

CONTRIBUCIONES ORIGINALES

EVALUACION DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR VOLUNTARIA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL *

ALFREDO J. GALLEGOS †

Se presentan los resultados de la evaluación externa al Programa de Planificación Familiar Voluntaria del Instituto Mexicano del Seguro Social (PPFV-IMSS) efectuada durante 1975 a través de una encuesta en la cual se examinaron 33 034 casos y se efectuaron 7 963 entrevistas domiciliarias para estimar diversos índices de un universo aproximado de 470 000 usuarias. Este es el mayor esfuerzo evaluativo de un programa nacional o internacional. Con los resultados obtenidos se enmarcan los aspectos socioeconómicos y demográficos de la población que recibe este servicio. Los resultados indican una alta continuidad global en la anticoncepción (83 por ciento) y una adecuada distribución de los distintos métodos por edades y número de hijos que se reflejan en una satisfactoria continuación en la anticoncepción.

El Programa de Planificación Familiar Voluntaria se inició en los últimos meses del año de 1972, por lo que prácticamente el programa tiene 40 meses de operación. En los años 1973 y 1974 se extendió a toda la República y en 1975 se llevó a cabo la primera evaluación externa al programa, para conocer con exactitud la marcha del mismo.

* Trabajo de ingreso a la Academia Nacional de Medicina, presentado el 4 de agosto de 1976.

† Departamento de Investigación en Medicina Experimental. Instituto Mexicano del Seguro Social.

A pesar de que desde el inicio del programa se contó con la información de las denominadas "tarjetas gineco-obstétricas" que son del manejo exclusivo del personal del programa, se agregaron otras dos fuentes: la forma denominada 4-30/6/74, que indica el motivo de consulta (primera vez o subsecuente) y proporciona información sobre el tipo de anticonceptivo empleado, cambio de método, edad, carácter del derechohabiente, etc.; y la forma 4-31-6/MP-73, en la que se registra el número de actividades educativas realizadas diariamente y acumuladas en el mes, así como la relación del número de personas informadas y el número de nuevas aceptantes del PPFV.

Material y métodos

Aun cuando esas fuentes de información fueron iniciadas en paralelo con el programa, se consideró necesaria una evaluación externa. Se inició así una encuesta piloto en el Valle de México primero, para optimizar las entrevistas, obtener información sobre la logística y capacidad de manejo de los datos y estimar adecuadamente costos y tiempos de este estudio.

Contenido de la encuesta

La evaluación se refiere fundamentalmente a las características socioeconómicas y demográficas de las

Cuadro 1 Aspectos generales de la evaluación

Edad	Fuente de métodos usados (3 meses)
Uso previo	Razones para abandonar métodos
Embarazos	Uso previo (3 meses)
Estado civil	Deseo de más hijos
Escolaridad	No. de hijos vivos
Ingreso familiar	Satisfacción
Concordancia selección médico-paciente	

aceptantes (cuadro 1). Debido a que los dispositivos intrauterinos ocupan un porcentaje mayoritario, se incluyeron preguntas pertinentes como la tolerancia, las características de la menstruación, y otras. Se diseñaron también preguntas encaminadas a estimar los tiempos de tránsito de las usuarias en las clínicas y hospitales del sistema. Una parte importante del programa consiste en proporcionar información a las personas que en forma voluntaria la solicitan. La evaluación de estos aspectos también se incluyó en esta encuesta.

Otro aspecto importante fue la estimación de las denominadas tasas de continuidad de las usuarias en la anticoncepción con cualquiera de los métodos empleados. Para ello, se efectuó la correlación entre la información existente en la clínica (impresa en las tarjetas gineco-obstétricas) y el *carnet de citas* de las usuarias a través de visitas domiciliarias, corroborando las fechas de asistencia a los servicios de planificación familiar o a su médico general.

