

Un nuevo índice compuesto para medir la calidad de los programas de planificación familiar a nivel nacional

Por Anrudh K. Jain

Anrudh K. Jain, es actualmente investigador independiente y era un distinguido académico del Population Council, Nueva York, cuando se realizó esta investigación.

CONTEXTO: A pesar de los esfuerzos para utilizar encuestas de las instituciones de salud para medir la calidad de los programas de planificación familiar, no se ha podido realizar la medición y el monitoreo de la calidad de los programas a nivel nacional de manera rutinaria y confiable.

MÉTODOS: Se propone y utiliza un nuevo índice compuesto para medir la calidad a nivel nacional, el Índice Compuesto de Calidad Nacional (ICCN), con el propósito de comparar la calidad del programa de planificación familiar en 30 países en desarrollo. Los puntajes del índice representan el promedio no ponderado de los puntajes de indicadores de tres dimensiones diferentes de calidad—estructura, proceso y resultado. El indicador de estructura, el Índice de Disponibilidad del Método, utilizó datos de la encuesta de Esfuerzo de Planificación Familiar 2014, mientras que el indicador de proceso (Índice de Información sobre el Método) y el indicador de resultados (Índice de Éxito del Método), utilizaron los datos de las encuestas demográficas de salud más recientes realizadas en los países incluidos en el estudio. Se examinaron las correlaciones entre estos y otros indicadores.

RESULTADOS: El puntaje ICCN promedio no ponderado para los 30 países fue de 60; los puntajes variaron de 50 en Pakistán a 72 en Camboya. Los puntajes promedio para los tres componentes ICCN fueron 52 para la Disponibilidad del Método (rango, 40–73), 41 para la Información sobre el Método (rango, 13–71) y 86 para el Éxito del Método (rango, 70–99). Los puntajes de estos componentes no se correlacionaron entre sí, lo que sugiere que miden distintas dimensiones de la calidad del programa. Los puntajes globales de ICCN se correlacionaron con medidas existentes de calidad a nivel nacional, pero no con la tasa de fecundidad total y la tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos modernos.

CONCLUSIONES: El ICCN y sus tres componentes utilizan datos recolectados rutinariamente a través de encuestas nacionales y pueden usarse para medir y monitorear la calidad a nivel nacional de los programas de planificación familiar.

Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva, número especial de 2019, pp. 1–10, doi: 10.1363/SP00119

Todas las personas tienen derecho a tener hijos si lo desean y cuando lo desean; muchas usan anticonceptivos como medida preventiva y como ayuda para cumplir sus metas de planificación familiar. Sin embargo, con frecuencia muchas personas no pueden ejercer este derecho, en parte debido a impedimentos relacionados con la comunidad, la familia y la religión; y también debido a los obstáculos que enfrentan para tener acceso y utilizar los servicios de planificación familiar. En los países en desarrollo, los programas de planificación familiar del sector público ofrecen información y servicios de anticoncepción a un costo reducido o nulo para un número creciente de clientes. Los proveedores del sector privado, incluidas las farmacias, también han aumentado su cobertura, en gran parte como distribuidores de condones y píldoras. A nivel mundial, la prevalencia del uso de anticonceptivos modernos ha aumentado a 64% entre las mujeres que viven en unión; y la fecundidad ha disminuido a 2.5 partos por cada 1,000 mujeres.¹ Un factor que puede estar contribuyendo a la disminución de la fecundidad y al aumento de la prevalencia de anticonceptivos es la calidad

de la atención que proporcionan los programas nacionales de planificación familiar.

Aunque revitalizados por la Cumbre de Londres sobre Planificación Familiar del 2012,^{2,3} el interés y el trabajo sobre la calidad de la atención en los programas de planificación familiar comenzaron más de 20 años antes, cuando Judith Bruce articuló un marco centrado en el cliente para evaluar la calidad de la atención de planificación familiar.⁴ Su marco consta de seis elementos: elección de métodos anticonceptivos, información brindada a los clientes, competencia técnica, relaciones interpersonales, mecanismos de seguimiento y continuidad y provisión de un conjunto apropiado de servicios. El marco se centra en gran medida en las interacciones entre clientes y proveedores de servicios, así como en mejorar la calidad de la atención ofrecida a y recibida por las mujeres (y, en teoría, los hombres) que buscan servicios anticonceptivos; quienes no pueden o no entran en contacto con los servicios no se consideran en este marco. Si bien el marco se ha convertido en la piedra angular de la programación de planificación familiar,

se sabe muy poco sobre el desempeño de los países en la prestación de servicios de planificación familiar de calidad, en parte debido a la ausencia de un índice para medir la calidad de los programas nacionales.

El propósito de este artículo es proponer un nuevo índice compuesto para medir la calidad de los programas de planificación familiar a nivel nacional. El índice puede usarse para comparar la calidad entre países, así como para monitorear el progreso dentro de un país. La necesidad de tal índice se ha vuelto especialmente urgente a la luz del objetivo global establecido en la Cumbre de Londres, que consiste en ayudar a que 120 millones de mujeres adicionales en los países en desarrollo usen anticonceptivos para 2020.³

Investigaciones previas

Durante los últimos 25 años se ha dedicado una considerable cantidad de trabajo al desarrollo y a la aplicación de métodos para medir, monitorear y mejorar la calidad de atención;⁵ sin embargo, la mayor parte de este esfuerzo ha estado relacionado con los servicios disponibles y la atención brindada en las instituciones de salud o en los puntos de prestación de servicios. Por ejemplo, Miller y sus colegas desarrollaron una metodología —denominada Análisis Situacional⁶— para recolectar datos sobre la calidad de los servicios disponibles y la calidad de atención que los clientes reciben en los puntos de prestación de servicios.

