

Revisión de avances y equidad en la información recibida por mujeres que usan un método moderno en 25 países en desarrollo

Por Anrudh K. Jain

Anrudh K. Jain es un distinguido académico, Population Council, Nueva York.

CONTEXTO: La información que se intercambia durante una visita anticonceptiva es importante porque los proveedores de servicios necesitan comprender las intenciones reproductivas de los usuarios, quienes a su vez necesitan recibir información adecuada sobre métodos, así como sobre posibles efectos secundarios y problemas relacionados con los mismos. Se sabe poco sobre cómo ha cambiado el intercambio de información a lo largo del tiempo y la forma en la que este podría variar entre países o subgrupos dentro de un país.

MÉTODOS: Se utilizaron datos de Encuestas Demográficas y de Salud de 25 países en desarrollo para calcular el Índice de Información sobre Métodos (IIM), un indicador de Planificación Familiar 2020 que refleja algunos aspectos de la información sobre anticonceptivos que se intercambia entre proveedores y usuarios. Para cada país, el IIM se calculó a partir de cada una de dos encuestas separadas realizadas con unos cinco años de diferencia para examinar el cambio en el indicador a través del tiempo. Además, se examinó el IIM para todos los países combinados y por región.

RESULTADOS: El IIM promedio para los 25 países aumentó de 34% en el momento de la primera encuesta a 39% en el de la encuesta posterior; los valores del índice de países individuales variaron de 19% a 64% en el momento de la primera encuesta y de 13% a 65% en el de la segunda. El IIM aumentó a lo largo del tiempo en 15 países y disminuyó en 10. En el análisis por tipo de método anticonceptivo, el IIM tuvo una tendencia más alta en usuarios de implante y más baja en mujeres que recurrieron a la esterilización. En general, el índice fue más alto en mujeres que vivían en áreas urbanas que en aquellas viviendo en áreas rurales, y tuvo una tendencia a incrementar con aumentos en la educación de las mujeres y en la riqueza de la familia.

CONCLUSIONES: Con base en el IIM, los países en desarrollo tienen la posibilidad de mejorar el intercambio de información entre proveedores de servicios y usuarios. Tales mejoras requerirían de esfuerzos concertados por parte de programas y donantes.

Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva, número especial de 2017, pp. 11–20, <https://doi.org/10.1363/SP01117>

La Cumbre de Londres sobre la Planificación Familiar realizada en 2012 prometió hacer posible que 120 millones más de mujeres con necesidad insatisfecha de anticoncepción moderna en los 69 países más pobres del mundo, se incorporen al uso de un método moderno de anticoncepción para el año 2020;¹ se considera que las mujeres tienen necesidad insatisfecha de anticoncepción moderna si son sexualmente activas y desean espaciar o limitar sus embarazos, pero no están usando actualmente un método de anticoncepción moderna. Se formó una alianza global—Planificación Familiar 2020 (PF2020)— para ayudar a que los países alcancen su meta nacional y medir el avance hacia el logro de la meta global.

De los 120 millones de mujeres que se estima tenían necesidad insatisfecha en 2012 y que PF2020 tiene el propósito de ayudar, 75 millones nunca habían usado un método moderno (nunca usuarias) y 45 millones habían usado un método moderno pero discontinuaron su uso (usuarias previas).² El gran número de usuarias previas es resultado de las altas tasas de discontinuación en mujeres

que usan métodos reversibles.^{3,4} Por ejemplo, se estima que 44% de las usuarias de píldora y 40% de las usuarias de inyectables discontinúan su uso dentro de los 12 meses siguientes al inicio del uso del método.⁴ El logro de la meta de “120 para el 20”, por lo tanto, requiere no solamente ayudar a las nunca usuarias para que inicien el uso de anticonceptivos, sino también reducir la alta discontinuación en las usuarias actuales.

Una forma en la que puede reducirse la discontinuación de anticonceptivos es ampliar las opciones de métodos disponibles.² Esto incluye añadir métodos que no están actualmente disponibles en un país y nuevos métodos que tienen menos efectos secundarios que los métodos existentes.² Añadir métodos puede reducir la discontinuación del anticonceptivo al ofrecer a las usuarias actuales más métodos para cambiar, en lugar de dejar de usar completamente los anticonceptivos; también es probable que aumentar el número de métodos disponibles en un país o en una institución de servicios de salud atraiga nuevas usuarias y, por lo tanto, aumente la prevalencia de uso de anti-

conceptivos.^{2,5-7} Expandir las opciones de método también incluye cambiar la mezcla de métodos hacia los métodos de larga duración y los permanentes, que tienen más altas tasas de continuación.

La discontinuación de anticonceptivos también puede reducirse mejorando la calidad de atención en general y la información que se intercambia entre los proveedores de servicios y las clientas. El intercambio de información es uno de los seis elementos del marco de calidad de atención en planificación familiar que fue articulado hace más de 25 años.⁸ Otros elementos de calidad de atención como la elección de métodos, las relaciones interpersonales y los mecanismos de seguimiento y continuidad usualmente se hacen operativos a nivel del cliente a través del intercambio de información.

Un enfoque en el mejoramiento de la calidad de atención y el intercambio de información es importante, porque las mujeres tienen derecho a servicios de alta calidad e información precisa y porque la atención de alta calidad y el intercambio de información contribuyen a otros resultados deseables de salud reproductiva. Por ejemplo, estudios longitudinales en entornos diversos han mostrado que la atención de alta calidad (real o percibida) y una mejor información recibida por las clientas de anticonceptivos en el contacto inicial se asocian positivamente con el subsecuente uso del anticonceptivo y negativamente con la discontinuación y el embarazo no deseado.⁹⁻¹²

Es necesario un intercambio adecuado de información entre los proveedores de servicios y las clientas para ayudar a las mujeres a seleccionar un método apropiado para sus necesidades de salud reproductiva y para que lo usen efectivamente con el fin de lograr sus metas reproductivas. Con estos fines, los proveedores deben obtener información adecuada de sus clientas acerca de sus necesidades de salud reproductiva y circunstancias familiares. A cambio, las clientas necesitan recibir suficiente información acerca de los diferentes métodos para tomar una decisión informada, así como suficiente información acerca del método seleccionado para saber cómo usarlo, cuándo regresar para reabastecerlo, qué esperar en términos de efectos secundarios y cómo manejarlos si se presentan. Las clientas también necesitan estar informadas acerca de que pueden cambiar a otro método apropiado si desean hacerlo. Se ha mostrado que el número de temas que se abordan en el momento en que la mujer inicia el uso de un método está asociado con una mejor continuidad del uso del anticonceptivo; lo cual, a su vez, es probable que reduzca la necesidad insatisfecha de anticoncepción y los embarazos no deseados.¹²

