del programa cierto margen de decisión en cuanto a la forma de obtener y registrar los datos.

No sólo en estadísticas de servicio en programas de planificación familiar, sino que en cualquier tipo de levantamiento de datos para fines estadísticos, la información final será tan buena o tan mala como los datos en los cuales esté basada. Si hablamos de criterios uniformes para recoger y presentar estadísticas de servicio, los procedimientos de recolección adquieren aun mayor importancia.

En síntesis, diríamos que un buen instrumento de recolección de datos debe atender a ciertas condiciones básicas, tales como:

1. Tamaño. Tener un tamaño que facilite su manipulación en las distintas etapas de trabajo y que facilite, igualmente, su archivo.
2. Sencillez. Ser lo suficientemente sencillo en cuanto a la forma y al contenido, como para ser comprendido por todas las personas que lo van a utilizar en las distintas etapas de trabajo. Con eso se ahorra tiempo y se obtiene, a la vez, una información de mejor calidad.

3. Adecuación. Ser adecuado a los fines para los cuales fue creado, es decir, contener toda la información necesaria a la obtención de la información final que se requiere y no contener informaciones que no atiendan a este propósito.
4. Universalidad. Ajustarse a las situaciones, de tal modo que pueda aplicarse a distintos tipos de clínicas y de programas dentro de un mismo país e incluso en diferentes países. Sólo así se podrá lograr la deseada comparabilidad.
5. Operatividad. Estar diseñado de modo de facilitar la operación en distintas etapas de trabajo (llenar, codificar, transferir los datos a tarjetas, etc.).

Podría ser útil para atender a las condiciones mencionadas, seguir en el diseño del instrumento de recolección de datos para los programas de planificación familiar las mismas normas que se recomiendan para el diseño del cuestionario en general.

V. LA EXPERIENCIA LATINOAMERICANA

Como lo hemos mencionado al inicio de este trabajo, no se puede hablar propiamente de una experiencia latinoamericana en lo que respecta a los programas de planificación familiar, por lo que tampoco se puede hablar mucho de estadísticas de servicio o de la evaluación de los programas.

Aunque algunos programas lleven estadísticas más desarrolladas que otros, podría decirse que todavía hay mucho que hacer, antes de poder disponerse de datos que permitan acompañar de cerca el desarrollo de los programas y, sobre todo, comparar los resultados obtenidos en regiones diferentes o en distintos países.

En trabajo que presentó al Seminario Sobre Métodos de Evaluación de Programas de Planificación Familiar (SEHEV), realizado por CELADE, el Dr. Aníbal Faúndes señala que "desgraciadamente, a medida que los programas se extienden, se va perdiendo el control de las pacientes hasta el punto que se ignora habitualmente cuántas de las que comenzaron una práctica anticonceptiva continúan en uso".

Sin embargo, algunos países han progresado más que otros y han llegado inclusive a realizar algunos análisis con base en datos obtenidos de los programas.

Interpretamos como positivo el hecho de que haya una conciencia unánime de la importancia de disponer de datos estadísticos sobre el desarrollo de los programas, aunque ella se traduzca, en la práctica, en intentos aislados o no coordinados por encontrar un procedimiento adecuado para alcanzar este objetivo.

En cuanto a lo que se está realizando en la región, en relación con las estadísticas de servicio, podría decirse que de modo general ocurre lo siguiente:

1. Se ha puesto más énfasis en los resultados que se desean obtener que en los detalles de cómo obtenerlos;
2. En muchos casos se utilizan distintos tipos de formularios, tales como, por ejemplos: a) formulario de admisión; b) formulario de control (método oral); c) formulario de control (DIU), etc.;
3. Aunque los "formularios de admisión", o "fichas clínicas" contengan básicamente las mismas informaciones, por lo general no existe uniformidad entre los modelos utilizados en distintos países y quizás entre los que usan los diferentes programas de un mismo país;
4. Los formularios utilizados muchas veces no atienden a las condiciones o características que debe tener este tipo de documento, sobre todo en cuanto al diseño (distribución de los espacios, pre-codificación, etc.);
5. Parecería que no se estableció con anterioridad al diseño de los formularios de admisión y de control un plan de tabulación o de análisis de los datos que se van a obtener. Con eso, es posible que algunas veces se estén recargando los formularios con informaciones que no tendrán a la postre mayor utilidad, y que no se estén incluyendo otras, de interés para fines de evaluación de los programas.

Sin duda, el Seminario sobre Métodos de Evaluación de Programas de Planificación Familiar, organizado por CELADE en mayo de 1970, fue la primera oportunidad en que se reunieron para discutir problemas de naturaleza técnica, especialistas directamente interesados en la organización y evaluación de los programas de planificación familiar, en la región latinoamericana.

VI. LA EXPERIENCIA DE FORMOSA (TAIWAN)

El programa de planificación familiar que se desarrolla en Formosa utiliza un "sistema de cupones" como base para obtener estadísticas de servicio.

Inicialmente los dirigentes del programa se valieron de los registros médicos, pero luego se dieron cuenta de que ello no era conveniente, principalmente por los siguientes motivos:

1. Los médicos que participaban en el programa no eran empleados del gobierno sino médicos privados que sólo recibían una retribución por los servicios prestados, lo que hacía difícil obligarlos a llevar registros especiales;
2. Parece muy difícil adiestrar médicos privados para llenar documentos de registro;
3. Los registros médicos no pueden usarse como un banco de datos que sirviera para las encuestas de seguimiento;
4. Los registros médicos sólo se refieren a las mujeres que habían ido a sus consultorios.

El Centro de Estudios de Población de Formosa desarrolló el actual sistema de cupones con el objeto de llenar las siguientes necesidades:

1. Administrativas: proporciona un documento probatorio de la inserción de un DIU, para fines de pago;
2. Educacional: ayuda a divulgar entre las aceptantes potenciales que el DIU puede proporcionarse a un costo reducido;
3. De evaluación: permite establecer los patrones de aceptación, mediante el conocimiento de las características de las aceptantes y suministra informaciones sobre la eficiencia de las visitadoras.

Contenido y formato de los cupones

Son los siguientes los datos obtenidos por medio de los cupones:

1. Nombre y dirección de la aceptante;
2. Características personales: edad, número de hijos vivos (por sexo), nivel de instrucción;
3. Persona que emitió el cupón y fecha de la emisión;
4. Fecha del último nacimiento vivo;
5. Objetivo del control: limitación o espaciamiento;
6. Método anticonceptivo usado antes;
7. Orden de la inserción: primera o re-inserción;
8. Fecha de la inserción;
9. Tipo de dispositivo insertado.

Los cupones tienen aproximadamente 20 cms. de ancho por 20 cms. de largo y usualmente están reunidos en bloques de 20 unidades. Cada cupón se divide en tres partes y cada una tiene impreso el mismo número de serie. La parte 1 se conserva en poder de la visitadora, en el mismo libro del cual se desprenden las partes 2 y 3 y es usada para fines de seguimiento. Generalmente un mes y medio ó dos meses después de la fecha de entrega del cupón se hace la visita para averiguar si la mujer fue al médico, y si no fue, por qué razón. Esta parte contiene nombre y dirección de la usuaria potencial, fecha de la emisión y número del cupón.