Utilizado por primera vez en Kenia en 1989, el Análisis Situacional se ha empleado posteriormente y de manera amplia para describir la calidad de los servicios de planificación familiar en países de África subsahariana, Asia y América Latina. La metodología se ha utilizado para crear indicadores de los elementos de la calidad de la atención,⁷⁻¹⁰ así como de la calidad de atención en general.¹⁰⁻¹² Por ejemplo, Askew et al., utilizaron los datos del Análisis Situacional para crear más de 40 indicadores de diversos elementos de calidad,⁸ mientras que Mensch y sus colegas utilizaron dichos datos para describir el funcionamiento de los subsistemas de planificación familiar en Nigeria, Tanzania y Zimbabue.¹³ Del mismo modo, Miller et al., usaron 28 indicadores para describir el grado de disposición de la infraestructura y las instalaciones, así como 36 indicadores para describir la calidad de la atención recibida por los clientes.¹⁴

Al reconocer que usar un número menor de indicadores proporcionaría una mayor utilidad y tendría costos más bajos, un grupo de investigadores de la Universidad de Tulane desarrolló la metodología de Investigación Rápida de la Calidad, misma que utilizaron para describir la calidad de atención en Ecuador, Turquía, Uganda y Zimbabue.¹⁵ Sin embargo, el número de indicadores utilizados, aunque menor que en estudios anteriores, se mantuvo alto (25).

Dada su complejidad y costo, las metodologías de Análisis Situacional y de Investigación Rápida de la Calidad ya no son de uso común, excepto en los estudios de investigación. Aparentemente, estas metodologías fueron reemplazadas por la Evaluación de la Provisión del Servicio, una

herramienta diseñada y administrada por el programa de Encuestas Demográficas y de Salud (EDS).¹⁶ Sin embargo, la evaluación de la provisión del servicio solo se ha utilizado en unos 15 países; entre ellos Kenia, Namibia, Senegal, Etiopía, Haití, Malawi y Tanzania.¹⁷⁻¹⁹ De manera similar, en el marco del programa Planificación Familiar 2020, la iniciativa Monitoreo del Desempeño y Rendición de Cuentas 2020 recolecta datos a nivel de institución de salud en 11 países de alta prioridad.²⁰ También, se ha hecho un gran esfuerzo para documentar la naturaleza de las interacciones cliente-proveedor con base en observadores independientes que evalúan esas interacciones, entrevistando a las mujeres al salir de las instituciones de salud después de recibir los servicios y utilizando el enfoque de cliente simulado.^{21,22} Aunque la información recolectada a través de estas técnicas ha proporcionado elementos valiosos a los gerentes de programas sobre la naturaleza de la provisión de los servicios y ha identificado lagunas en la prestación de los servicios, no se ha utilizado para crear un indicador nacional de calidad. Esto quizás se debe en parte a que estos esfuerzos se centraron en medir cada elemento de calidad y usar las encuestas de las instituciones de salud para mejorar su calidad.

En su articulación del marco de calidad, Bruce aplicó el enfoque de Donabedian²³ al sugerir que las evaluaciones de calidad examinan tres aspectos diferentes de los programas de planificación familiar: la estructura del programa, el proceso de prestación de los servicios y el resultado de la atención.⁴ En esta conceptualización, la estructura del programa se refiere al grado en que un programa está preparado para proporcionar el nivel de calidad deseado (tal disposición a veces se denomina “calidad de servicios”). El proceso de prestación de servicios se refiere a la medida en que los clientes reciben el nivel de calidad deseado (esto a veces se equipara con la “calidad de atención”).⁷ Finalmente, el resultado se refiere a los efectos del programa en el conocimiento, el comportamiento y la satisfacción de los clientes.

Jain y Hardee sugirieron recientemente realizar cinco modificaciones al marco original de calidad de atención para hacerlo compatible con la planificación familiar basada en derechos.²⁴ Cuatro de las recomendaciones se referían a elementos individuales de calidad descritos en el marco; por ejemplo, sugirieron ampliar el elemento de las relaciones interpersonales para incluir explícitamente el trato a los clientes con dignidad y respeto, así como garantizar su privacidad y confidencialidad. La quinta recomendación consistió en dividir los elementos en el marco de calidad de atención entre el nivel estructural y el de proceso, dependiendo de lo adecuados que eran para la medición y el mejoramiento de la calidad. Si bien los seis elementos son importantes tanto a nivel estructural como de proceso, ha sido difícil medir cada elemento por separado en ambos niveles. La tarea de poner en operación y medir la calidad se puede facilitar si reconocemos que algunos elementos de la calidad son más pertinentes para el nivel estructural que para el nivel de proceso; estos incluyen la disponibilidad de métodos para garantizar la elección, de

proveedores capacitados y competentes para garantizar la provisión segura de métodos clínicos y para garantizar el tratamiento adecuado de los clientes, así como de espacio para garantizar la privacidad y de servicios adicionales apropiados de salud reproductiva. Los otros elementos —el intercambio de información, las relaciones interpersonales y los mecanismos de seguimiento—, son más pertinentes para el nivel del proceso. Sin embargo, el intercambio de información y las relaciones interpersonales —categorizadas en conjunto, en términos generales como interacciones cliente-proveedor—, siguen siendo los principales vehículos para poner en operación los seis elementos de calidad en el punto de atención. Por ejemplo, un punto de entrega de servicio en particular puede tener disponibilidad de múltiples métodos anticonceptivos, pero que el cliente reciba la información que necesita y el método que elija depende de la interacción entre el cliente y el proveedor de servicios.