PF2020 ha identificado 17 indicadores centrales para monitorear el avance de los programas de planificación familiar.¹³ Entre estos indicadores está el Índice de Información sobre Métodos (IIM), el cual se calcula a partir de las respuestas de las usuarias de métodos anticonceptivos

a tres preguntas sobre la información que recibieron de su proveedor de servicios acerca del método anticonceptivo elegido.¹³ Estas preguntas no captan todos los aspectos importantes del intercambio de información mencionado anteriormente, pero abren la posibilidad de medir y monitorear rutinariamente algunos elementos importantes de la información que reciben las mujeres.¹⁴

Los datos necesarios para calcular el IIM están siendo recolectados a través de encuestas anuales transversales bajo el Proyecto de Monitoreo y Auditoría del Desempeño 2020 (PMAD2020). El anexo referente a medidas del informe 2015 del PMAD2020 incluye valores del IIM basados en datos de todas las mujeres entrevistadas en una encuesta del PMAD2020 o en una Encuesta Demográfica y de Salud (EDS) de 24 países.¹⁵ Además, el anexo incluye valores de IIM por tipo de anticonceptivo usado. Es muy pronto para evaluar a partir de estos datos cómo cambiará el IIM en el tiempo o cómo podría variar entre países y entre mujeres de diferentes características dentro de un país; sin embargo, ahora algunos de estos temas pueden explorarse con mayor profundidad usando datos similares de EDS recolectados por varios años y para múltiples países.

PF2020 tiene interés en comprender el grado de inequidad en muchos de sus indicadores centrales. Las inequidades sociales y económicas en los indicadores de salud y planificación familiar han sido ampliamente documentadas. Por ejemplo, los informes de país de EDS para casi todos los países muestran que la prevalencia de anticonceptivos aumenta con características socioeconómicas como la riqueza familiar, la educación de las mujeres y la residencia urbana.¹⁶ Más recientemente, Ortayli y Malcher documentaron la existencia de inequidades similares en múltiples países en otro indicador: el porcentaje de demanda satisfecha.¹⁷ Muy probablemente, estas inequidades reflejan el uso relativamente bajo de anticonceptivos debido a deficiencias en los servicios disponibles para los segmentos más pobres de la población. Es importante comprender el nivel de inequidad en la información que reciben las mujeres una vez que llegan a una institución de servicios de salud y buscan iniciar el uso de un método anticonceptivo.

El propósito de este estudio es abordar los siguientes aspectos: cómo varía el IIM entre países, cómo cambia entre dos encuestas en el mismo país, cómo varía por tipo de método y características de las mujeres y si algunos subgrupos específicos son responsables de los cambios observados en el IIM entre dos encuestas en un país.

DATOS Y MÉTODOS

Los datos fueron obtenidos en 25 países para los cuales las dos encuestas EDS más recientes —con alrededor de cinco años de separación— incluyeron las tres preguntas necesarias para calcular el IIM: “¿Se le informó sobre otros métodos?” “¿Se le informó sobre efectos secundarios?” y “¿Se le dijo qué hacer si experimentaba efectos secundarios?”*¹⁵ Catorce de los países tuvieron encuestas con alrededor de cinco años de separación, y los otros once tuvieron encuestas con 6 a 8 años de separación; 16 países estaban

*A las mujeres que fueron esterilizadas también se les preguntó si se les había dicho que la esterilización es permanente; sin embargo, esta pregunta no se hizo en todas las encuestas y no se incluyó en la definición del IIM en PF2020, razón por la cual no se incluyó en este análisis.

localizados en África subsahariana y los restantes nueve, en otras regiones. La muestra analítica se limitó a mujeres casadas que reportaron el uso de un método anticonceptivo moderno (i.e., esterilización, píldora, DIU, inyectable y el implante) y que habían iniciado el uso del método dentro de los cinco años previos.

El IIM para un método se calcula con base en la proporción de los usuarios actuales de ese método que respondieron “sí” a las tres preguntas, en referencia a lo que se les dijo en el momento en que comenzaron a usar su método. El IIM general para todos los métodos es el promedio de los valores específicos por método, ponderados por la proporción de usuarios que recurren a un método en particular. Los valores del IIM específicos por método y en general pueden variar entre 0 y 100; un valor más bajo del IIM es reflejo de un país con un mayor nivel de deficiencia en relación con un adecuado intercambio de información entre proveedores y clientes. También se calculó la proporción de mujeres que respondió negativamente a las tres preguntas; sin embargo, los resultados para este Índice de No Información no se presentan por su alta correlación con el IIM ($r = -.89$).

Para estudiar el tema de la equidad en la información recibida, los valores del IIM se compararon según las características de las mujeres, incluidos el tipo de método moderno usado, la fuente de suministro de anticonceptivos (institución pública o privada), el lugar de residencia (rural o urbana), la riqueza familiar (quintiles por asignación con base en activos en la EDS), educación (ninguna, primaria, secundaria o más que secundaria) y edad (cinco grupos de edad). Además, el tiempo transcurrido desde que las mujeres comenzaron a usar su actual método se calculó substrayendo el mes y año del inicio de la anticoncepción del mes y año de la entrevista; la medida se codificó 0-1, 1-2, 2-3, 3-4 y 4-5 años.

Los datos descriptivos se presentan en dos periodos para cada país: en la primera encuesta (período 1) y en la segunda encuesta (período 2). Además, los datos se presentan para todos los países combinados; y, separadamente, para los países de África subsahariana y los localizados en otras regiones. Los valores del IIM específicos por país se resumieron calculando la media ponderada o el valor mediano (50° percentil), así como el rango tomando el valor más bajo y el valor más alto del IIM para tres grupos de países (África Subsahariana, otros y todos). La significancia estadística del cambio específico de cada país se sometió a prueba utilizando una prueba t simple para la significancia de la diferencias entre dos proporciones. La significancia estadística de las diferencias entre dos valores medianos no fue sometida a prueba; en general es improbable que una diferencia de menos de cinco puntos porcentuales sea significativa.

RESULTADOS

El IIM a través de los países y en el tiempo

La media ponderada del IIM para todos los países en el período 1 fue de 34%, lo que indica que para la primera

encuesta, solamente un tercio de las usuarias de anticonceptivos reportaron estar recibiendo información anticonceptiva adecuada de sus proveedores de servicios (Cuadro 1, página 14); el IIM general en el período 2 fue alrededor de cinco puntos porcentuales más alto (39%). Por región, los valores promedio del IIM en el período 1 y 2 fueron 44% y 48%, respectivamente, para países en África subsahariana; y 29% y 34% para países en otras regiones.