La parte 2 es la más importante. Es retirada del libro juntamente con la parte 3 y entregada a la mujer que tiene interés en que se le haga una inserción. Pasa después al médico, quien la envía a la unidad central del programa, con el fin de recibir la mitad de los honorarios que se pagan por la inserción.

El trabajador de campo generalmente llena durante la visita algunos datos sobre la mujer, tales como nombre, edad, dirección, nivel de instrucción, número de hijos vivos (por sexo) y fecha de emisión del cupón.

El médico llena los ítems relativos a la dirección de la clínica, fecha de la inserción (o reinsertación), tamaño del dispositivo intrauterino e indicación sobre si fue bien insertado o no. A partir de 1966, él registra además ciertos datos, como la fecha en la que la mujer tuvo su último nacimiento vivo, si ella usó antes un anticonceptivo y si está usando el DIU para espaciar los nacimientos o para evitarlos.

El cupón es entonces enviado por correo certificado para la enfermera jefe del área (municipio), quien saca un total mensual para el área y envía todo el material que le corresponde a la unidad central del programa, donde se hacen los pagos y se procede a tabular los resultados.

La parte 3 es una tarjeta para consulta médica. En ella el doctor hace anotaciones y puede ser usada para controlar los pagos que él recibe por el trabajo realizado.

El procedimiento puede ser resumido como sigue: La mujer visitada (60 por ciento de aceptantes en 1966 y 1967) que demuestra interés en el uso de anticonceptivo, recibe de la visitadora las partes 2 y 3 del cupón. Estas dos partes son entregadas al médico en el momento de la consulta. Cuando el dispositivo es insertado el médico recibe de la mujer que atendió la mitad del pago y envía la parte 2 a la unidad central del programa para cobrar la segunda mitad. Los pagos son efectuados mensualmente y los cupones son usados para fines de contabilidad y de evaluación, en la unidad central. Los médicos conservan la parte 3 del cupón, para su control.

La parte 2, que usualmente llega a la unidad central dentro de los 10 días siguientes al fin del mes en que se hizo la inserción contiene una nota sobre la aceptante, más o menos así:

"La señora Tsai Ah Ilei, de 30 años, tiene 2 hijos, 1 niña y 1 niño. Su marido se llama Chung-Cheng. Ella vive en la casa N° 12 del barrio 8 en la villa Da An, ciudad de Pu Li, municipio de Taichung. Tiene 6 años de educación formal y fue visitada por la señora Lo, una trabajadora de campo de tiempo completo, de la misma ciudad de Pu Li, el 1° de junio. Esta fue su primera inserción. Ella dijo que está espaciando y que nunca usó antes anticonceptivos. Tuvo su último hijo el 1° de enero de este año".

Elaboración de los datos

Llegan mensualmente 10 000 cupones de las aceptantes a lo largo de la isla a la Asociación de Salud Maternal e Infantil, que es la institución que administra el programa. Después de los trámites administrativos y financieros, los cupones van al Centro de Estudios de Población, donde la información es elaborada y analizada. Así se describe ese procedimiento:

- a) El primer paso es contar los cupones recibidos. Eso se hace reuniendo los cupones por área (ciudad o municipio) y luego por visitadora. Se transfieren los datos de esa tabulación a una "hoja de evaluación del trabajo" que indica para cada área el número total de aceptantes, el porcentaje de lo realizado sobre la meta prevista, el número de casos referidos por la visitadora y el porcentaje de ellos sobre lo previsto para el mes. Se comunican a los supervisores y a los trabajadores de campo los casos de discontinuación (acceptance breakdown).

A los trabajadores que frecuentemente no alcanzan a cumplir sus metas se les envía una advertencia y se pide a sus supervisores que conversen con ellos para determinar qué problemas han tenido.

b) A partir de 1966 se está empleando el sistema IBI para tabular los datos. Primero se utilizó una tarjeta adaptada para perforación y clasificación manual y ahora se utiliza un pequeño equipo de perforación, verificación mecánica y clasificación.

c) Cuando las informaciones están en las tarjetas se tabula el número de aceptantes, según:

1. Pueblo, por edad
2. Municipio, por edad, por nivel de instrucción, por número de hijos vivos
3. Pueblo (o área), por número de hijos vivos (hombres y total)
4. Pueblos (o área), por tipo de local de inserción
5. Pueblos (o áreas), por fuente de referencia.

Utilidad de los cupones

Como se ha dicho, los cupones atienden a distintos fines: administrativos, educativos y de evaluación. Examinemos el último, que es el que nos interesa más de cerca, en el caso presente.

Los cupones sirven a la evaluación del programa de tres maneras:

1. Para medir lo realizado en relación a las metas. Con base en los cupones se obtienen datos sobre el número de mujeres que pasaron a usar dispositivos intrauterinos, por área, y se obtiene igual dato por agente y por médico. Estos datos vuelven a los supervisores, para las medidas del caso.
2. Para establecer patrones de aceptación. Con base en los datos obtenidos de los cupones, se ha estudiado qué tipos de mujeres se están incorporando al programa. En 1966 se agregó a los cupones una pregunta sobre el uso previo de anticonceptivo y sobre el objetivo de la inserción: espaciar nacimientos o evitarlos. También se hicieron estudios sobre la edad de las aceptantes, de modo a orientar la acción del programa.

En 1964 se observó que 85 por ciento de las aceptantes de DIU poseían solamente instrucción primaria o no tenían instrucción formal. Eso indicaba que el dispositivo era aceptado principalmente por mujeres de bajo nivel educativo, quienes, a la vez, eran también de clase pobre.

Se consideran igualmente de importancia las tabulaciones cruzadas de tasas de aceptación por edad, nivel de instrucción y número de hijos vivos. Los estudios realizados por el Centro de Estudios de Población han revelado que la mayor parte de aceptantes está entre los 30 y los 34 años de edad y que las tasas de aceptación aumentan en proporción directa al aumento del número de hijos, en un mismo grupo de edades. La tasa de aceptación disminuye a medida que aumenta la edad, para las mujeres que tienen igual número de hijos.

3. Para seguimiento. Los cupones también son utilizados como marco de muestreo para encuestas de seguimiento.

Observaciones finales

Se pueden presentar algunas objeciones al empleo del sistema de cupones utilizados en Formosa, como se puede presentar objeciones a cualquier sistema empleado para la obtención de datos. Los mismos responsables del programa de planificación familiar de la Isla han introducido modificaciones en su sistema y piensan hacer otras en el futuro, como por ejemplo agregar ciertas preguntas en la parte del cupón que queda en poder del trabajador de campo, para la visita de seguimiento.