Plan de muestreo

En el Valle de México se utilizaron 16 clínicas de derechohabientes y 6 de las denominadas de no-derechohabientes. Dichas clínicas contaban un promedio considerable de usuarias que aseguraban, por un lado, la representabilidad de la muestra, y como además tenían cierta antigüedad de recibir los servicios, se prestaban para la correcta evaluación e interpretación de los resultados. En los diferentes estados de la República, las clínicas escogidas tenían una cobertura mayor a las 100 000 derechohabientes por clínica, y antigüedad de servicios de planificación familiar semejante a las del Valle de México; se agregaron dos clínicas denominadas de no-derechohabientes en las ciudades de Guadalajara y Monterrey.

Resumiendo, el total de la muestra fue de 22 418 casos en foráneos, más 10 616 expedientes revisados en el Valle de México, lo que da un total de 33 034 casos y representa el 6.6 por ciento del universo de estudio. Esta cifra es mayor a cualquier otro estudio

de evaluación de un programa de planificación familiar nacional o internacional.

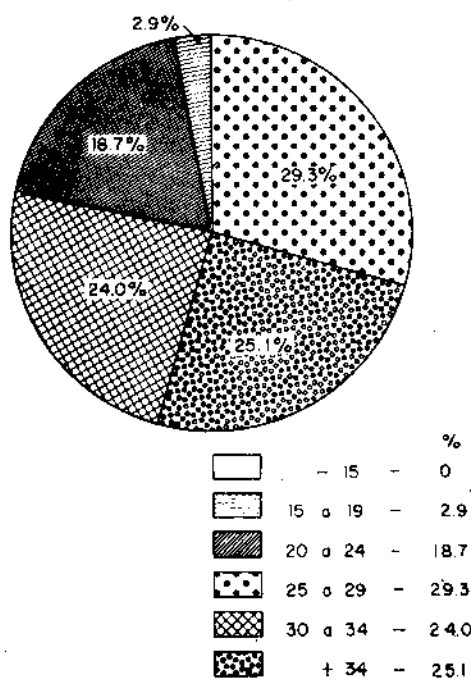
De los 33 034 levantamientos se listaron por orden alfabético y mediante procesamiento electrónico se escogieron al azar 16 517 domicilios. De éstos, y a pesar de que se trató de entrevistar a todos sólo se logró efectuarlo en la mitad de los mismos, por problemas de localización y asequibilidad de los domicilios, mujeres que laboran durante el día, y un mínimo porcentaje que rehusó la entrevista. Por consiguiente, el número real obtenido de entrevistas domiciliarias fue de 7 963. Para conocer si existían diferencias entre la población entrevistada y la no entrevistada, se redoblaron los esfuerzos de encuesta en el Valle de México y en 200 casos adicionales se obtuvo información de las usuarias, en domicilios que originalmente se habían catalogado como no-entrevistables.

A fin de asegurar la objetividad del levantamiento de la entrevista domiciliaria, se contrataron estudiantes y trabajadoras sociales locales, totalmente ajenas al Instituto, previo un cuidadoso programa de adiestramiento.

Resultados y discusión

Para asegurar la validez de la muestra se utilizaron cuatro criterios básicos:

- La fracción que las entrevistas representaban del total de casos de la clínica, así como el porcentaje



1. Edad.

que cada clínica representa del total de aceptantes del programa a la fecha en que se efectuó el estudio.

- b) La proporción de aceptantes en el Valle de México y foráneos en relación a la población del programa.
- c) La proporción de aceptantes en clínicas de derechohabientes y no-derechohabientes en relación a la población del programa.
- d) La proporción de aceptantes activas en el momento del estudio.

Además, los resultados obtenidos en la submuestra de 200 usuarias que originalmente se habían catalogado como inaccesibles, fueron en todo semejantes a los que se encontraron en las 7 963 entrevistas domiciliarias positivas.