Bruce sugirió que los resultados del servicio se midieran a lo largo de una línea de tiempo que va desde el corto hasta el largo plazo;⁴ sin embargo, algunas de las medidas de resultados actuales no son óptimas porque no proporcionan una diferenciación suficiente. Por ejemplo, un resultado a corto plazo comúnmente utilizado —el conocimiento de los métodos anticonceptivos— es casi universal: en un estudio de mujeres con necesidad insatisfecha de anticoncepción, solo el 1% de las mujeres de América Latina y el Caribe, el 2% de las de Asia y el 6% de las de África citaron como una razón para no usarlos la falta de conocimiento de un método o de una fuente de suministros anticonceptivos.²⁵ De manera similar, el uso de una pregunta única para evaluar si una cliente estuvo satisfecha con los servicios generalmente conduce a respuestas normativas, por lo que más del 90% de las mujeres reporta estar satisfechas, independientemente de la calidad de la atención recibida.^{9,12}

Otras medidas son subóptimas porque se basan en datos difíciles de recolectar. Un ejemplo es el índice que mide la Ayuda a las Personas para Alcanzar sus Intenciones Reproductivas (HARI, por sus siglas en inglés). Esta es una medida de los resultados a largo plazo que se propuso en 1994 para evaluar el éxito o el fracaso de los programas de planificación familiar que tienen una orientación a la salud reproductiva.²⁶ Este indicador, que aplica a la evaluación de estos programas el principio de los derechos y el bienestar de las personas, tiene dos componentes: evalúa si las mujeres logran sus intenciones reproductivas y si evitan los problemas graves de salud asociados con sus esfuerzos. Aunque el índice HARI se ha utilizado para examinar el éxito del programa en Perú,²⁷ no se ha utilizado ampliamente, tal vez porque la estimación del primer componente requiere datos de panel.

Necesidad de un indicador nacional de calidad

Aunque la medición y el monitoreo de la calidad a nivel nacional se han vuelto especialmente importantes a partir de la alianza Planificación Familiar 2020,³ un solo indicador

no tiene que ser útil tanto para monitorear la calidad como para identificar intervenciones para mejorar la calidad. Por ejemplo, dos indicadores de uso común en la planificación familiar y en la bibliografía demográfica son la tasa de prevalencia de anticonceptivos (que indica el nivel de uso de los anticonceptivos) y la tasa de fecundidad total (que indica el nivel de fecundidad). Estos indicadores se utilizan para monitorear las diferencias entre los países, así como las tendencias dentro de los países, pero no brindan información útil para realizar los cambios programáticos necesarios para aumentar la prevalencia de anticonceptivos o para reducir la fecundidad. De manera similar, aunque se necesita un índice para evaluar la calidad del programa a nivel nacional, tal indicador no tiene que proporcionar información sobre cómo mejorar la calidad.

Actualmente se encuentran disponibles dos índices para medir la calidad a nivel nacional. Ambos utilizan información recolectada a través de las encuestas de Esfuerzo de Planificación Familiar, que comenzaron en 1972 y desde 1989 han sido conducidas aproximadamente cada cinco años por Futures Group y, más recientemente, por Avenir Health y el Proyecto de Políticas de Salud.²⁸ Para cada país en desarrollo incluido en una determinada ronda (la ronda más reciente incluyó 90 de esos países), la encuesta recolecta información de 10 a 15 personas conocedoras del programa nacional de planificación familiar. Los datos de varias rondas se han utilizado ampliamente con propósitos tales como determinar la asociación entre la disponibilidad del método y el uso de los anticonceptivos.²⁹⁻³¹

El primer índice se basa en las respuestas a una pregunta de la encuesta de Esfuerzo de Planificación Familiar que pide a los participantes que califiquen la calidad general de los servicios de planificación familiar de un país en una escala de 10 puntos. Las instrucciones para las personas entrevistadas mencionan que un programa de buena calidad se enfoca en las necesidades del cliente e incluye consejería, información y disponibilidad de una variedad de métodos, así como la provisión de procedimientos clínicos seguros.

El segundo indicador a nivel de país es el componente de calidad del Índice Nacional Compuesto para Planificación Familiar (INCPF).³² Habiendo sido creado para medir la fortaleza general de los programas de planificación familiar, el INCPF evalúa cinco dimensiones de los programas: estrategia, datos, calidad, equidad y responsabilidad. El cuestionario del INCPF se añadió al final de la última encuesta de Esfuerzo de Planificación Familiar (2014); la dimensión de calidad del INCPF se mide utilizando 12 preguntas.

Este artículo propone otro índice, el Índice Compuesto de Calidad Nacional (ICCN), para medir la calidad a nivel nacional. El ICCN mide la calidad de los programas nacionales de planificación familiar en cada uno de los tres niveles identificados por Donabedian²³ y Bruce⁴— estructura, proceso y resultado— y con esa base proporciona un puntaje de calidad general utilizando las mejores y más recientes fuentes de datos comparativos disponibles para un

amplio conjunto de países en desarrollo. Específicamente, la estructura del programa se evalúa mediante un Índice de Disponibilidad del Método que mide qué tan preparado está un programa para permitir la elección de métodos anticonceptivos; el proceso de prestación de servicios se evalúa mediante un Índice de Información del Método que refleja el tipo de información que las usuarias de anticonceptivos reportan haber recibido en el momento de iniciar el uso del anticonceptivo; y los resultados a nivel del cliente se evalúan mediante un Índice de Éxito del Método que refleja el grado de éxito que tienen las usuarias de anticonceptivos para evitar los partos no planeados. El ICCN utiliza no solo los datos recopilados en las encuestas de esfuerzo de planificación familiar, sino también los datos recopilados de mujeres que participaron en las encuestas de EDS (DHS). Por lo tanto, incorpora informes de mujeres sobre algunos elementos de calidad y, al igual que los dos índices disponibles actualmente, se puede utilizar para comparar la calidad entre países o para monitorear la calidad a lo largo del tiempo dentro de un país, pero no para identificar intervenciones que mejoren la calidad. Finalmente, a diferencia del componente de logro de intenciones reproductivas del índice HARI, el nuevo índice no requiere datos de panel.