Una objeción que se podría hacer al empleo del sistema en países menos desarrollados, sería en relación con el uso del correo para enviar los cupones.

Los mismos dirigentes del programa hacen algunas preguntas sobre el posible empleo del cupón en situaciones especiales, y ellos propios las contestan:

1. ¿Si las visitadoras son en muchos casos analfabetas?
-Podría simplificarse un poco los cupones, quizás utilizando símbolos para señalar con una X.
2. ¿Si no se emplean visitadoras?
-Los médicos podrían tener los cupones en las clínicas. Aún ahora en Taiwan un 10 por ciento de los cupones son llenados por los propios médicos.
3. ¿Si los dispositivos son insertados por médicos particulares, que no reciben un pago extra por su trabajo?
-En ese caso es de esperar que los médicos acepten la responsabilidad de llenar los cupones, como aceptan la de insertar los DIUs. El cupón podría a lo mejor reemplazar a otros registros, como la ficha clínica. Quizás podría usarse carbón, para sacar copia de los registros.
4. ¿Si los cupones tienen que ser enviados a más de una oficina, físicamente separadas?
-Podría enviarse una copia a la otra oficina, o cambiar la parte 3, enviándola para fines de evaluación.

Finalmente, los responsables por el programa opinan que el sistema de cupones ha resultado eficiente y admiten que otros países podrían probarlo, ajustándolo a las circunstancias locales.

VII. SUGERENCIAS PARA UN PROGRAMA DE RECOLECCION DE DATOS

En el caso de Formosa sólo se registra la aplicación de dispositivo intrauterino (DIU), y en los demás programas, por lo general, se sigue igual procedimiento o se utilizan instrumentos de registros distintos para los diferentes métodos.

Entendemos que un programa de planificación familiar, sea cual sea su objetivo final, puede emplear diferentes métodos de control de la natalidad. También parece cierto que las actividades desarrolladas dentro del programa no siempre se refieren a la aplicación de dispositivos, a la distribución de píldoras

... a la indicación directa de un método anticonceptivo. Hay que considerar, además, ciertas acciones educativas o promocionales, de alcance individual, de grupo y de masa. Es así que las visitas iniciales a posibles aceptantes, y las visitas de seguimiento, entre otras, son de interés y deben ser medidas de alguna manera.

Sería bueno disponer de un instrumento básico de registro que permitiese hacer anotaciones de las actividades de distintos tipos desarrolladas en el programa, por todas las personas que intervienen en él: médicos, visitadoras, matronas, etc. Eso requiere el empleo de un documento más genérico, en el cual se pueda anotar, de manera sistemáticamente uniforme, cualquier tipo de acción desarrollada. Dicho registro debe hacerse directamente en códigos, con lo que se reducen las posibilidades de divergencias de criterios y, a la vez, se facilita el trabajo en etapas posteriores (codificación, perforación, etc.).

El documento que se presenta más adelante (Informe Diario de Actividad -IDA) está diseñado de modo que en una sola hoja formato carta (22 cm. x 30 cm., aproximadamente) se anoten cinco acciones o cinco actividades desarrolladas por una misma persona, aunque sean de diferentes naturalezas. Se incluye, además, un espacio para el registro de frecuencia, es decir, el número de mujeres atendidas. En actividades individuales ese número será siempre 1, pero podrá variar en las actividades de grupo.

El IDA dará origen a tarjetas perforadas a las que se agregarán otros datos, provenientes de la Ficha de Inscripción (FI), en el caso de mujeres que ya estén inscritas en el programa.

Otro punto importante es la existencia de un catastro central de las mujeres que entrarán al programa, en base a la FI que se llena en el momento del ingreso de cada mujer.

La información registrada en la FI será transcrita a tarjetas de perforación (Tarjeta padrón), con las informaciones que sean requeridas.

Estas tarjetas serán usadas con tres objetivos.

1. Complementar la información registrada en el Informe Diario de Actividad, como se ha dicho anteriormente, para permitir tabulaciones más completas sobre las mujeres atendidas en un período determinado;
2. Obtener datos de las mujeres que ingresaron al programa y de las que de él se retiran (características educativas, demográficas y socio-económicas); y
3. Proporcionar listas de las mujeres que no comparecieron a las unidades de atención, en un período determinado, para fines de análisis y seguimiento.

El punto 1, a su vez, puede atender a dos aspectos:

- a) Evaluación de los trabajos realizados por los Agentes; y
- b) Evaluación clínica, la que se haría al final de cada cierto período de tiempo.

Tanto para la reunión de los datos de la Ficha de Inscripción con los del Informe Diario de Actividad como para las visitas de seguimiento se requiere el número de inscripción de las mujeres.

A continuación se presentan los formularios propuestos, así como los códigos, los proyectos de tarjetas de perforación y un programa tentativo de tabulación.

PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR

Informe Diario de Actividad (IDA)

1. Agente: a) Nombre
 b) Categoría: Médico 1 Matrona 2 Asistente so-
 cial 3 Educador sanitario 4 Otro 5 Unid. Atención

Fecha	2. Unidad de atención:	
	INSCRIPCIÓN	
	* Nombre	
	Dirección	
	Actividad	Nº personas
		Observaciones
	INSCRIPCIÓN	
	* Nombre	
	Dirección	
	Actividad	Nº personas
		Observaciones
	INSCRIPCIÓN	
	* Nombre	
	Dirección	
	Actividad	Nº personas
		Observaciones
	INSCRIPCIÓN	
	* Nombre	
	Dirección	
	Actividad	Nº personas
		Observaciones
	INSCRIPCIÓN	
	* Nombre	
	Dirección	
	Actividad	Nº personas
		Observaciones

Revisión : Fecha .../.../... Firma

Porforación : Fecha .../.../... Firma

Verificación : Fecha .../.../... Firma

* Sólo se anota cuando se trata de actividad individual y no se tiene el número de inscripción.

PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR

Ficha de Inscripción (FI)

1. Condición de ingreso	Nueva <input type="checkbox"/> 1	Reingreso <input type="checkbox"/> 2	Para uso de la oficina				
2. Unidad de atención	.....					2.
3. Fecha de entrada al programa	.....					3. / /
4. Número de inscripción	.....					
I T E M S			DATOS A REGISTRAR				
5. Nombre	.....					
6. Dirección	.....					
7. Edad (años cumplidos)	.....					
8. Nivel de instrucción	Ninguno <input type="checkbox"/> 1 Primario: menos de 4 años <input type="checkbox"/> 2 4 años y más <input type="checkbox"/> 3 Secundario <input type="checkbox"/> 4 Superior <input type="checkbox"/> 5						
9. Embarazos tenidos:	.....					
Total	.....					
Abortos (total)	.....					
Hijos nacidos muertos	.....					
Hijos actualmente vivos	.....					
10. Tiempo en meses (anotar con uno de los siguientes códigos: MENOS DE 6 MESES, 1; 6 MESES A 1 AÑO, 2; 1 AÑO A 2 AÑOS, 3; 2 AÑOS A 3 AÑOS, 4; 3 AÑOS O MAS, 5)	Desde el último nacimiento vivo Desde el último aborto						
11. Método (anotar con uno de los siguientes códigos: NINGUNO, 0; DIU, 1; GESTAGENO, 2; DIAFRAGMA, 3; CONDOM, 4; OTRO, 5)	Anterior (en uso antes del ingreso) Que inicia en el programa						