Los valores del IIM para países individuales en el período 1 variaron de 19% en Pakistán a 64% en Tanzania; en el período 2, el índice varió de 13% en Pakistán a 65% en Burkina Faso y Malawi. Entre los periodos de encuesta, el índice aumentó en 15 países y disminuyó en 10; sin embargo, el cambio en 14 países fue menos de cinco puntos porcentuales. En los 11 países restantes con un cambio significativo en el IIM de al menos cinco puntos, siete experimentaron un aumento y cuatro una disminución; los mayores aumentos ocurrieron en Camboya (20 puntos), Ruanda (16 puntos), Benín (14 puntos) y Egipto (11 puntos); y las mayores disminuciones ocurrieron en Tanzania (12 puntos), Honduras (ocho puntos) y Ghana y Pakistán (seis puntos cada uno).*

El coeficiente de correlación entre el IIM y la tasa de prevalencia de anticonceptivos modernos (TPAM) no fue estadísticamente significativa ni en el período 1 ni en el 2, lo que sugiere que el IIM de un país no depende del nivel de uso de anticonceptivos modernos. Por ejemplo, la TPAM aumentó entre las dos encuestas de 14% a 27% en Etiopía y de 27% a 45% en Ruanda (no se muestra); sin embargo, el IIM aumentó entre las dos encuestas solamente en Ruanda (de 42% a 58%—Cuadro 1). El cambio en el índice en un país tampoco se correlacionó significativamente con el cambio en la TPAM.

IIM por tipo de método y características de las mujeres

• *Tipo de método.* Los valores medianos del IIM muestran que la información sobre anticoncepción recibida por las mujeres varía según el tipo de método (Cuadro 2, página 15). En todos los países combinados, el más alto IIM mediano fue para usuarias de implante (64%) y el más bajo fue para mujeres que recurrieron a la esterilización (30%); Los valores de IIM para mujeres que usan otros métodos fue 50% para el DIU, 45% para el inyectable y 37% para la píldora. Este patrón de IIM por tipo de método observado para todos los países combinados fue, en general, el mismo para África subsahariana y para otras regiones combinadas; sin embargo, en África subsahariana, el valor mediano del índice para el DIU fue similar al del inyectable (49% y 48%); y, en otras regiones, el valor para el inyectable fue similar al de la píldora (38% y 39%).

También se observaron las diferencias a nivel de país en el IIM por tipo de método (no se muestran). El valor más

*Los cambios anuales en el IIM también se calcularon para todos los países con el fin de eliminar el efecto de diferentes duraciones entre las encuestas. La conclusión básica permaneció igual: el IIM por año cambió muy poco en 14 países, aumentó en siete (variando de 1.4 puntos en Burkina Faso a 4.0 en Camboya); y disminuyó en cuatro (variando de 1.0 punto en Pakistán a 2.2 puntos en Tanzania).

CUADRO 1. Puntajes del Índice de Información sobre Métodos y cambio absoluto en puntajes del índice en países con datos requeridos de Encuestas Demográficas y de Salud, por período

Región/país	Período 1			Período 2			Cambio absoluto
	Año de la encuesta	N	Puntaje del índice	Año de la encuesta	N	Puntaje del índice	
Todos	2001–2008	37,140	33.9	2006–2013	50,789	39.4	5.5*
África subsahariana	2001–2008	11,783	44.2	2006–2013	20,567	47.7	3.5*
Benín	2001	178	30.7	2006	504	45.0	14.3*
Burkina Faso	2003	511	55.2	2010	1,617	64.6	9.4*
Camerún	2004	205	39.7	2011	356	39.8	0.1
Etiopía	2005	1,155	19.9	2011	1,941	17.1	-2.8
Ghana	2003	403	47.8	2008	281	41.9	-5.9
Malawi	2004	1,710	62.7	2010	4,613	64.6	1.9
Mali	2006	617	30.7	2012–2013	784	33.1	2.4
Mozambique	2003	217	58.5	2011	479	53.6	-4.9
Namibia	2006–2007	597	42.0	2013	498	40.8	-1.2
Níger	2006	476	27.1	2012	941	28.5	1.4
Nigeria	2008	1,024	49.3	2013	1,527	50.2	0.9
Ruanda	2005	317	41.5	2010–2011	1,929	57.7	16.2*
Senegal	2005	607	39.5	2011	931	41.4	1.9
Tanzania	2004	860	63.6	2009–2010	1,107	51.5	-12.1*
Uganda	2006	554	44.7	2011	600	43.9	-0.8
Zimbabue	2005–2006	2,352	39.4	2010–2011	2,459	35.9	-3.5*
Otras regiones	2003–2008	25,357	29.1	2008–2013	30,222	33.8	4.7*
Bolivia	2003	1,406	52.5	2008	1,185	51.4	-1.1
Camboya	2005–2006	1,772	44.0	2010–2011	2,938	63.9	19.9*
Colombia	2005	2,186	31.4	2009–2010	2,384	39.6	8.2*
Egipto	2003	3,154	26.8	2008	5,505	38.1	11.3*
Honduras	2005	1,473	35.9	2011	1,609	28.2	-7.7*
Indonesia	2007	11,590	20.8	2012	12,140	20.9	0.1
Nepal	2006	1,423	34.4	2011	1,567	42.2	7.8*
Pakistán	2006–2007	907	19.4	2012–2013	1,266	13.2	-6.2*
Filipinas	2008	1,446	50.1	2013	1,628	52.5	2.4

*p<.05.

alto del índice fue para el implante en 14 países, para el DIU en nueve países y para la esterilización y la píldora en un país cada método. En resumen, las usuarias de implante o DIU en 23 de 25 países recibieron la mayor cantidad de información sobre su método según lo indica el IIM.

• **Riqueza familiar.** En general, el valor mediano del IIM aumentó con la riqueza familiar. En todos los países combinados, el valor mediano del IIM varió de 37% para el quintil más pobre a 49% para el más rico; sin embargo, el valor del índice para el segundo quintil más rico (40%) fue más bajo que para el quintil medio (44%). Este patrón se observó en África subsahariana; sin embargo, el valor mediano del IIM para otras regiones aumentó consistentemente con la riqueza familiar, de 28% para el quintil más pobre a 49% para el más rico.

Los patrones en el IIM por riqueza familiar difirieron en países individuales (no se muestra). Los diferenciales en riqueza fueron prácticamente inexistentes en Camboya, Burkina Faso y Malawi, en donde el IIM para cada país fue de al menos 60% a través de los quintiles de riqueza. En Camerún, Colombia, Egipto, Níger y Nigeria, sin embargo, la brecha entre las mujeres del quintil más pobre y las del más rico fue de al menos 20 puntos porcentuales.