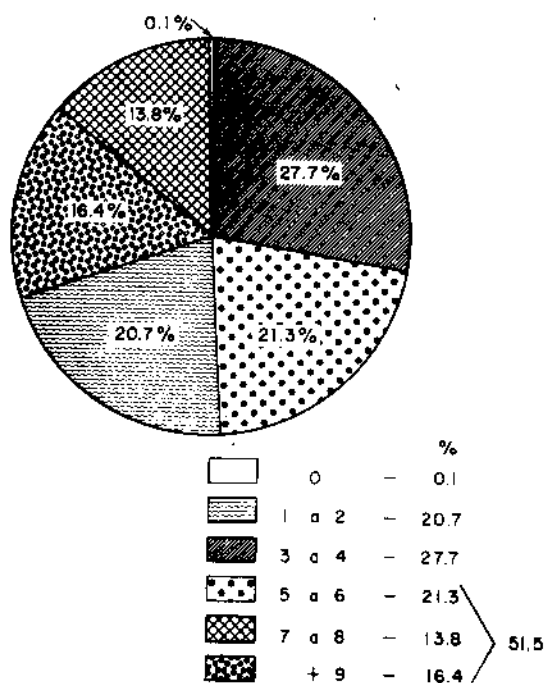
En la figura 1 se muestra la edad promedio de las aceptantes, que es aproximadamente de 30 años de edad; el grupo denominado joven, entre 15 y 24 años constituye el 21 por ciento de la muestra, y el grupo "de alto riesgo" (con más de 34 años de edad), el 25 por ciento de la muestra. Esto sugiere que el PPFV-IMSS no ha penetrado en grado suficiente a los grupos de menor edad reproductiva, perdiéndose la oportunidad de lograr un mayor impacto demográfico.

En la figura 2 se ve la distribución porcentual de las aceptantes agrupadas por el número de hijos; se observa que más de la mitad de ellas tiene más de 5 y en un 16 por ciento más de 9. En contraste, mujeres

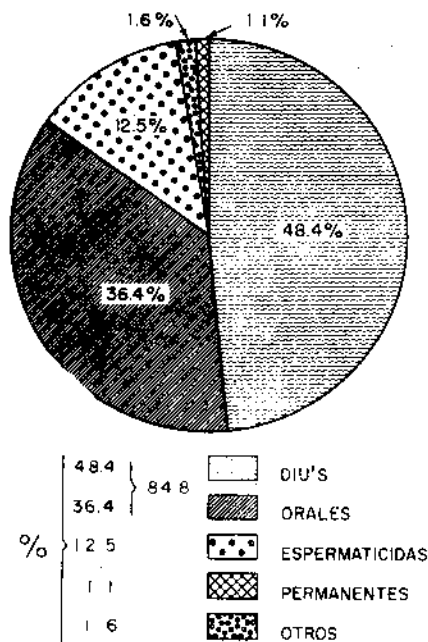
con 0 a 2 partos sólo representan el 20.8 por ciento de la muestra; también es sorprendente que únicamente el 0.3 por ciento son nulíparas. Este patrón es muy similar al de otros programas de planificación familiar, particularmente los de la Secretaría de Salud y Asistencia¹ y del sector privado como FEPAC.² Más aún, este patrón es característico de las etapas iniciales de los programas de planificación familiar en la mayoría de los países del Tercer Mundo.³⁻⁶

Uno de los hallazgos más sorprendentes fue que la mayoría (77.3 por ciento) de las asistentes al programa con 3 o más hijos ya no desean tener más, lo que indica que deben seguirse políticas de oferta diferentes a dichas parejas, tal vez métodos definitivos con cierta seguridad de aceptación y éxito. Otros de los aspectos sobre los que ya se cuenta con información abundante son las áreas de: educación, características del ingreso familiar, uso previo de anticonceptivos, origen de éstos, tiempos de espera para la obtención del primer método, de las visitas subsecuentes, etc., pero por razones de espacio no se insiste en ellos.