Revisión: Fecha ___/___/___
 Perforación: Fecha ___/___/___
 Verificación: Fecha ___/___/___

Firma: _____
 Firma: _____
 Firma: _____

PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR

Ficha de Inscripción (FI)

1. Condición de ingreso Nueva 1 Reingreso 2
2. Unidad de atención
3. Fecha de entrada al programa
4. Número de inscripción

Para uso de la oficina				
2.				
3. / /				

ITEMS	DATOS A REGISTRAR
5. - Nombre	
6. Dirección	
7. Edad (años cumplidos)	
8. Nivel de instrucción	Ninguno <input type="checkbox"/> 1 Primario: menos de 4 años <input type="checkbox"/> 2 4 años y más <input type="checkbox"/> 3 Secundario <input type="checkbox"/> 4 Superior <input type="checkbox"/> 5
9. Embarazos tenidos: Total..... Abortos (total)..... Hijos nacidos muertos..... Hijos actualmente vivos.....	
10. Tiempo en meses (anotar con uno de los siguientes códigos: MENOS DE 6 MESES, 1; 6 MESES A 1 AÑO, 2; 1 AÑO A 2 AÑOS, 3; 2 AÑOS A 3 AÑOS, 4; 3 AÑOS O MAS, 5)	Desde el último nacimiento vivo Desde el último aborto
11. Método (anotar con uno de los siguientes códigos: NINGUNO, 0; DIU, 1; GESTAGENO GRAL, 2; GESTAGENO INYECTABLE, 3; DIAFRAGMA, 4; CONDOM, 5; OTRO, 6)	Anterior (en uso antes del ingreso) Que inicia en el programa

Revisión: Fecha ___/___/___

Firma: _____

Perforación: Fecha ___/___/___

Firma: _____

Verificación: Fecha ___/___/___

Firma: _____

Definición de términos usados

Actividad: Cualquier acción desarrollada en el programa de planificación familiar, por cualquier agente.

Agente: Persona que desarrolla una acción, independiente de su condición profesional (médico, enfermera, matrona, asistente social, etc.).

Padrón: Relación o lista de las mujeres que están o han estado en el programa. El padrón se compone de dos partes: activas (las mujeres que están en el programa) y retiradas (las mujeres que por cualquier motivo se han retirado del programa).

Entrada (o ingreso) al programa: Primera práctica anticonceptiva (ver códigos de actividad) que se aplica o indica a una mujer. La entrada puede darse por "ingreso" o "reingreso".

Inscripción: Número que se asigna a una mujer en el momento en que entra al programa, es decir, en el momento en que se efectúa una "práctica anticonceptiva". Se asigna un nuevo número de inscripción en los casos de reingreso.

Reingreso: Ingreso al programa de una mujer que de él había salido, por cualquier razón.

Salida del programa: Se considera que una mujer salió del programa cuando no ha vuelto a una unidad de atención en un cierto período de tiempo, según el método anticonceptivo indicado: DIU, de 3 a 6 meses después de la fecha de la última citación; gestágenos orales, 2 a 3 meses después del último control; gestágenos de depósito, el día siguiente a la fecha en que fue citada para colocarle una nueva inyección.

Unidad de atención: Lugar (consultorio, clínica u hospital) donde se desarrollan actividades asistenciales médicas o prácticas anticonceptivas. Se compone de dos partes: a) Tipo de unidad, y b) nombre.

Usuaría o aceptante: Mujer que entra al programa, por ingreso o reingreso.

Uso de los formularios Ficha de Inscripción (FI) e Informe Diario de Actividad (IDA)

La Ficha de Inscripción debe ser llenada en el momento en que la mujer ingresa al programa, por la persona (generalmente médico) que desarrolla la acción correspondiente. La FI sirve de base al "padrón de usuarias" y las informaciones contenidas en ella serán utilizadas en diferentes oportunidades, para distintos fines. A cada FI corresponderá un registro en el Informe Diario de Actividad (IDA).

Forma de llenar la FI

1. Condición de ingreso: Señalar con X la casilla que corresponda, es decir, si la mujer está ingresando al programa por primera vez o si está volviendo después de haberse retirado.

2. Unidad de atención: Si se trata de clínica u hospital, indicar el nombre; si consultorio, indicar el nombre del médico responsable, después de la palabra "consultorio". El código de "unidad de atención"

se compone de dos partes: la primera indica la categoría (clínica u hospital, consultorio, etc.) y la segunda el número de orden de la unidad (unidad 01, unidad 02, etc.).

3. Fecha de entrada al programa: Anotar día, mes y año de la primera atención.

4. Número de inscripción: El número de inscripción es la característica que permitirá identificar cada usuaria. Por lo tanto no deberá haber más de una mujer con el mismo número de inscripción. La numeración puede ser establecida de modo a permitir la identificación de la unidad o del área de atención. Por ejemplo: inscripciones 00001 a 09999, zona A; 10000 a 19999, zona B, etc. Cada usuaria, al entrar al programa debe recibir una tarjeta de identificación con el número de inscripción y demás características consideradas necesarias. Periódicamente se hará un chequeo entre nombres y números de inscripción, con el objeto de eliminar los números en duplicado.

El rectángulo a la derecha de la FI está destinado a los códigos y a la transcripción de la fecha y número de inscripción, y será llenado con posterioridad.

5. Nombre: Registrar el nombre completo de la mujer.

6. Dirección: Registrar la dirección, de modo que se pueda ubicar a la mujer (calle, número, barrio, unidad administrativa).

7. Edad: Registrar la edad, en años.

8. Nivel de instrucción: Señalar la casilla que corresponda.

9. Embarazos tenidos: Anotar, en la columna "Datos a registrar" lo que sea debido.

10. Tiempo en meses: Anotar el código que corresponda al tiempo transcurrido desde el último nacimiento vivo y desde el último aborto. Registrar 0 cuando no haya habido nacimiento o aborto.

11. Método: Anotar el código que corresponda al método usado anteriormente y al que inicia en el programa.

En la unidad central se hace una revisión de las FIs y, en el caso de que se utilice un equipo mecánico o electrónico se transfieren las informaciones a tarjetas de perforación. Las FIs se archivan por nombre de la usuaria.

Se hacen tabulaciones (ver cuadros de tabulación) con las tarjetas correspondientes a las mujeres que ingresaron al programa, según características personales y métodos. Mensualmente se incorporan las nuevas fichas al "padrón de usuarias".