MÉTODOS

Cálculo del índice y sus componentes

• **Índice de Disponibilidad del Método.** El índice de disponibilidad del método se calcula utilizando la información obtenida de las encuestas de Esfuerzo de Planificación Familiar. La encuesta de 2014²⁸ recolectó datos sobre la disponibilidad de ocho métodos anticonceptivos—píldora, DIU, inyectable, condón, implante, píldoras anticonceptivas de emergencia y la esterilización masculina y femenina—y sobre la disponibilidad de los servicios de remoción para dos métodos, el DIU y el implante. La disponibilidad de un método (o de los servicios de remoción) se determinó a partir de las respuestas a una pregunta de la encuesta que pidió a los encuestados que calificaran, en una escala de 10 puntos, la medida en que el total de la población tenía fácil acceso a ese método o su remoción. Para calcular el puntaje del Índice de Disponibilidad del Método de un país, se suman los puntajes promedio de la disponibilidad de cada uno de los ocho métodos y los dos servicios de remoción; y la suma se divide entre 10. La disponibilidad de los servicios de remoción se incluye en el índice porque estos servicios son esenciales para la provisión de métodos clínicos de calidad.

• **Índice de Información sobre el Método.** Este índice, que es uno de los indicadores básicos utilizados por la iniciativa Planificación Familiar 2020,³³ evalúa la calidad del proceso de prestación de servicios utilizando los reportes de las mujeres sobre la información que recibieron en el momento de iniciar la anticoncepción.

Particular, se pregunta a las personas entrevistadas si, en el momento de iniciar el uso del método, se les había informado sobre otro método, sobre los efectos secundarios asociados con el método que seleccionaron y sobre cómo manejar esos efectos secundarios. El puntaje del Índice de Información sobre el Método indica el porcentaje de usuarias de anticonceptivos que respondieron afirmativamente a las tres preguntas,³² y se ha utilizado para documentar variaciones entre países en desarrollo, cambios dentro de un país y diferencias por características socioeconómicas entre mujeres dentro de un país.³³⁻³⁵

• **Índice de Éxito del Método.** El índice de éxito indica el porcentaje de usuarias de anticonceptivos que evitaron un parto no planeado durante un período específico (por ejemplo, cinco años). El índice es, por lo tanto, similar al primer componente del índice HARI (logro de intenciones reproductivas). Los valores se calculan utilizando datos retrospectivos de las encuestas de EDS, que utilizan calendarios reproductivos para recolectar información sobre el uso de anticonceptivos y partos durante los cinco años anteriores; dichos datos se han utilizado para estimar la contribución de la interrupción del uso de anticonceptivos a los partos no planeados en 36 países en desarrollo.³⁶

La estimación del puntaje del índice de éxito de un país (utilizando un período de cinco años) es como sigue. Definamos t como el momento de la encuesta y $t-5$ (es decir, cinco años antes de la encuesta) como el inicio del período de uso potencial de un método anticonceptivo moderno (píldora, inyectable, implante, DIU o esterilización). Se incluyen todos los segmentos subsiguientes de uso y no uso (independientemente del método).

Las mujeres que estaban usando un método moderno en $t-5$ se dividen en tres grupos según si tuvieron o no un parto entre $t-5$ y t ; si informaron que su parto más reciente fue no planeado (inoportuno o no deseado). Por lo tanto, los tres grupos están formados por quienes no tuvieron partos entre $t-5$ y t , aquellas que informaron que su parto más reciente fue planeado y aquellas que informaron que su parto más reciente fue no planeado. Solo se incluye el parto más reciente de la mujer, para minimizar el sesgo de memoria; si una mujer estaba embarazada en el momento de la encuesta, ese embarazo se clasifica como su parto más reciente.

Cuando las usuarias de anticonceptivos reportan que su parto más reciente en el período $t-5$ y t fue no planeado se considera un fracaso del uso de anticonceptivos, un enfoque similar al utilizado por Tietze y Lewit para estimar la efectividad extendida de uso de un método.³⁷ En contraste, se considera que quienes evitaron un parto no planeado entre $t-5$ y t han tenido éxito; y el índice de éxito indica el porcentaje de usuarias de anticonceptivos que informaron tal éxito. Nótese que el índice de éxito incorpora retrospectivamente las intenciones reproductivas de las usuarias de anticonceptivos (mientras que el índice HARI evalúa el logro de las intenciones de forma prospectiva) y que, debido a que algunos embarazos no planeados pueden haber terminado en aborto involuntario o aborto inducido, el

indicador de éxito considera la ocurrencia de esos eventos.

• **Índice Compuesto.** El ICCN combina los indicadores de disponibilidad, información y éxito, y se estima simplemente tomando el puntaje promedio no ponderado de esos tres indicadores.

Datos y Variables

Para ilustrar la estimación y la utilidad del ICCN, este análisis calculó los valores del índice de todos los países en desarrollo para los cuales se disponía de datos recientes. Se utilizaron datos de la Encuesta de Esfuerzo de Planificación Familiar de 2014 para calcular los puntajes del Índice de Disponibilidad del Método, mientras que datos de las encuestas más recientes de EDS se utilizaron para calcular los puntajes del Índice de Información sobre el Método y el Índice de Éxito del Método. Los datos para el Índice de Éxito del Método estaban disponibles para 37 países en desarrollo; los datos para el Índice de Disponibilidad del Método no estaban disponibles para seis de esos países, y los datos para el Índice de Información sobre el Método no estaban disponibles para un país adicional. Por lo tanto, el análisis se basa en los 30 países restantes (Cuadro 1).

Debido a que la tasa global de fecundidad (TGF) de un país y la tasa de prevalencia de anticonceptivos modernos (TPAM) se usan comúnmente para evaluar la efectividad de los programas de planificación familiar, estas dos variables se incluyeron en este análisis para determinar sus asociaciones con el ICCN. Los datos para estas variables se tomaron de las últimas encuestas de EDS.³⁸ Los dos índices existentes de la calidad del programa nacional—los de la Encuesta de Esfuerzo de Planificación Familiar 2014 y del INCPF³²—también se incluyeron para determinar sus asociaciones con el ICCN, la TGF y la TPAM.