• **Educación de las mujeres.** En general, el valor mediano del IIM aumentó con el nivel de educación de las mujeres, de 38% en mujeres sin educación a 54% en aquellas con nivel superior a la secundaria. Este patrón básico se obser-

vó para África subsahariana, así como para otras regiones combinadas; sin embargo, en África subsahariana los valores del IIM para mujeres sin educación, educación primaria y educación secundaria fueron similares (42%, 44% y 46%, respectivamente) y considerablemente más bajos que los de las mujeres con un nivel de educación superior a la secundaria (58%); mientras que en países en otras regiones, el IIM aumentó consistente y considerablemente de 29% en mujeres en el grupo de educación más bajo, hasta 50% en aquellas con el más alto.

Los diferenciales en el IIM a nivel de país por nivel de educación difirieron entre los países (no se muestra). Para la mayoría de los países, la diferencia en el valor de IIM entre las mujeres en el grupo con el nivel de educación más bajo y el de las mujeres en el grupo con el nivel de educación más alto fue de alrededor de 20 puntos porcentuales. Sin embargo, el diferencial de educación fue de más de 37 puntos en Camerún, Colombia, Etiopía y Tanzania, mientras que prácticamente no hubo diferencial de educación en Malawi, Mozambique o Ruanda.

• **Lugar de residencia.** El valor mediano del IIM para todos los países combinados fue de 41% para las mujeres que vivían en áreas rurales y 44% para las que vivían en áreas urbanas. Este patrón se observó para países en la región de África subsahariana (42% y 46%, respectivamente) y para aquellos en otras regiones combinadas (36% y 42%). Sin embargo, para algunos países individuales (Bolivia,

CUADRO 2. Valores más bajo, mediano y más alto del Índice de Información sobre Métodos en el período 2, por características de las mujeres y por región

Característica	Todas			África subsahariana			Otras		
	Más bajo	Mediano	Más alto	Más bajo	Mediano	Más alto	Más bajo	Mediano	Más alto
Todas	13.2	41.9	64.6	17.1	42.9	64.6	13.2	39.6	63.9
Método actual									
Píldora	10.0	37.2	68.6	20.0	35.9	68.6	10.0	39.0	60.1
DIU	18.4	49.5	80.5	19.1	49.4	74.5	18.4	55.3	80.5
Inyectable	14.7	44.5	68.8	14.7	48.0	68.8	18.6	38.4	63.2
Esterilización	7.7	30.3	69.2	16.8	31.0	69.2	7.7	26.9	68.2
Implante	21.0	64.0	81.6	29.1	62.9	77.4	21.0	68.1	81.6
Riqueza familiar									
Más pobre	7.2	37.0	72.6	10.2	37.9	72.6	7.2	28.0	66.5
Pobre	12.9	39.8	63.2	12.9	42.3	63.2	13.3	32.2	59.2
Media	11.6	43.5	68.8	11.6	46.0	68.8	12.6	38.7	61.0
Rica	15.7	39.8	65.9	15.7	38.9	65.8	17.1	43.3	65.9
Más rica	15.7	49.0	68.5	24.9	49.4	64.2	15.7	49.0	68.5
Educación de la mujer									
Ninguna	8.6	38.4	64.6	10.8	42.2	64.6	8.6	29.1	60.6
Primaria	12.6	41.5	65.0	18.9	43.6	65.0	12.6	34.8	63.4
Secundaria	23.2	43.5	67.1	32.8	45.6	65.7	23.2	40.3	67.1
>Secundaria	27.4	54.1	86.8	42.9	57.9	86.8	27.4	50.1	80.8
Lugar de residencia									
Rural	12.6	41.1	65.1	13.6	41.6	65.1	12.6	35.6	63.3
Urbana	14.7	43.6	67.2	25.2	46.1	65.7	14.7	42.2	67.2
Fuente de suministro del método									
Pública	14.4	47.3	74.6	16.5	51.5	66.9	14.4	36.5	74.6
Privada	12.1	36.4	67.9	22.8	34.3	67.9	12.1	40.7	55.9
Edad de la mujer									
15-19	3.1	41.6	100.0	3.5	32.6	100.0	3.1	42.7	60.9
20-24	16.1	42.3	64.9	16.1	42.8	64.9	18.7	42.3	62.9
25-29	17.2	41.4	68.1	17.2	42.4	68.1	19.0	40.2	66.3
30-34	10.5	44.2	68.6	20.2	45.8	68.6	10.5	40.2	64.3
35-39	13.3	41.9	61.6	17.5	42.6	61.6	13.3	36.5	61.6
40-45	7.0	44.1	63.6	21.3	45.1	60.6	7.0	36.5	63.6
45-49	8.9	44.9	81.3	8.9	47.4	81.3	14.1	38.4	65.1
Núm. de años desde el inicio de la anticoncepción									
0-1	13.0	42.7	65.2	15.9	42.4	65.2	13.0	43.2	62.7
1-2	11.4	45.9	67.7	22.4	48.1	67.7	11.4	37.3	67.1
2-3	15.4	38.9	65.6	16.6	42.0	65.6	15.4	36.6	58.6
3-4	12.2	44.4	75.1	12.4	46.4	75.1	12.2	38.3	66.6
4-5	12.4	44.6	69.4	12.4	54.6	64.3	14.3	39.2	69.4

Malawi, Mozambique y Namibia), el IIM fue más alto para las mujeres rurales que para las urbanas (no se muestra).

• **Fuente de suministro del método.** Para todos los países combinados, el IIM fue más alto para mujeres que reportaron instituciones del sector público en lugar de instituciones del sector privado como su fuente para suministro de anticonceptivos (47% vs. 36%). Este patrón se mantuvo para la región de África subsahariana (52% vs. 34%), pero se revirtió para países en otras regiones (37% vs. 41%). Cuando se examinaron los países individuales, el IIM en mujeres que acudían a instituciones del sector privado fue más alto que el de las que usaban instituciones del sector público en nueve de 25 países (no se muestra); sin embargo, algunas mujeres pueden haber considerado como instituciones públicas los puntos de servicio de las franquicias sociales o de mercadeo social.

• **Edad de las mujeres.** Para la muestra en general, el valor mediano del IIM no difirió considerablemente en función

de la edad; los valores variaron de 41% a 45% a través de los grupos de edad. En África subsahariana, el valor mediano del IIM fue de 33% para las mujeres en el grupo de edad más joven (15-19) y de 42-47% en todos los otros grupos de edad; para otras regiones combinadas, los valores variaron de 37% a 43%.