El Informe Diario de Actividad (IDA) se llena uno para cada acción o actividad, sea esta asistencial médica, de práctica anticonceptiva o educativa. A cada Ficha de Inscripción corresponde un Informe Diario de Actividad, pero habrá IDAs sin FI correspondiente, siempre que se refieran a mujeres que no se consideran como entradas al programa o para aquellas que ingresaron antes y para las cuales ya se llenó la FI.

Forma de llenar el IDA

1. Agente: Se anota el nombre de la persona que desarrolló la acción y señálase con una X la casilla que corresponde a su categoría (médico, matrona, etc.). En el caso de que se desee hacer tabulaciones por agente, se asignará un código a cada persona que trabaje en el programa. De lo contrario, se harán tabulaciones por categoría del agente.

2. Unidad de atención: Se anota la unidad de atención de la misma forma indicada para la Ficha de Inscripción. Cuando la acción se desarrolle en otro lugar que no sea consultorio, clínica u hospital, se anotará, conforme sea el caso, domicilio, etc.

3. Fecha: Se anotará el día, mes y año en que se desarrolló la acción.

4. Inscripción: Siempre que se trate de una aceptante (mujer que ya está en el programa) se anotará su número de inscripción, en base a la tarjeta de identificación que le fue entregada al ingresar al programa. En el caso de que la mujer no sepa su número de inscripción, se le anotará el nombre completo, con el objeto de registrar el número, en la oficina central. Si la mujer no está en el programa no hace falta anotar el número de inscripción ni el nombre.

5. Nombre y dirección: Se anotarán ambas informaciones solamente en el caso de una mujer que esté en el programa y para la cual no se sepa el número de inscripción.

6. Actividad: La actividad o acción desarrollada será registrada en código, de modo a facilitar el registro y permitir mayor uniformidad de criterio. El código se compone de tres partes: a) alcance; b) lugar donde se desarrolló la acción (unidad de atención); y c) tipo de actividad.

Así, el "examen previo a la iniciación de un procedimiento anticonceptivo" realizado en el consultorio número 02 de un programa, se codifica: 1 202 111 que corresponde a:

Alcance	Unidad de atención	Tipo de actividad
1	2 02	111

7. Número de personas: Anotar el número de personas a las que se destinó la acción. Será siempre uno para las acciones individuales, pero no en el caso de actividades de grupo.

8. Observaciones: Se anotarán en esta parte las observaciones que sean necesarias, relacionadas con la acción.

En la unidad central se hace la revisión de los IDAs, antes de proceder a elaborar los cuadros estadísticos que correspondan. Esa revisión consiste en: a) verificar si se llenaron todos los ítems; b) verificar la consistencia de la información, y c) registrar el número de inscripción de las usuarias que no lo indicaron, mediante la comparación del nombre registrado en el IDA con el que se anotó en la Fl.

Después de hacer las tabulaciones que sean del caso, se ordenan las tarjetas que corresponden a los IDAs (o los mismos informes) por número de inscripción y se reúnen dichas tarjetas con las que corresponden a las FI de igual número, con el objeto de transferir a los IDAs algunos de los datos contenidos en las FIs que les corresponden.

Las tarjetas IDA sin tarjetas FI se refieren a las mujeres atendidas que no han ingresado al programa, y que, por lo tanto, no han recibido número de inscripción. A su vez, habrá tarjetas FI sin tarjetas IDA que les correspondan. Estas se refieren a mujeres entradas al programa con anterioridad y que no fueron atendidas en el período de referencia. Cuando sea el caso, estas últimas pasarán a constituir el grupo de mujeres salidas del programa.

Se harán tres grupos de tabulaciones:

1. Con las tarjetas IDA, para estudiar las actividades desarrolladas en el período, según diferentes aspectos:

- a) Características individuales de las mujeres atendidas;
- b) Cantidad de trabajo realizado por unidad de atención;
- c) Actividades o acciones, por tipo y por Agente, etc.

2. Con las tarjetas correspondientes a las nuevas FIs, para estudiar:

- a) Características de las usuarias entradas al programa;
- b) Mujeres entradas al programa, por unidad de atención;
- c) Número de mujeres entradas, según tipo de anticonceptivo indicado, etc.

3. Con las tarjetas FI correspondientes a las mujeres que salieron del programa, con el objeto de conocer:

- a) Número y características de las mujeres salidas del programa;
- b) Causas de salidas;
- c) Salidas, por zona o unidad de atención, etc.

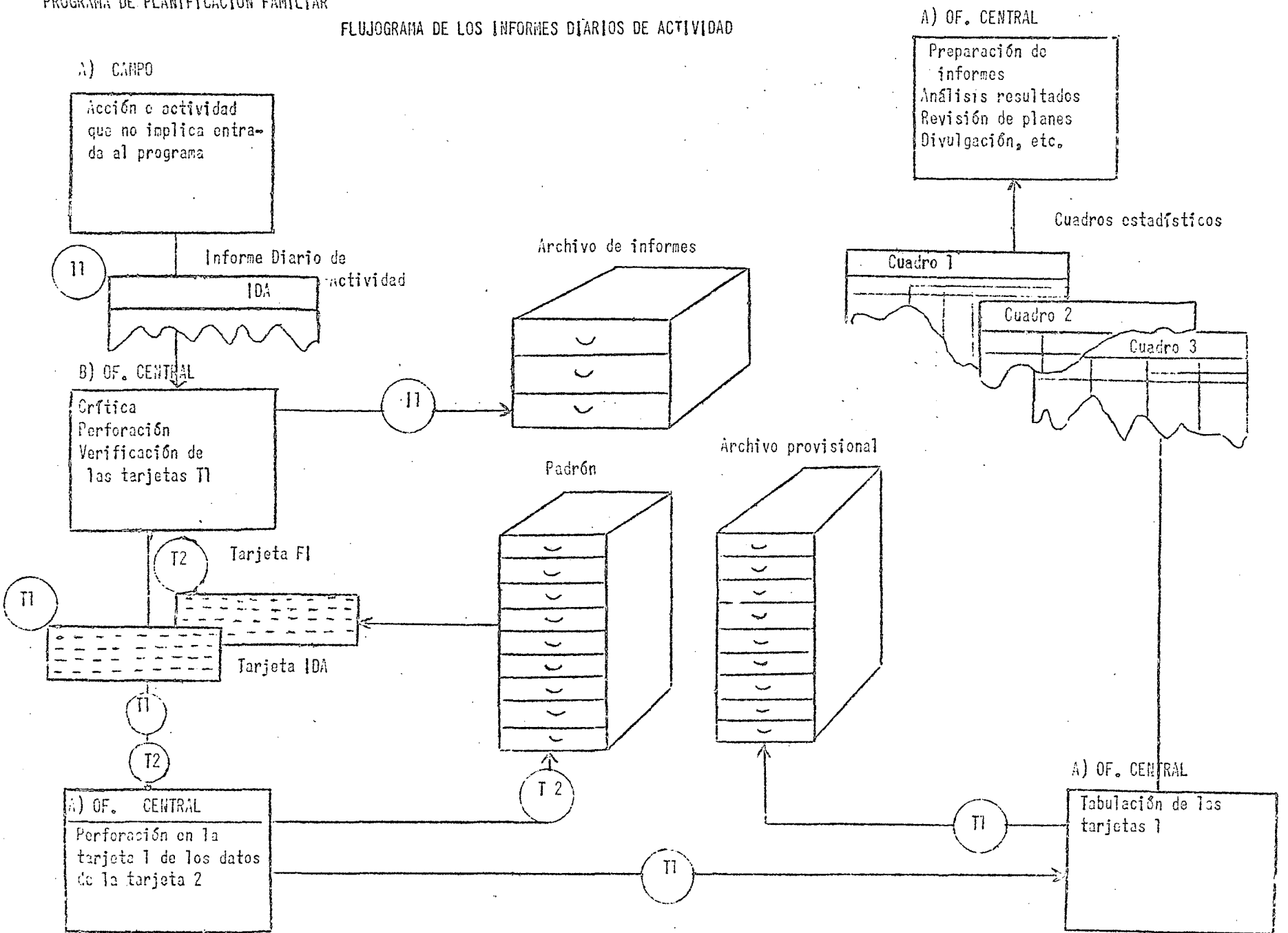
Además, se saca una muestra de estas últimas tarjetas, para entrevistar un número representativo de mujeres que se retiraron del programa, con el objeto de determinar las principales causas de salida.