Análisis

Se calcularon porcentajes y promedios simples para las variables relevantes. Los valores se calcularon no solo para los 30 países, sino también para dos grupos regionales: países del África subsahariana y países que no pertenecen a África subsahariana; los valores para estos grupos son promedios simples no ponderados de porcentajes o valores específicos del país (es decir, a cada país se le asignó el mismo peso). Los puntajes del ICCN son indicativos del nivel de calidad del programa en los países y no se hizo ningún intento para probar la significancia estadística de las diferencias entre los países. Se estimaron coeficientes simples para las correlaciones entre los valores de ICCN, TGF y TPAM y los otros dos índices de calidad, para indicar el grado de asociación observada o bruta entre estas variables. La significancia estadística se evaluó mediante una prueba de dos colas medida en los niveles de significancia de .01 y .05; sin embargo, un tamaño de muestra tan pequeño como el de este análisis (30 países) puede resultar en correlaciones que no son estadísticamente significativas incluso cuando el valor del coeficiente de correlación es alto.

RESULTADOS

Análisis descriptivo

El valor promedio no ponderado del ICCN para los 30 países fue 60 (Cuadro 1). El valor para los países individuales varió desde 50 en Pakistán y 51 en Etiopía hasta 71 en Ruanda y 72 en Camboya. Los promedios no ponderados para los tres componentes de ICCN fueron 52 para la disponibilidad del método, 41 para la información sobre el método y 86 para el éxito del método. Los puntajes de disponibilidad del método variaron de 37 en Timor-Leste a 73 en Ruanda. Los valores para el índice de información sobre el método variaron de 13 en Pakistán a 71 en Zambia. Las puntuaciones del índice de éxito variaron de 70 en Malauí a 99 en India.

Los promedios no ponderados del ICCN no difirieron entre los 18 países del África subsahariana y los otros 12 países (60 en ambos grupos). De manera similar, los puntajes promedio de disponibilidad del método en estos dos grupos fueron esencialmente idénticos (52). Sin embargo, los puntajes promedio de información sobre el método fueron más altos en África subsahariana que en otras regiones (44 vs. 36), mientras que lo contrario fue cierto para los puntajes del índice de éxito (84 vs. 90).

En relación con lo anterior, los valores del ICCN para

CUADRO 1. Índice Compuesto de Calidad Nacional: puntaje general y por componente, por región y país

Región/País	Año de la encuesta	ICCN	Componente		
			Disponibilidad	Información	Éxito
Todos	na	59.7	52.2	40.7	86.2
África subsahariana	na	59.8	52.2	43.6	83.5
Ruanda	2010–2011	71.0	73.2	57.7	82.1
Benín	2011–2012	65.6	59.9	45.0	91.7
Senegal	2014	64.1	65.4	41.4	85.3
Zambia	2013–2014	63.1	42.1	71.0	76.3
Tanzania	2010	62.8	52.1	51.5	85.0
Mozambique	2011	62.8	45.5	53.6	89.3
Madagascar	2008	62.8	47.9	45.1	95.3
Malauí	2010	61.8	50.5	64.6	70.3
Nigeria	2013	59.4	39.6	50.2	88.4
Kenia	2008–2009	58.9	53.3	43.2	80.2
Namibia	2013	58.6	49.1	40.8	85.8
Ghana	2008	57.5	50.3	41.9	80.1
Zimbabue	2010–2011	57.1	53.7	35.9	81.8
Níger	2012	55.9	49.4	28.5	89.8
Uganda	2011	55.9	48.6	43.9	75.1
Lesoto	2009	54.6	45.2	27.8	90.9
Burundi	2010	53.3	58.4	26.3	75.2
Etiopía	2011	50.9	54.8	17.1	80.7
Otras regiones	na	59.6	52.3	36.2	90.3
Camboya	2010	72.1	57.9	63.9	94.6
Jordania	2012	64.3	61.5	49.3	82.2
Nepal	2011	64.3	54.0	42.2	96.7
Bolivia	2008	61.4	49.9	51.4	82.9
Egipto	2014	60.3	53.9	38.1	88.7
Perú	2012	60.0	43.5	52.4	84.2
Timor-Leste	2009–2010	58.2	37.0	40.2	97.5
Bangladesh	2004	58.1	67.1	19.5	87.5
Indonesia	2012	56.5	54.7	20.9	94.0
Honduras	2011–2012	56.1	52.9	28.2	87.2
India	2005–2006	54.4	49.0	15.6	98.7
Pakistán	2012–2013	49.7	45.9	13.2	89.8

Notas: ICCN=Índice Compuesto de Calidad Nacional. na=no aplicable.

dos países pueden ser los mismos a pesar de las diferencias en los índices de disponibilidad, información y éxito. Por ejemplo, Kenia y Perú tienen puntuaciones ICCN muy similares (59 y 60); sin embargo, el puntaje de disponibilidad del método es mucho más bajo para Perú que para Kenia (43 vs. 53), mientras que el puntaje de información sobre el método es mucho más alto para Perú que para Kenia (52 vs. 43). Además, el valor del ICCN puede ser relativamente bajo, incluso si uno de los puntajes de los componentes es bastante alto. Por ejemplo, el puntaje ICCN de la India es 54 —segundo más bajo entre los países que no pertenecen a África subsahariana— aunque el puntaje del índice de éxito del país (99) es el más alto de la muestra completa de 30 países (debido al uso predominante de la esterilización). Esta anomalía se debe a los puntajes extremadamente bajos de India en los índices de disponibilidad e información.

El índice de éxito tiene dos componentes —el porcentaje de usuarias de anticonceptivos que no tuvo un parto y el porcentaje que reportó que su parto más reciente fue planeado— y la contribución relativa de estos componentes puede diferir entre los países con puntajes similares en el índice de éxito. Por ejemplo, el valor del indicador de éxito es alto tanto en Níger como en Nepal (90 y 97, respectivamente). Sin embargo, el valor para Níger se debe casi en su totalidad a la alta proporción (82%) de usuarias de anticonceptivos que reportó que su último parto había sido planeado; solo el 8% de las usuarias reportó no haber tenido partos durante el periodo de referencia (no se muestra). En contraste, solo el 7% de las usuarias de anticonceptivos en Nepal indicó que su parto más reciente había sido planeado; el alto valor del puntaje del índice de éxito del país se debe al 89% de las usuarias que reportó no haber tenido partos.