• **Tiempo transcurrido desde el inicio de la anticoncepción.** El valor mediano del IIM para la muestra total y para las regiones distintas a África subsahariana no varió considerablemente en función de la cantidad de tiempo transcurrido desde que las mujeres iniciaron el uso de su método anticonceptivo; los valores para cada una difirieron por 6-7 puntos porcentuales. En la región de África subsahariana, sin embargo, el valor mediano en las mujeres que iniciaron el uso de su método menos de un año previo a la entrevista fue aproximadamente 12 puntos porcentuales más bajo que el valor en aquellas que habían iniciado el uso de su método 4-5 años antes (42% vs. 55%).

CUADRO 3. Cambio absoluto en el Índice de Información sobre Métodos, por característica de las mujeres y por país

Característica	Camboya			Ruanda			Tanzania		
	2005–2006	2010–2011	Cambio absoluto	2005	2010–2011	Cambio absoluto	2004	2009–2010	Cambio absoluto
Todas	44.0	63.9	19.9	41.5	57.7	16.2	63.6	51.5	-12.1
Método actual									
Píldora	43.3	60.1	16.8	46.2	55.7	9.5	65.9	48.1	-17.8
DIU	41.1	80.5	39.4	36.6	63.2	26.6	73.8	74.5	0.7
Inyectable	47.6	63.2	15.6	42.6	58.2	15.6	62.5	51.8	-10.7
Esterilización	22.9	68.2	45.3	17.8	16.8	-1.0	58.9	40.9	-18.0
Implante	68.7	68.1	-0.6	11.4	60.8	49.4	65.3	64.0	-1.3
Riqueza familiar									
Más pobre	37.6	66.5	28.9	38.6	55.6	17.0	56.6	45.9	-10.7
Pobre	45.7	59.2	13.5	33.1	56.0	22.9	63.9	52.0	-11.9
Media	48.1	61.0	12.9	35.5	61.4	25.9	63.3	49.4	-13.9
Rica	46.2	65.9	19.7	44.7	56.0	11.3	56.8	49.0	-7.8
Más rica	41.8	68.5	26.7	46.7	58.7	12.0	70.1	57.7	-12.4
Educación de la mujer									
Ninguna	40.6	60.6	20.0	27.6	53.3	25.7	69.1	50.0	-19.1
Primaria	44.0	63.4	19.4	44.7	58.2	13.5	62.2	50.3	-11.9
Secundaria	48.1	67.1	19.0	42.5	60.7	18.2	67.6	61.6	-6.0
>Secundaria	22.4	80.8	58.4	58.7	59.4	0.7	70.5	86.8	16.3
Lugar de residencia									
Rural	44.9	63.3	18.4	39.5	57.5	18.0	60.1	48.4	-11.7
Urbana	38.4	67.2	28.8	47.3	59.5	12.2	69.1	58.5	-10.6
Fuente de suministro del método									
Pública	53.4	74.6	21.2	43.4	57.6	14.2	63.2	50.0	-13.2
Privada	43.4	52.3	8.9	40.0	57.3	17.3	54.4	67.9	13.5
Edad de la mujer									
15–19	48.5	60.9	12.4	na	71.7	na	51.4	53.6	2.2
20–24	45.6	61.6	16.0	45.5	51.5	6.0	60.6	48.2	-12.4
25–29	40.1	66.3	26.2	43.9	57.3	13.4	70.0	53.7	-16.3
30–34	46.8	64.3	17.5	38.3	58.6	20.3	63.6	47.3	-16.3
35–39	45.6	61.6	16.0	46.9	58.7	11.8	61.8	52.6	-9.2
40–45	43.9	63.6	19.7	44.0	60.6	16.6	60.0	58.1	-1.9
45–49	26.1	65.1	39.0	12.6	55.2	42.6	58.2	49.9	-8.3
Núm. de años desde el inicio de la anticoncepción									
0–1	41.3	62.7	21.4	41.5	53.8	12.3	62.0	50.6	-11.4
1–2	41.9	67.1	25.2	41.2	57.7	16.5	71.1	49.6	-21.5
2–3	49.5	58.6	9.1	43.3	61.2	17.9	58.9	48.7	-10.2
3–4	48.5	66.6	18.1	37.4	63.9	26.5	66.8	62.8	-4.0
4–5	51.3	69.4	18.1	48.0	62.4	14.4	47.3	62.8	15.5

Nota: na=no aplica..

Cambios en el índice general a través del tiempo

Con el fin de explorar si los cambios específicos por país en el IIM estuvieron asociados con cambios en los valores del índice específicos del método y con las características de las mujeres, se examinaron tres países con los cambios más grandes en el índice –Camboya, Ruanda y Tanzania. Según datos de la EDS (no se muestran), la TPAM aumentó entre el período 1 y 2 en cerca de ocho puntos porcentuales (de 27% a 35%) en Camboya, en 18 puntos (de 27% a 45%) en Ruanda y en siete puntos (de 20% a 27%) en Tanzania.

El tipo de método que las mujeres estaban usando parece estar asociado con cambios en el IIM (Cuadro 3). En Camboya, el valor del índice aumentó entre los períodos para todos los métodos, excepto para el implante; sin embargo, el valor para usuarias de implante ya era bastante alto en el período 1 (69%). El aumento en el valor del índice fue particularmente alto en usuarias de DIU y este-

rilización (39% y 45%, respectivamente). En Ruanda, el IIM aumentó para todos los métodos menos para la esterilización; el mayor aumento fue en usuarias de DIU e implante (27% y 49%). En Tanzania, sin embargo, el valor del índice disminuyó para todos los métodos, excepto el DIU; la disminución fue particularmente notable en usuarias de píldora y esterilización (18% cada una). Estos cambios pueden reflejar cambios en el énfasis del programa en un método en particular en esos países. Una revisión adicional de la mezcla de métodos entre usuarias actuales incluidas en este análisis indicó que en Camboya, el uso de la píldora y del inyectable disminuyó entre las encuestas, pero el uso del DIU y la esterilización aumentó (no se muestran). El uso de inyectables e implantes aumentó en Ruanda, pero el uso de los otros tres métodos disminuyó; el cambio de uso de la píldora a implante fue considerablemente importante (alrededor de 14 puntos porcentuales). En Tanzania, el uso del DIU y el implante aumentó, pero el

uso de la píldora y el inyectable disminuyó.

Para casi todos los subgrupos definidos por características distintas al uso de anticonceptivos, el IIM aumentó a través del tiempo en Camboya y Ruanda, pero disminuyó en Tanzania. El aumento en el valor del IIM en Camboya fue mayor que el promedio en mujeres ubicadas en los quintiles de riqueza más bajo y más alto, así como entre quienes tenían un nivel de educación superior a la secundaria, quienes vivían en áreas urbanas y quienes recibían servicios de instituciones de salud del sector público. En Ruanda, el aumento en el índice fue mayor que el promedio en mujeres en los quintiles medio y en el segundo más pobre, así como en personas sin educación, quienes vivían en áreas rurales y que recibían servicios de instituciones de salud del sector privado. En Tanzania el IIM disminuyó en mujeres en las tres categorías educativas más bajas, especialmente en aquellas sin educación; y aumentó solamente en mujeres con nivel de educación superior a la secundaria.