Se separan las tarjetas FI de las IDA y se archivan ambos tipos.

Con el fin de evitar que hayan tarjetas FI (mujeres en el programa) en duplicado, se comparan periódicamente las tarjetas por nombre de las mujeres. Se retiran los duplicados y se reincorporan las tarjetas FI al padrón, manteniéndolo dividido en dos partes: mujeres en el programa y mujeres salidas del programa.

PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR

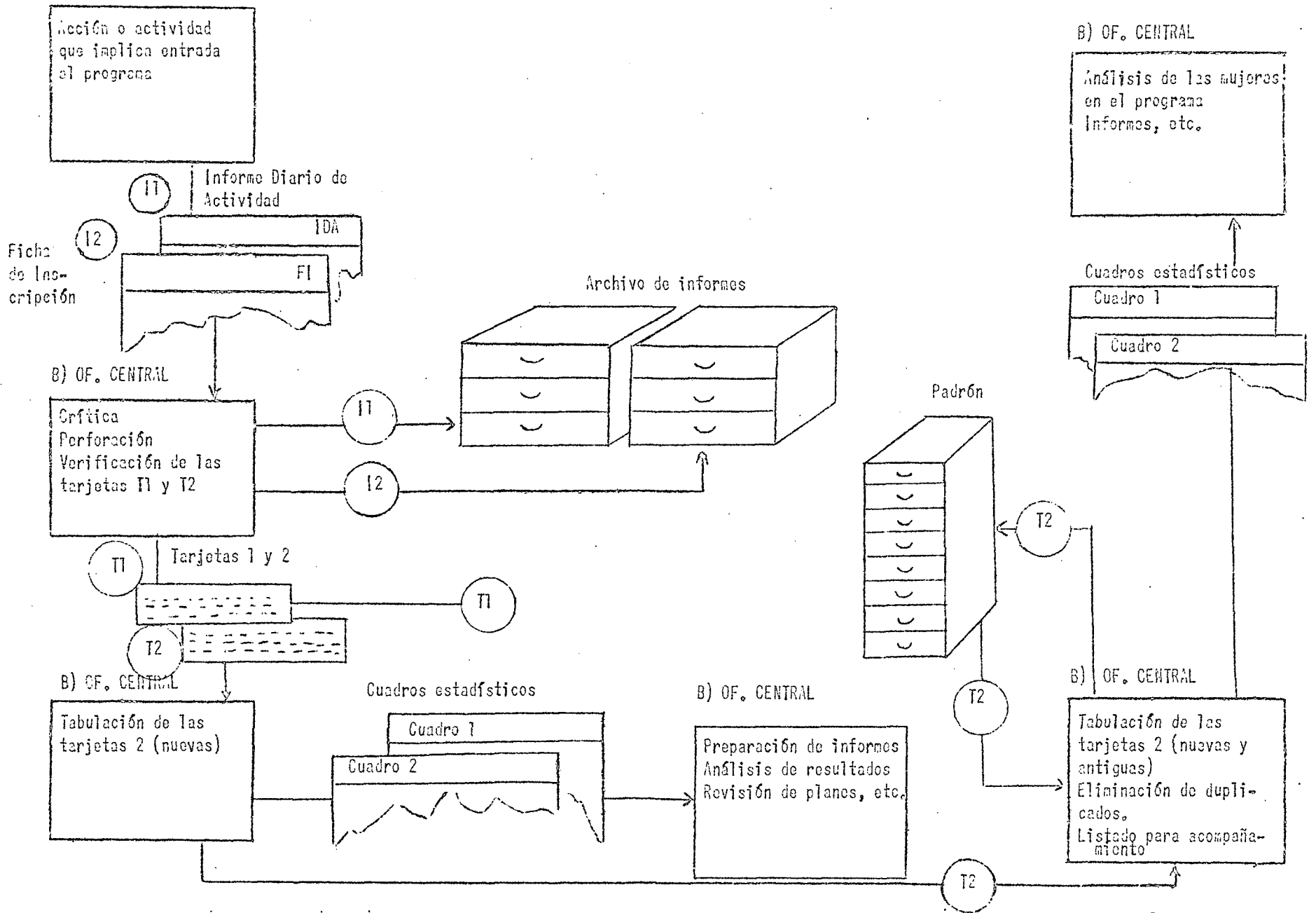
FLUJOGRAMA DE LOS INFORMES DIARIOS DE ACTIVIDAD



PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR

A) CAMPO

FLUJOGRAMA DE LAS FICHAS DE INSCRIPCION



Códigos utilizados

Tipo de tarjeta

1. Informe Diario de Actividad
2. Ficha de Inscripción

Actividad

Alcance

1. Individual
2. De grupo
3. De masa

Unidad de atención (lugar)

Categoría

1. Clínica u hospital
2. Consultorio
3. Domicilio
4. Otro

Nombre

- 01
02
03, etc.