Tres países del África subsahariana —Etiopía, Malawi y Ruanda— han progresado de manera continua en el aumento de la prevalencia del uso de anticonceptivos (Cuadro 1).³⁸ Sin embargo, se clasifican de manera bastante diferente en los puntajes de ICCN. Ruanda tuvo los puntajes más altos entre los países del África subsahariana (71), mientras que Etiopía tuvo los más bajos (51) y Malawi quedó en medio (62). Etiopía ha tenido mejores resultados que Malawi en la disponibilidad de métodos anticonceptivos (sus puntuaciones de disponibilidad fueron 55 y 51, respectivamente), pero no lo ha hecho tan bien al proporcionar información a las usuarias (su puntaje de

información fue 17, en comparación con 65 para Malawi). Ruanda, en contraste, lo está haciendo mejor que el promedio tanto en poner a disposición los métodos (puntaje de disponibilidad, 73) como en proporcionar información a las usuarias (puntaje de información, 58).

Correlaciones entre medidas

Ninguna de las correlaciones entre los tres componentes del ICCN (disponibilidad, información y éxito) tuvo significancia estadística (Cuadro 2). Por lo tanto, estos componentes parecen representar tres dimensiones diferentes de calidad y, de manera similar, el ICCN refleja tres dimensiones diferentes —estructura, proceso y resultado—. Los puntajes generales del ICCN se correlacionaron con los valores de dos de los índices que lo componen, disponibilidad (0.38) e información (0.79), pero no con los del índice de éxito.

El puntaje promedio no ponderado del ICCN para los 30 países (60; Cuadro 3, página 7) fue similar a los puntajes de calidad correspondientes a la encuesta de Esfuerzo de Planificación Familiar (56) y al INCPF (55). Además, los puntajes del ICCN se asociaron positivamente con los puntajes para los otros dos indicadores de calidad (coeficientes, 0.41 a 0.47; Cuadro 4, página 8). Sin embargo, los coeficientes de correlación para las relaciones entre estos tres indicadores de calidad tanto con la TGF como con la TPAM fueron pequeños y no significativos estadísticamente, lo que sugiere que las dimensiones del servicio que miden la TGF y la TPAM, difieren de las que miden los tres índices de calidad.

El Indicador de éxito del método y sus dos componentes (no haber tenido partos y haber tenido solo los partos planeados) se correlacionaron significativamente con la TGF (no se muestra). Específicamente, la TGF se asoció negativamente con el puntaje de éxito del método (coeficiente de correlación, -0.36; $p < .05$) y con el porcentaje de usuarias de anticonceptivos que no habían tenido un parto (-0.82; $p < .01$); y se asoció positivamente con el porcentaje de usuarias que reportaron que su parto más reciente había sido planeado (0.84; $p < .01$). El porcentaje de usuarias que no tuvieron partos se asoció positivamente con la TPAM, así como con el porcentaje de las que estaban utilizando un método de larga duración o un método permanente. Sin embargo, debido a que el porcentaje de usuarias de anticonceptivos cuyo parto más reciente había sido planeado se asoció negativamente tanto con la TPAM como con la proporción de las que estaban utilizando un método de larga duración o un método permanente, el indicador de éxito no se correlacionó con esas dos medidas.

LIMITACIONES

Este análisis tiene algunas limitaciones. Primero, se asignaron ponderaciones iguales a los indicadores de disponibilidad, información y éxito en la estimación del puntaje del ICCN. Este enfoque puede no ser óptimo, aunque es preferible a las alternativas en ausencia de cualquier evidencia teórica o empírica sobre la importancia relativa de los tres componentes.

CUADRO 2. Coeficientes de correlaciones de orden cero entre el Índice Compuesto de Calidad Nacional y los puntajes generales y por componente, a partir del análisis de datos de 30 países en desarrollo

Componente del ICCN	Componente del ICCN			ICCN
	Disponibilidad	Información	Éxito	
Disponibilidad	1.00	-0.07	-0.14	0.38*
Información	—	1.00	-0.32	0.79**
Éxito	—	—	1.00	0.08

* $p < .05$. ** $p < .01$. Nota: ICCN=Índice Compuesto de Calidad Nacional.

Segundo, el puntaje del Índice de Información sobre el Método se calcula mediante respuestas retrospectivas a tres preguntas hechas a mujeres que usaban anticonceptivos, que es un enfoque con limitaciones.³⁵ Por ejemplo, la pregunta sobre si a una mujer se le informó acerca de otro método puede interpretarse de múltiples maneras; algunas usuarias potenciales de píldoras podrían haber respondido afirmativamente si el proveedor simplemente les hubiera dicho que la institución de salud también ofrecía el inyectable y el implante, mientras que otras podrían haber respondido afirmativamente solo si el proveedor les hubiera dado información específica sobre esos métodos (por ejemplo, el inyectable la protegerá durante tres meses y el implante la protegerá hasta por cinco años). Además, la validez predictiva del índice y la medida en que captura los aspectos más importantes de la información intercambiada entre proveedores y clientes (por ejemplo, la posibilidad de cambiar método) no se conocen.

Tercero, los puntajes en el Índice de Éxito del Método se calculan utilizando información de mujeres que habían sido clasificadas, según los datos recolectados a través de calendarios reproductivos en las encuestas de EDS, como usuarias de anticonceptivos 60 meses antes de la encuesta. Este enfoque puede subestimar el uso de anticonceptivos si las mujeres que habían estado usando anticonceptivos cinco años antes se clasificaron erróneamente como no usuarias.³⁹ Exploré esta posibilidad comparando la proporción de mujeres que informaron haber sido usuarias de anticonceptivos en cada país con estimaciones de la prevalencia de anticonceptivos de una encuesta de EDS realizada unos cinco años antes. Las dos estimaciones fueron diferentes pero estuvieron altamente correlacionadas ($r = 0.96$; $p < 0.001$), lo que sugiere que los errores en la clasificación de las mujeres como usuarias o no usuarias de anticonceptivos fueron poco frecuentes y es poco probable que hayan distorsionado los hallazgos de este estudio.