DISCUSIÓN

El marco de calidad de atención articulado hace más de 25 años ahora se ha convertido en un componente estándar del vocabulario en la bibliografía de la planificación familiar, sin embargo, poco se sabe sobre el avance que han tenido los programas de planificación familiar en los países en desarrollo en cuanto al mejoramiento de la calidad de los servicios. Este estudio —el primero en examinar aspectos del avance y de la equidad en un indicador de intercambio de información, el IIM— encontró que el valor del índice varió considerablemente por región, por país y a través de los periodos de encuesta para países individuales.

En ambos periodos, los valores de IIM para los países en África subsahariana fueron más altos que los observados en países de otras regiones. Las diferencias regionales y entre países en los valores del índice podrían reflejar cambios en el tiempo en la forma en que han sido organizados los programas de planificación familiar. La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) marcó un cambio de paradigma desde una perspectiva demográfica de nivel macro a mejoras a nivel individual en la salud reproductiva y la calidad; y también generó un compromiso compartido con la salud reproductiva y la calidad de atención. La mayoría de los programas en Asia y América Latina fueron creados antes de la CIPD, en un momento en que los donantes y programas estaban más enfocados en disminuir la fecundidad general y las tasas de crecimiento poblacional. En contraste, muchos de los programas en África subsahariana se organizaron después de la CIPD, cuando los donantes y programas pueden haber puesto más énfasis en aspectos de la calidad de los programas de planificación familiar.

Además, el énfasis de los programas puede haber reflejado diferencias en el deseo de las mujeres de espaciar o limitar sus embarazos. En comparación con programas en otras regiones, los programas en África subsahariana pueden haberse enfocado más en el espaciamiento de los

nacimientos que en limitarlos, lo cual puede haber afectado la forma en que los servicios son provistos y la mezcla de métodos resultante. Asimismo, el IIM representa la información que las mujeres recibieron al comienzo de su último episodio de uso de anticonceptivos. En África subsahariana, en donde las tasas de prevalencia del uso de anticonceptivos está aumentando,¹⁶ estos episodios pueden representar de manera desproporcionada a usuarias de primera vez, que pueden exigir y recibir más información que las usuarias previas que regresan por servicios.

Los cambios en un IIM de un país individual a través del tiempo muestran el efecto de los esfuerzos hechos por el programa de planificación familiar del país para mejorar el intercambio de información entre proveedores y clientes. Aunque los valores del IIM en 15 de 25 países aumentaron entre las encuestas, muchos de esos países experimentaron una mejora en menos de cinco puntos porcentuales. Y en los 10 países restantes el IIM disminuyó hasta en 12 puntos. Estos resultados claramente sugieren que aunque el concepto de calidad está ampliamente aceptado, muchos países han tenido un limitado avance en la provisión de información adecuada a las mujeres que adoptan un método anticonceptivo. Además, los hallazgos muestran que hay suficiente espacio de oportunidad para mejoras en todos los países en desarrollo.

Los valores del IIM mostraron notables diferencias por método anticonceptivo. Las usuarias de implante reportaron haber recibido la mayor cantidad de información, seguidas por las usuarias de DIU e inyectables; las mujeres que usaban la píldora o que recurrieron a la esterilización recibieron la menor cantidad de información. En 23 de 25 países, el más alto IIM fue para las usuarias de implante o DIU, lo que sugiere que estos métodos están siendo promovidos por los proveedores de servicios. Además, los máximos cambios observados en el IIM en los tres países (Camboya, Ruanda y Tanzania) parecen estar relacionados con cambios en la información provista específica del método, lo cual puede ser un reflejo de cambios de énfasis en un método en particular en ese país. De ser así, la introducción de un nuevo método en un país podría también usarse para mejorar el contenido del intercambio de información para todos los métodos; sin embargo, no se sabe si esto se está haciendo o puede hacerse en la práctica.

En la mayoría de los países, el IIM aumentó con el nivel de educación y la riqueza familiar. Este hallazgo puede ser reflejo de un mejor trato proporcionado por instituciones de salud a mujeres con una condición social y económica más alta. Alternativamente, esto podría sugerir que, comparadas con otras mujeres, las de mejor condición social y económica pueden tener un mayor conocimiento del método o una mayor capacidad de recordar la información que recibieron.

Las mujeres necesitan y merecen recibir información exacta y completa acerca del método que seleccionan. Es sumamente difícil determinar el mínimo nivel de información que las mujeres necesitan recibir de los proveedores de servicios cuando inician la anticoncepción; esto debe

decidirse dentro del contexto nacional de un programa o servicio en particular.

También es muy difícil determinar, en una encuesta basada en la población, la forma de monitorear el grado en el que las mujeres pueden recordar la información que recibieron de los proveedores de servicios. Las encuestas EDS y las encuestas rápidas del PMAD2020 han logrado un buen comienzo al incluir las tres preguntas que se usan en el cálculo del IIM para usuarias de métodos anticonceptivos reversibles, así como las cuatro preguntas para usuarias de esterilización. En futuras encuestas, podría plantearse una pregunta adicional a las mujeres que usen un método reversible acerca de si se les habló acerca de la posibilidad de cambiar de método. La información acerca de la posibilidad de cambiar de método puede facilitar la continuidad del uso de anticonceptivos. Además, esta pregunta es similar a la que se refiere a la permanencia de la esterilización que se hace a las personas que recurren a ese método y permitiría que el índice estuviera basado en cuatro preguntas para todas las mujeres.

Para que el IIM basado en tres preguntas se use extensamente, es necesario establecer su validez en términos de su relación con otros indicadores existentes; su valor para predecir el uso futuro de anticonceptivos y la fecundidad; y el grado en que puede usarse como indicador proxy para otros elementos clave del intercambio de información. Los hallazgos de este estudio muestran que el IIM y la TPAM no están correlacionados, lo que sugiere que los dos indicadores representan diferentes aspectos de los programas de planificación familiar. Mientras que la TPAM es el cociente de usuarias con respecto a todas las mujeres casadas en edad reproductiva, el IIM se basa en la información recibida solamente por las usuarias. Un país enfocado en aumentar su TPAM puede hacerlo proveyendo o no información adecuada a las usuarias, como se ilustra al comparar datos de Etiopía y Ruanda. Ambos países del África subsahariana experimentaron un aumento en la prevalencia de anticonceptivos entre las dos encuestas, pero el IIM aumentó en ese período solamente en Ruanda. Esto sugiere que el programa en Ruanda puede haberse enfocado en aumentar el uso de anticonceptivos y en proveer información a las clientas, mientras que el programa en Etiopía puede haberse enfocado solamente en el primer objetivo. Sin embargo, los dos objetivos son complementarios porque un adecuado intercambio de información puede reducir la discontinuación del anticonceptivo; lo que, a su vez, probablemente aumentará la prevalencia de anticonceptivos.