Tipo

1. Actividades de asistencia médica
 11. Ginecológicas
 111. Examen previo a la iniciación de un procedimiento anticonceptivo
 112. Examen por esterilidad
 113. Tratamiento
 12. Consulta por embarazo
 13. Otras actividades de asistencia médica
2. Prácticas anticonceptivas
 21. DIU
 211. Primera aplicación
 212. Control normal
 213. Extracción por motivos personales (sin cierre)
 214. Extracción por motivos personales (con cierre)
 215. Extracción por motivo médico (sin cierre)
 216. Extracción por motivo médico (con cierre)
 217. Expulsión
 218. Reinserción

- 22. Gestágenos
- 221. Indicación por primera vez
- 222. Control normal (sin entrega de píldoras)
- 223. Control normal (con entrega de píldoras)
- 224. Complicaciones (sin cierre)
- 225. Complicaciones (con cierre)
- 226. Reiniciación del tratamiento
- 227. Suspensión del tratamiento por motivos personales

- 230. Condón
- 240. Diafragma
- 250. Jalea o supositorio
- 260. Métodos combinados
- 270. Otros métodos

- 280. Cambio de método
- 281. DIU a gestágeno
- 282. DIU a otro (no gestágeno)
- 283. Gestágeno a DIU
- 284. Gestágeno a otro (no DIU)
- 285. Otro (no gestágeno) a DIU
- 286. Otro (no DIU) a gestágeno.

- 3. Actividades educativas y de motivación
- 31. Directas
- 311. Charlas, películas, representaciones, etc.

- 32. Indirectas
- 321. Prensa
- 322. Radio
- 323. Televisión
- 324. Publicaciones periódicas del programa
- 325. Otras

Tarjeta de perforación N° 1
(Informe Diario del Agente)

ITEMS	COLUMNAS
1. Tipo de tarjeta.....	1
2. Categoría del agente.....	2
3. Unidad de atención.....	3 a 5
4. Fecha de la actividad (mes).....	6 y 7
5. Número de inscripción.....	8 a 12
6. Actividad.....	13 a 19
7. Número de personas.....	20 y 21
8. Edad.....	22 y 23 ^ú
9. Nivel de instrucción.....	24 ^ú
10. Total de embarazos.....	25 y 26 ^ú
11. Abortos.....	27 ^ú
12. Hijos nacidos muertos.....	28 ^ú
13. Hijos actualmente vivos.....	29 y 30 ^ú
14. Tiempo desde el último nacimiento vivo.....	31 ^ú
15. Tiempo desde el último aborto.....	32 ^ú
16. Método anterior.....	33 ^ú
17. Método que inicia.....	34 ^ú

ú Transferidas de la tarjeta 2 (Ficha de Inscripción).

Tarjeta de perforación N° 2

..(Fecha de inscripción)

ITEMS	COLUMNAS
1. Tipo de tarjeta.....	1
2. Condición de ingreso.....	2
3. Unidad de atención.....	3 a 5
4. Fecha de ingreso (mes).....	6 y 7
5. Número de inscripción.....	8 a 12
6. Edad de la mujer.....	22 y 23
7. Nivel de instrucción.....	24
8. Total de embarazos.....	25 y 26
9. Abortos.....	27
10. Hijos nacidos muertos.....	28
11. Hijos actualmente vivos.....	29 y 30
12. Tiempo desde el último nacimiento vivo.....	31
13. Tiempo desde el último aborto.....	32
14. Método anterior.....	33
15. Método que inicia.....	34
16. Nombre de la mujer.....	35 a 65

Nota: Quedarán en blanco las columnas 13 a 21.

ALGUNAS TABULACIONES PROPUESTAS

Se presenta a continuación, un programa tentativo de tabulación. El capítulo se divide en dos partes: A) criterios de clasificación; y B) cuadros.

La presentación de los criterios de clasificación adoptados para las distintas variables que intervienen en las tabulaciones permiten una mejor comprensión de éstas.

Al pie de cada cuadro se indican los símbolos correspondientes a las variables y el número de clases o celdas excluyentes. El símbolo presentado entre paréntesis indica la subclasificación del tema. Así, por ejemplo, el cuadro 1 (Actividades desarrolladas, por categoría del agente y tipo de actividad, según alcance de la actividad) se hará uno para cada "Unidad de atención" (símbolo U2).

A) Criterios de clasificación

Variables	Símbolo	Clasificación	Clases excluyentes
Abortos (total)	D	Ninguno; 1; 2; 3; 4; 5; 6 y más.....	7
Alcance de la actividad	A1	Individual; grupo; masa.....	3
Categoría del agente	C	Médico; matrona; asistente social; educador sanitario; otro.....	5
Causa de la salida	S	Embarazo; otras causas; personal; médica.....	3
Edad	X1	15-19; 20-24; 25-29; 30-34; 35-39; 40-44; 45-49; 50 y más.....	8
	X2	15-19; 20-24; 25-29; 30-39; 40-49; 50 y más.....	6
Embarazos	B	Ninguno; 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9 y más.....	10
Fecha de ingreso al programa (mes)	P	1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; 11; 12.....	12
Hijos vivos en la fecha	H	Ninguno; 1; 2; 3; 4; 5; 6 y más.....	7
Inscripción	I	Inscritas; no inscritas.....	2
Método	M	Ninguno; DIU; gestágeno; diafragma; condón; otro.....	6
Nivel de instrucción	E	Ningún curso; primario: menos de 4 años; 4 años y más; secundario; superior.....	5
Tiempo transcurrido desde el último nacimiento o aborto	T	Menos de 6 meses; 6 meses a menos de 1 año; 1 año a menos de 2 años; 2 años a menos de 3 años; 3 años y más.	5

(continúa)

A) Criterio de clasificación (conclusión)

Variables	Símbolo	Clasificación	Clases excluyentes
Tipo de actividad	A2	Ginecológicas; anticonceptivas; educativas o de motivación.....	3
	A3	<u>Ginecológicas</u> : examen previo a la iniciación de un método; examen por esterilidad; tratamiento; otras actividades asistenciales médicas; <u>Prácticas anticonceptivas</u> : (DIU) primera aplicación; control normal; embarazo; extracción por motivos personales, sin cierre; extracción por motivos personales, con cierre; extracción por motivo médico, sin cierre; extracción por motivo médico, con cierre; expulsión; re inserción; (gestágenos) indicación por primera vez; control normal, sin entrega de píldoras; control normal, con entrega de píldoras; embarazo; complicaciones, sin cierre; complicaciones, con cierre; reiniciación del tratamiento; suspensión del tratamiento por motivos personales; (otros métodos) condón; diafragma; jalea o supositorio; métodos combinados; otros métodos; (cambio de método) DIU a gestágeno; DIU a otro; gestágeno a DIU; gestágeno a otro; otro a DIU; otro a gestágeno;	34
		<u>Educativas o de motivación</u> : directas; indirectas....	34
Unidad de atención (Lugar)	U1	Clinica u hospital; consultorio; domicilio; otro....	4
	U2	A; B; C; ...;	...