En cuanto a la distribución de los métodos anticonceptivos entre las asistentes al programa, puede apreciarse en la figura 3 que los dispositivos intrauterinos y las terapéuticas hormonales por vía bucal ocupan el 84.8 por ciento. Aunque esta proporción es muy saludable en etapas tempranas del programa, ya es de preocupar que los métodos permanentes reguladores de la fertilidad, como las salpingoclasias y las vasectomías, ocupen únicamente 1.1 por ciento. Más aún,



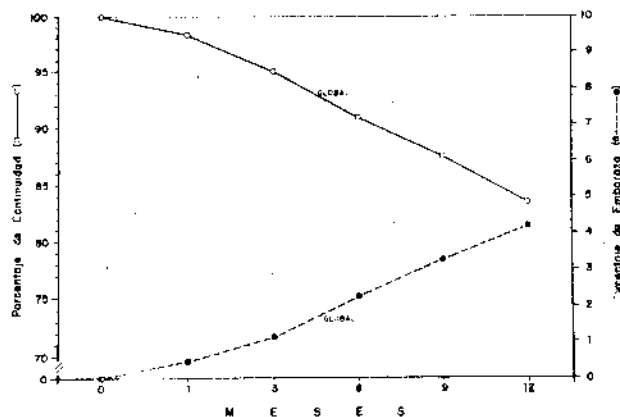
2. Paridad.



3. Métodos anticonceptivos.

la edad promedio de las aceptantes de los métodos permanentes son mujeres con más de 9 hijos y mayores de 35 años de edad. Esto indica que falta mucho por hacer en la labor educativa.

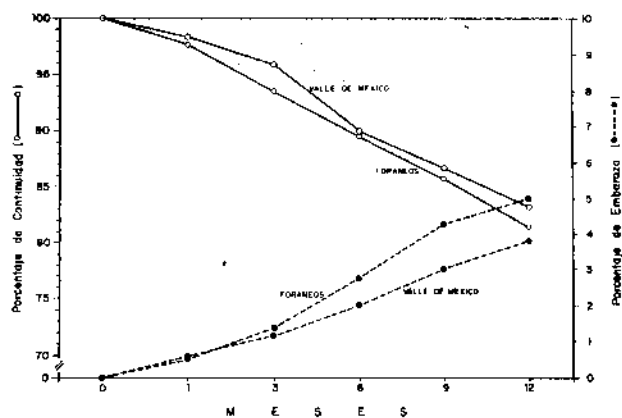
Sin lugar a dudas, las tasas de continuidad en la anticoncepción son la información de mayor utilidad para evaluar el programa. Aun empleando los métodos y criterios más rigoristas, las tasas de continuación en la anticoncepción de este programa, calculadas para un universo de 350 000, son de 83 por ciento (fig. 4). Esta tasa se compara muy favorablemente con programas semejantes en países del Tercer Mundo y con algunos de los países denominados industrializados. Pero el término "continuación en la anticoncepción" se refiere al porcentaje de la población que en el transcurso de un año no se ha embarazado, ya sea en forma planeada o accidental. Por lo tanto no debe confundirse con los términos de tasas de continuación del programa o de un método en particular.



4 Continuidad global en la anticoncepción (PPFV-IMSS).

Las tasas de continuidad en la anticoncepción entre derechohabientes y no-derechohabientes fueron sensiblemente iguales y sólo se encontró una pequeña diferencia negativa en las tasas de continuidad en la anticoncepción en los servicios médicos de los estados, comparadas con el Valle de México (fig. 5).

Al analizar las tasas de continuidad por primer método recibido, se puede ver (fig. 6) que los dispositivos intrauterinos presentan una tasa de continuación aproximada del 87 por ciento, los esteroides hormonales, de 78 por ciento, y las espumas y los óvulos andan en cifras aún menores. Asumiendo una distribución porcentual semejante de los métodos entre mujeres de baja o alta paridad y analizando las tasas de continuidad en relación al número de hijos vivos, se vio que las tasas de continuidad fueron menores entre las nulíparas o mujeres de baja pa-