Otra forma de evaluar la validez del IIM es analizando el grado en el que es predictivo de las tasas de continuación. Ese tipo de análisis requeriría un estudio longitudinal en el que las usuarias de anticonceptivos individuales fueran entrevistadas con el paso del tiempo. Este tipo de validación requeriría que una sub muestra de personas entrevistadas en la EDS o PMAD2020 fuera entrevistada en una fecha posterior. También, los datos de un estudio longitudinal podrían analizarse para estudiar el efecto en la conducta

anticonceptiva subsecuente de las clientas que reciben la información contenida en las tres preguntas del IIM.

En encuestas de instituciones de salud, se han formulado múltiples preguntas a las mujeres acerca de sus interacciones con los proveedores de servicios y de la información recibida de ellos; en estos datos no hay preocupación por un sesgo de memoria porque las preguntas se hacen a las personas entrevistadas inmediatamente después de ver al proveedor de servicios. Por ejemplo, Costello et al.¹⁸ recolectaron datos sobre 24 aspectos que describen el proceso de provisión del servicio y crearon cinco indicadores de calidad: todas las necesidades analizadas, elección de método provista de manera completa, información completa recibida, mujer tratada adecuadamente y conectada adecuadamente con los servicios. Sin embargo, no sería realista esperar que encuestas como la EDS o PMAD2020 pudieran incluir tales preguntas y recolectar información confiable de manera retrospectiva. Un análisis adicional de estos tipos de datos de las encuestas de instituciones, como las encuestas de Evaluación de la Provisión de Servicios conducidas por EDS,¹⁹ podrían ayudar a determinar el grado en el que las tres o cuatro preguntas que actualmente se incluyen en las encuestas EDS y PMAD2020 podrían actuar como indicadores proxy para otras cuestiones importantes acerca de la información que se intercambia entre proveedores de servicios y clientas. Un análisis así podría también ayudar a determinar las preguntas centrales mínimas que pueden ser pre probadas y entonces incluidas en las encuestas EDS y PMAD2020.

Limitaciones

En este estudio, se calculó el IIM a partir de datos retrospectivos de EDS a nivel individual. La disponibilidad rutinaria de estos datos hace posible comparar los valores del índice entre países y monitorear los cambios a través del tiempo; sin embargo, su uso tiene algunas limitaciones, especialmente con respecto a la exactitud y completitud de la información intercambiada entre proveedores y clientas. Mientras que las encuestas de instituciones han usado múltiples preguntas para evaluar el contenido del intercambio de información,¹⁸ es poco realista esperar que las encuestas basadas en la población puedan recolectar información confiable de manera retrospectiva acerca de los múltiples aspectos del intercambio de información. El grado en el que las tres preguntas a partir de las cuales se calcula el IIM podría reflejar el contenido total del intercambio de información no puede ser evaluado a partir de estos datos y requiere un análisis adicional. Además, las respuestas de las mujeres a las tres preguntas pueden no representar con exactitud lo que en realidad se les dijo durante su visita anticonceptiva. En lugar de ello, sus respuestas pueden indicar lo que pueden recordar y lo que pueden saber a partir de otras fuentes. Esta tendencia a recordar y reportar información puede aumentar con la condición socioeconómica de las mujeres, lo que puede explicar en parte el aumento observado en el IIM con el nivel de educación y la riqueza familiar de las mujeres. Sin

embargo, lo que las mujeres perciben que se les dijo o lo que pueden haber aprendido de otras fuentes puede ser más importante que lo que en realidad se les dijo en términos de su subsecuente conducta anticonceptiva. Quizá las futuras encuestas de fecundidad puedan replantear las tres preguntas para averiguar lo que las mujeres saben y de quién (proveedores u otras fuentes) se enteraron sobre cada aspecto incluido en el IIM.

Los sesgos de cortesía y de memoria son también limitaciones potenciales. El sesgo de cortesía surge cuando las personas entrevistadas proporcionan respuestas normativas o respuestas que creen van a agradar a los entrevistadores. Los valores del IIM para la mayoría de los países y para la mayoría de los subgrupos de mujeres dentro de un país estuvieron muy por debajo del puntaje máximo posible de 100, lo que sugiere que estos datos no fueron afectados por un considerable sesgo de cortesía. La posibilidad del sesgo de memoria se examinó mediante el estudio de la relación entre los valores del IIM y el tiempo transcurrido desde que las mujeres comenzaron a usar anticonceptivos. Las mujeres que comenzaron a usarlos de manera relativamente reciente deberían poder recordar la información que recibieron mejor que las que comenzaron hace algunos años; este tipo de relación también se esperaría si el contenido de la información provista a las mujeres hubiera mejorado en los últimos cinco años. Sin embargo, los valores del IIM no variaron en función del tiempo transcurrido desde que inició el uso del anticonceptivo, lo que sugiere que los valores estimados del índice no son afectados por el sesgo de memoria y no representan mejoras en el contenido de la información que se provee a las mujeres.

Sin embargo, otro tipo de selectividad puede intervenir aquí. Las usuarias de anticonceptivos entrevistadas en una encuesta transversal pueden no representar a quienes comenzaron a usar anticonceptivos hace un determinado número de años. En cambio, representan a quienes iniciaron el uso de anticonceptivos hace ese número de años y que han continuado su uso. Las mujeres en la cohorte original que discontinuaron el uso no están incluidas en el análisis de usuarias de anticonceptivos en una encuesta transversal debido a que serían clasificadas como no usuarias. El grado de esta selectividad aumentaría con el tiempo desde el inicio de la anticoncepción, debido al aumento gradual en la discontinuación acumulativa de un método desde su inicio. Esto no sería un problema si ambos grupos —las que continúan y las que discontinúan— recibieran la misma información; sin embargo, la evidencia empírica sugiere que el nivel de información recibida al inicio de la anticoncepción está asociada positivamente con la subsecuente continuación del método.¹⁰⁻¹² Así, quienes reciben menos información tienen mayor probabilidad de discontinuar el método y deja atrás a quienes recibieron más información. Tal selectividad implicaría que usar encuestas basadas en población sobreestimaría el IIM. No podemos verificar esta posibilidad porque la EDS no hizo las tres preguntas también a quienes discontinuaron el método.