B) Cuadros

Fuente: Informe Diario de Actividad
Periodicidad: Mensual

Cuadro 1

ACTIVIDADES DESARROLLADAS, POR CATEGORIA DEL AGENTE Y TIPO DE ACTIVIDAD,
SEGUN ALCANCE DE LA ACTIVIDAD

a) Unidad 01

Categoría del agente y tipo de actividad.	Mujeres atendidas		
	Total	Alcance de la actividad	
		Individual	Grupo	Masa

Clasificación: A1; C, A3 (U2). Clases excluyentes: 510

Cuadro 2

ACTIVIDADES DESARROLLADAS, POR CATEGORIA DEL AGENTE Y TIPO DE ACTIVIDAD,
SEGUN UNIDAD DE ATENCION

a) Unidad 01

Categoría del agente y tipo de actividad	Mujeres atendidas			
	Total	Unidad de atención		
		Clinica u hospital	Consultorio	Domicilio	Otro

Clasificación: U1; C, A3 (U2) Clases excluyentes: 600

Cuadro 3

ACTIVIDADES DESARROLLADAS, POR CATEGORIA DEL AGENTE Y TIPO DE ACTIVIDAD,
SEGUN INSCRIPCION EN EL PROGRAMA

a) Unidad 01

Categoría del agente y tipo de actividad	Mujeres atendidas	
	Total	Inscripción
		Inscritas en el programa	No inscritas

Clasificación: I; C, A3 (U2) Clases excluyentes: 340

Cuadro 4

MUJERES QUE INTERRUMPIERON EL TRATAMIENTO, POR METODO ADOPTADO Y CAUSA DE LA SUSPENSION, SEGUN GRUPOS DE EDADES

a) Unidad 01

Método y causa de la suspensión	Número de mujeres					
	Total	Grupos de edades (años)				
		15-19	20-25	25-29	30-39	40-49	50 y más

Clasificación: X2; II, S (U2)

Clases excluyentes: 72

Fuente: Ficha de inscripción
Periodicidad: Semestral

Cuadro 1

MUJERES ENTRADAS AL PROGRAMA, POR GRUPOS DE EDADES, SEGUN NIVEL DE INSTRUCCION

Edad	Número de mujeres				
	Total	Nivel de instrucción			
		Ninguno	Primario		Secundario	Superior
Menos de 4 años	4 años y más				

Clasificación: E; X1

Clases excluyentes: 40

Cuadro 2

MUJERES ENTRADAS AL PROGRAMA, POR GRUPOS DE EDADES, SEGUN EL NUMERO DE EMBARAZOS TENIDOS

Edad	Número de mujeres									
	Total	Número de embarazos								
		Ninguno	1	2	3	4	5	6	7	8	9 y más

Clasificación: B; X1

Clases excluyentes: 80

Cuadro 3

MUJERES ENTRADAS AL PROGRAMA, POR GRUPOS DE EDADES, SEGUN EL NUMERO DE HIJOS SOBREVIVIENTES

Edad	Número de mujeres							
	Total	Hijos sobrevivientes						
		Ninguno	1	2	3	4	5	6 y más

Clasificación: H; XI

Clases excluyentes: 56

Cuadro 4

MUJERES ENTRADAS AL PROGRAMA, POR GRUPOS DE EDADES, SEGUN EL NUMERO DE ABORTOS TENIDOS

Edad	Número de mujeres							
	Total	Abortos tenidos						
		Ninguno	1	2	3	4	5	6 y más

Clasificación: D; XI

Clases excluyentes: 56

Cuadro 5

MUJERES ENTRADAS AL PROGRAMA, POR GRUPOS DE EDADES Y METODO USADO ANTES, SEGUN METODO QUE PASARON A USAR

a) Ninguno

Edad y método usado antes	Número de mujeres				
	Total	Método que pasó a usar			
		DIU	Gestágeno	Diafragma	Condón	Otro

Clasificación: H; XI, H (E)

Clases excluyentes: 288

Cuadro 6

MUJERES ENTRADAS AL PROGRAMA, POR GRUPOS DE EDADES Y TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL
ULTIMO NACIMIENTO VIVO, SEGUN NIVEL DE INSTRUCCION

Edad y tiempo desde el último nacimiento vivo	Número de mujeres					
	Total	Nivel de instrucción				
		Ninguno	Primario		Secundario	Superior
			Menos de 4 años	4 años y más		

Clasificación: E; X2,T

Clases excluyentes: 125

Cuadro 7

MUJERES ENTRADAS AL PROGRAMA, POR GRUPOS DE EDADES Y TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL
ULTIMO ABORTO, SEGUN NIVEL DE INSTRUCCION

Edad y tiempo desde el último aborto	Número de mujeres					
	Total	Nivel de instrucción				
		Ninguno	Primario		Secundario	Superior
			Menos de 4 años	4 años y más		

Clasificación: E; X2,T

Clases excluyentes: 125

Cuadro 8

MUJERES ENTRADAS AL PROGRAMA, POR UNIDAD DE ATENCION Y MES, SEGUN GRUPOS DE EDADES

Unidad de atención y mes	Número de mujeres					
	Total	Grupos de edades (años)				
		15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50 y más

Clasificación: X2; U2,P

Clases excluyentes: ...

Cuadro 9

MUJERES SALIDAS DEL PROGRAMA, POR FECHA DE ENTRADA Y DE SALIDA, SEGUN LOS METODOS USADOS

Fechas de entrada y de salida	Número de mujeres				
	Total	Métodos usados			
		DIU	Gestágeno	Diafragma	Condón	Otro

Clasificación: H; P,P

Clases excluyentes: 720

Cuadro 10

MUJERES SALIDAS DEL PROGRAMA, POR FECHA DE ENTRADA Y SALIDA, SEGUN LAS CAUSAS

Fechas de entrada y de salida	Número de mujeres		
	Total	Causas de salida	
		Embarazo	Otras
		Personales	Médicas

Clasificación: S; P,P

Clases excluyentes: 432

Cuadro 11

MUJERES SALIDAS DEL PROGRAMA, POR UNIDAD DE ATENCION Y GRUPOS DE EDADES, SEGUN METODO USADO

Unidad de atención y edad	Número de mujeres				
	Total	Método usado			
		DIU	Gestágeno	Diafragma	Condón	Otro

Clasificación: H; U2,X1

Clases excluyentes: ...

BIBLIOGRAFIA

- García, María L., Informe sobre el estado de los Programas de Planificación Familiar en América Latina, 1968. CELADE, Serie A, N° 97, Segundo Informe, Santiago de Chile, mayo, 1969.
- Ross, John A., Stephan, Frederick F. y Watson, Walter B., Manual de Estadísticas de Servicios en los Programas de Planificación Familiar. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.
- Gernada, G. y Chou, L.P., The Coupon System in an Ongoing Family Planning Program. Bangkok, junio, 1968.
- Associação Brasileira de Ciências e Assistência Rural (ABCAR), Sistematica de Relatórios. Rio de Janeiro, Brasil, 1968.
- Faúndes, Aníbal, Proposiciones para la organización de programas de planificación familiar en América Latina, CELADE, Serie D, N° 56, Santiago, Chile, mayo, 1970.
- Bogue, Donald, Suggestions for a system of collecting service statistics from family planning clinic on a nationwide basis. Seminario sobre evaluación de programas de planificación familiar, Corea, febrero, 1970.