Cuarto, los puntajes para el Indicador de Éxito del Método pueden reflejar factores más allá de la calidad de la atención brindada por un programa. Por ejemplo, uno de los dos componentes del indicador de éxito —el porcentaje de usuarias de anticonceptivos que no tuvieron un parto— puede reflejar no solo el uso efectivo de los anticonceptivos, sino también factores como la frecuencia de las relaciones sexuales, la ausencia de un compañero y la disponibilidad y uso de servicios de aborto.

De manera similar, el segundo componente del indicador de éxito utiliza datos de informes retrospectivos referentes a si el parto más reciente de una mujer fue deseado en el momento de tenerlo, o si fue deseado posteriormente o nunca deseado. Los partos no deseados pueden presentar subregistro de manera retrospectiva, debido a que las mujeres pueden ser reacias a describir un parto como no deseado. Sin embargo, es probable que muchos de estos partos no deseados no se reporten como planeados, sino como inoportunos. Debido a que el indicador de éxito trata los partos inoportunos de la misma manera que los partos no deseados (es decir, ninguno de ellos se considera

un evento exitoso), tales casos de clasificación errónea no afectarían el puntaje del índice. Además, el efecto del sesgo de memoria en los informes de intención en este estudio se minimizó al enfocar el análisis en el parto más reciente de una mujer.

El hecho de que una mujer reporte retrospectivamente un parto como planeado o no planeado, probablemente también es un reflejo de las normas de fecundidad prevalentes en un país. Por ejemplo, en condiciones de alta fecundidad, es probable que la mayoría de los partos se reporten como planeados. Si las normas de fecundidad cambian de manera tal que el tamaño de la familia deseada comienza a disminuir, la proporción de partos planeados también puede disminuir. Sin embargo, hacia las últimas etapas de la transición de la fecundidad, las usuarias de anticonceptivos pueden haber tenido principalmente partos planeados y las mujeres pueden haber usado el aborto para interrumpir los embarazos no planeados. Por lo tanto, el indicador de éxito puede tener valores altos tanto cuando la fertilidad deseada es alta como cuando es baja. No obstante, los puntajes para el indicador de éxito y sus dos componentes están altamente correlacionadas con la TGF.

CUADRO 3. Comparación de puntajes del Índice Compuesto de Calidad Nacional con valores de otros indicadores de calidad y efectividad de los programas de planificación familiar, por región y país

Región/País	Año	Indicadores de calidad			TGF	TPAM
		ICCN	EPF14	INCPF		
Todos	na	59.7	55.8	54.8	4.3	35.6
África subsahariana	na	59.8	56.6	58.8	5.1	29.7
Ruanda	2010–2011	71.0	74.7	85.9	4.2	45.1
Benín	2011–2012	65.6	63.0	63.9	4.9	7.9
Senegal	2014	64.1	63.2	69.9	5.0	20.3
Zambia	2013–2014	63.1	56.5	50.0	5.3	44.8
Tanzania	2010	62.8	55.6	52.4	5.4	27.4
Mozambique	2011	62.8	50.5	52.8	5.9	11.3
Madagascar	2008	62.8	51.3	59.1	4.8	29.2
Malawi	2010	61.8	58.6	62.2	5.7	42.2
Nigeria	2013	59.4	45.4	49.2	5.5	9.8
Kenia	2008–2009	58.9	50.0	52.7	4.6	39.4
Namibia	2013	58.6	58.6	41.4	3.6	55.3
Ghana	2008	57.5	60.7	72.0	4.0	16.6
Zimbabue	2010–2011	57.1	65.7	60.2	4.1	57.3
Niger	2012	55.9	53.2	59.0	7.6	12.2
Uganda	2011	55.9	46.2	64.8	6.2	26.0
Lesoto	2009	54.6	56.6	43.2	3.3	45.6
Burundi	2010	53.3	52.8	62.4	6.4	17.7
Etiopía	2011	50.9	56.3	57.7	4.8	27.3
Otras regiones	na	59.6	54.7	48.8	3.2	44.4
Camboya	2010	72.1	57.8	55.4	3.0	34.9
Jordania	2012	64.3	67.7	72.7	3.5	42.3
Nepal	2011	64.3	64.8	48.8	2.6	43.2
Bolivia	2008	61.4	62.7	50.6	3.5	34.6
Egipto	2014	60.3	57.9	61.4	3.5	56.9
Perú	2012	60.0	46.3	42.8	2.5	51.8
Timor-Leste	2009–2010	58.2	37.8	30.0	5.7	21.1
Bangladesh	2004	58.1	59.5	43.2	2.3	52.1
Indonesia	2012	56.5	44.4	38.5	2.6	57.9
Honduras	2011–2012	56.1	68.4	60.1	2.9	63.8
India	2005–2006	54.4	43.2	45.8	2.7	48.5
Pakistán	2012–2013	49.7	45.3	36.0	3.8	26.1

Notas: ICCN=Índice Compuesto de Calidad Nacional. EPF=2014 Encuesta sobre el Esfuerzo de Planificación Familiar. INCPF=Índice Nacional Compuesto para Planificación Familiar. TGF=Tasa Global de Fecundidad. TPAM=Tasa de Prevalencia de Anticonceptivos Modernos. na=no aplicable.

CUADRO 4. Coeficientes de correlaciones de orden cero entre indicadores de calidad y otras medidas a partir del análisis de datos de 30 países en desarrollo

Indicador de Calidad	Indicador de Calidad			Tasa global de fecundidad	TPAM
	ICCN	INCPF	EPF14		
ICCN	1.00	0.41*	0.47**	-0.071	-0.017
INCPF	—	1.00	0.67**	0.250	-0.157
EPF14	—	—	1.00	-0.220	0.262

*p<.05. **p<.01. Notas: ICCN=Índice Compuesto de Calidad Nacional. INCPF=Índice Nacional Compuesto para Planificación Familiar EPF=2014 Encuesta sobre el Esfuerzo de Planificación Familiar. TPAM=Tasa de Prevalencia de Anticonceptivos Modernos.