Esta selectividad podría afectar las comparaciones entre

países; el grado de selectividad depende de la mezcla de métodos de un país porque métodos diferentes tienen diferentes tasas de discontinuación. Las comparaciones entre países pueden también verse afectadas si un país tiene diferentes proporciones de usuarias de primera vez y usuarias previas. Es extremadamente importante documentar, a través de futuras investigaciones, el efecto de esta selectividad en los valores del IIM.

Finalmente, un indicador no relata la historia completa de las fortalezas y debilidades de un programa de planificación familiar de un país. El IIM simplemente indica una faceta del programa en términos de lo que puede estar ocurriendo en el área de información provista a usuarias actuales en un número limitado de aspectos.

CONCLUSIONES

La PF2020 ha dado un importante paso en la dirección correcta al incluir al IIM como un indicador central usado para monitorear un aspecto importante del intercambio de información. Los resultados de este análisis hacen evidente el amplio espacio de oportunidad para mejorar el contenido del intercambio de información, lo cual podría también resultar en acciones de ganancia rápida en términos de mejores resultados de salud reproductiva en la clientela.

Es importante monitorear cambios en el IIM, pero no es suficiente. No es probable que el índice aumente rápidamente en ausencia de esfuerzos especiales de los programas de planificación familiar para mejorar la calidad de atención en las instituciones de servicios de salud, así como en las comunidades, entre los almacenes y farmacias que ofrecen el reabastecimiento de métodos. Se necesitan esfuerzos concertados para mejorar el contenido del intercambio de información y la calidad de atención. Estudios experimentales en Pakistán y las Filipinas ilustran la forma en que esto puede lograrse.^{18,20} Estos estudios han demostrado que es factible desarrollar e implementar intervenciones para capacitar a los proveedores de servicios en la interacción con sus clientes para mejorar la calidad de atención; y que la naturaleza de las interacciones entre cliente y proveedor puede mejorarse a través de estas intervenciones de capacitación. La Estrategia de Consejería Balanceada también se ha utilizado para mejorar el contenido del intercambio de información entre proveedores y clientes.²¹

Puede haber alguna tensión entre el logro de una meta numérica —como llegar a un cierto número de usuarias de métodos anticonceptivos— y mejorar la calidad de los servicios.¹⁴ Un enfoque centrado en lograr una meta numérica puede afectar adversamente la calidad de atención provista en algunos países. Una forma de minimizar el conflicto potencial entre la cantidad y la calidad es incluir actividades y presupuesto para mejorar el contenido del intercambio de información en los planes nacionales que estén siendo articulados bajo los auspicios de PF2020. Tanto la meta numérica como la calidad de atención pueden incorporarse al establecer la meta general como “120 en 20 a través de la calidad.”

REFERENCIAS

1. Brown W et al., Developing the "120 by 20" goal for the Global FP2020 Initiative, *Studies in Family Planning*, 2014, 45(1):73–84.
2. Jain AK et al., Reducing unmet need by supporting women with met need, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2013, 39(3):133–141.
3. Bradley SEK, Schwandt HM y Khan S, Levels, trends, and reasons for contraceptive discontinuation, *DHS Analytical Studies*, Calverton, MD, EE.UU.: ICF Macro, 2009, No. 20.
4. Ali MM, Cleland JG y Shah IH, *Causes and Consequences of Contraceptive Discontinuation: Evidence from 60 Demographic and Health Surveys*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2012.
5. Jain AK, Fertility reduction and the quality of family planning services, *Studies in Family Planning*, 1989, 20(1):1–16.
6. Ross J y Hardee K, Access to contraceptive methods and prevalence of use, *Journal of Biosocial Science*, 2013, 45(6):761–778.
7. Ross J y Stover J, Use of modern contraception increases when more methods become available: analysis of evidence from 1982–2009, *Global Health, Science and Practice*, 2013, 1(2):203–212.
8. Bruce J, Fundamental elements of the quality of care: a simple framework, *Studies in Family Planning*, 1990, 21(2):61–91.
9. Koenig MA, Hossain MB y Whittaker M, The influence of quality of care upon contraceptive use in rural Bangladesh, *Studies in Family Planning*, 1997, 28(4):278–289.
10. RamaRao S et al., The link between quality of care and contraceptive use, *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29(2):76–83.
11. Sanogo D et al., Improving quality of care and use of contraceptives in Senegal, *African Journal of Reproductive Health*, 2003, 7(2):57–73.
12. Jain AK et al., Evaluation of an intervention to improve quality of care in family planning programme in the Philippines, *Journal of Biosocial Science*, 2012, 44(1):27–41.
13. Family Planning 2020 (FP2020), Progress report 2014–2015: commitment to action, Washington, DC: FP2020, 2015, <http://progress.familyplanning2020.org/>.
14. RamaRao S y Jain AK, Aligning goals, intents, and performance indicators in family planning service delivery, *Studies in Family Planning*, 2015, 46(1):97–104.
15. FP2020, Measurement annex: commitment to action, 2015, <http://progress.familyplanning2020.org/page/measurement/annex>.
16. Khan S et al., Contraceptive trends in developing countries, *DHS Comparative Reports*, Calverton, MD, EE.UU.: Macro International, 2007, No. 16, <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/CR16/CR16.pdf>.
17. Ortayli N y Malarcher S, Equity analysis: identifying who benefits from family planning programs, *Studies in Family Planning*, 2010, 41(2):101–108.
18. Costello M et al., A client-centered approach to family planning: the Davao project, *Studies in Family Planning*, 2001, 32(4):302–314.
19. Encuestas Demográficas y de Salud, resumen de Evaluación de la Provisión de Servicios (EPS), 2015, <http://dhsprogram.com/What-We-Do/Survey-Types/SPA.cfm>.
20. Sathar Z et al., Introducing client-centered reproductive health services in a Pakistani setting, *Studies in Family Planning*, 2005, 36(3):221–234.
21. León FR et al., *The Balanced Counseling Strategy: A Toolkit for Family Planning Service Providers*, Washington, DC: Population Council, 2008.

Agradecimientos

Este documento se preparó bajo el proyecto Medición y Monitoreo de la Calidad de Servicios y la Calidad de Atención, financiado por una subvención otorgada al Population Council por la David and Lucile Packard Foundation. Una versión anterior de este documento se presentó en una reunión sobre Quality of Care Within Private Franchised Clinics (Calidad de Atención en Franquicias de Clínicas) realizada en Bellagio, Italia, del 13–15 de octubre de 2015. El autor agradece a Adrienne Germaine, Dominic Montagu y John W. Townsend por las útiles sugerencias recibidas sobre una versión anterior de este estudio.

Contacto del autor: ajain@popcouncil.org