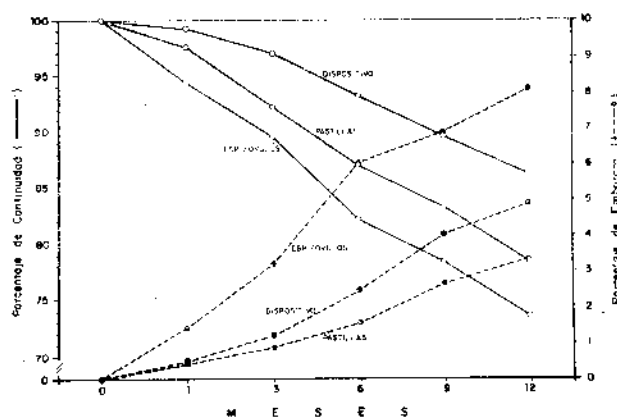


5 Continuidad en la anticoncepción y área geográfica.

dad (con menos de 2 hijos) que en aquellas que tienen más de 5 hijos, en que la tasa de continuidad alcanzó el 85 por ciento.

Es generalmente aceptada la premisa de que a mayor educación, menor número de hijos. En este estudio, no se encontró diferencia en cuanto a la continuidad en la anticoncepción entre las usuarias con escasa o nula escolaridad y las que han cursado primaria o secundaria completas. Esto indica que dichos niveles escolares no son de considerarse en la educación para la planeación familiar. Por otro lado, factores como el ingreso familiar, el número de hijos, el uso previo de anticonceptivos y su satisfacción con él, sí participan de una manera importante en la continuidad en la anticoncepción.

Estos resultados son parte del estudio de evaluación del Programa de Planificación Familiar Voluntaria del Instituto Mexicano del Seguro Social, que es el más extenso del país, pues a escasos 3 años ya comprende a más de un millón de mujeres y representa el porcentaje mayoritario (aproximadamente el 80 por cien-



6 Continuidad en la anticoncepción y primer método recibido.

to) del esfuerzo nacional en este campo. Aunque constituye una perspectiva general del problema, esta información brinda la oportunidad de formular recomendaciones concretas y realistas a corto y largo plazo, lo que por lo pronto debe considerarse positivo.

El doctor Alfredo Gallegos se recibió en la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. en 1962 con una tesis sobre "Carcinoma del tiroides". Exhibió inclinación por la investigación desde ese momento y pasó cinco años trabajando en el laboratorio de ciencias básicas en la Universidad de Utah, E.U.A. Al volver a México se integró pronto al Departamento de Investigación Científica del I.M.S.S. y se ha especializado en biología de la reproducción, enfocando los problemas desde múltiples puntos de vista, bioquímico, farmacológico, de análisis estadístico, de patología experimental y de logística. Sus publicaciones originales son muy numerosas —se acercan al medio centenar—, y la mayor parte han aparecido en revistas extranjeras o como capítulos de libros especializados.

Pertenece a varias asociaciones científicas nacionales y extranjeras y su actividad en congresos y reuniones ha sido

ininterrumpida, fundamentalmente como Consultor de la Organización Mundial de la Salud, con sede en Ginebra, para reglamentar en un nivel mundial, las políticas de población, métodos de regulación de la fertilidad y los estudios sobre la fisiología y la farmacología de los anticonceptivos.

REFERENCIAS

1. Solís, J. A.; Septién, J. M. y Keller, A.: *Programa de planificación familiar de la S.S.A.; continuidad de las aceptantes en los servicios y en la anticoncepción*. Salud Púb. Méx. 18: 1027, 1976.
2. Fundación para Estudios de la Población. Características de las pacientes de FEPAC hasta fines de 1971. México. FEPAC, 1972.
3. Mundigo, A.: *Honduras revisited: The clinic and its clientele*. En: *Clinics, contraception, communication*. Stycos, J. M. Nueva York, Appleton, Century, Crofts, 1973.
4. Freeman, R. y Berelson, B.: *The record of family planning programs. Studies in family planning*. The Population Council (N. Y.), vol. 7.
5. Tietze, C. y Lowit, S.: *Eficiencia, uso y continuación de la anticoncepción: problemas de valoración*. Manual de Estadísticas de Servicios en los Programas de Planificación Familiar.
6. Potter, R. G.: *Application of life table techniques to measurement of contraceptive effectiveness*. Demography 3:297, 1966.