DISCUSIÓN

El ICCN propuesto aquí ofrece una manera de medir y monitorear la calidad a nivel nacional de manera rutinaria. Incorpora tres dimensiones importantes de la calidad —la estructura de un programa, el proceso de prestación de servicios y los resultados del comportamiento del cliente—. Los datos utilizados para crear indicadores de estas dimensiones están disponibles en encuestas transversales como la EDS y la Encuesta de Esfuerzo de Planificación Familiar. El indicador de estructura refleja la disponibilidad de métodos para todas las mujeres, aunque los otros dos indicadores reflejan la experiencia solo de las usuarias de anticonceptivos.

Debido a que el puntaje del ICCN se basa en los puntajes de sus tres índices componentes por igual, uno esperaría que el ICCN se correlacionara con cada uno de ellos. De hecho, el ICCN está correlacionado con los índices de disponibilidad e información, pero no con el índice de éxito. Además, uno esperaría que los puntajes de los tres indicadores componentes estuvieran correlacionados entre sí; sin embargo, no lo están.

La falta de correlaciones entre los tres indicadores que componen el índice puede ser un reflejo de que estamos tratando con correlaciones ecológicas (nivel macro), que no siempre representan las relaciones observadas en la mujer a nivel individual. Por ejemplo, la investigación sobre usuarias de anticonceptivos en Filipinas que habían tenido un parto no deseado —un resultado similar al indicador de éxito del ICCN— encontró que la relación entre los índices de estructura y de proceso a nivel individual era débil, pero la relación entre los indicadores de proceso y de resultado era fuerte a ese nivel.

Uno puede sentirse inclinado a concluir que la falta de correlación entre el índice de éxito y los puntajes ICCN, o entre los valores de los índices de éxito e información, sugiere que los resultados en materia de fecundidad no están fuertemente influenciados por la calidad, sino que reflejan la influencia de otros factores más importantes (como la demanda y la motivación para usar anticonceptivos). Sin embargo, es posible que este no sea el caso, ya que los índices de información y éxito del ICCN se basan en las experiencias de las usuarias de anticonceptivos, quienes presumiblemente están motivadas para regular su fecundidad. Además, los puntajes del índice de éxito y de sus dos

subcomponentes están correlacionados con la TGF. Por lo tanto, el índice de éxito puede reflejar con precisión el grado de éxito que tienen las mujeres para lograr sus objetivos reproductivos, es decir, tener un hijo si y cuando lo desean, lo que es consistente con la planificación familiar basada en derechos.

Los datos de encuestas del tipo Evaluación de la Provisión de Servicios en instituciones de salud no son estrictamente comparables con los datos utilizados para calcular los puntajes de los tres componentes del ICCN y no se emplearon para validar los índices de disponibilidad del método ni de información sobre el método que fueron utilizados en este estudio. Un análisis reciente comparó los informes de autoevaluación de los efectos secundarios registrados en las EDS con informes similares de las entrevistas de observación y salida en las encuestas de Evaluación de la Provisión de Servicios en cuatro países.⁴⁰ El autor encontró que las estimaciones de la EDS del porcentaje de mujeres que reportaron haber recibido información sobre los efectos secundarios en el momento en que se inició el uso del anticonceptivo fueron comparables con las estimaciones obtenidas de las observaciones de las interacciones cliente-proveedor. Sin embargo, una vez que se incluyó información sobre cómo manejar los efectos secundarios, los informes de la EDS sobreestimaron la prevalencia de la consejería en tres de cada cinco casos. El autor señaló que estas comparaciones “implican que las encuestas basadas en la población pueden ser una fuente de datos razonable cuando no se dispone de datos de una encuesta de las instituciones de salud.” Se necesita trabajo adicional para validar los índices utilizados en este estudio.

Tradicionalmente, el éxito de los programas de planificación familiar ha sido expresado en términos de un aumento en la TPAM y una disminución en la TGF. Sin embargo, un buen programa debe prestar atención a ambas dimensiones de los servicios —cantidad y calidad— y puede medir su éxito al monitorear su puntuación del ICCN junto con la TPAM. Por ejemplo, los altos valores de la TPAM y del ICCN observados para Ruanda indican que el programa de planificación familiar del país ha tenido éxito al abordar estas dos dimensiones.

Los puntajes para los tres indicadores de calidad (ICCN, INCPF y el indicador de calidad del Esfuerzo de Planificación Familiar) se correlacionaron entre sí y parecen moverse en la misma dirección, a pesar de que hay muy poca superposición entre los datos utilizados en el ICCN y los utilizados en los otros indicadores. De hecho, solo se incluyen dos elementos —los relacionados con la disponibilidad de los servicios de extracción para DIU e implantes— tanto en el ICCN como en el componente de calidad del INCPF. Ninguno de los tres indicadores de calidad se correlacionó con la TGF o la TPAM, lo que puede deberse a la pequeña cantidad de países incluidos en este estudio. Sin embargo, desde la perspectiva de derechos, los programas de planificación familiar en un país deben dedicar atención a mejorar la calidad de los servicios que reciben sus clientes.

Cada uno de los tres indicadores de calidad tiene algunas ventajas y desventajas. El indicador de calidad en las encuestas de EPF se basa en una sola pregunta —una característica atractiva por la simplicidad de la recolección de datos, pero que puede reducir la validez predictiva del indicador relacionada con las diversas dimensiones de la calidad—. El indicador de calidad del INCPF se basa en 12 preguntas y constituye un refinamiento del indicador de calidad de la encuesta del Esfuerzo de Planificación Familiar. Sin embargo, los datos para estos dos indicadores de calidad se obtienen de personas conocedoras del tema en cada país y ninguno de ellos representa directamente las experiencias de las mujeres. En contraste, dos de las tres dimensiones de calidad del ICCN se miden usando las respuestas de las propias mujeres, lo que puede ser una característica atractiva.

El desarrollo y la validación de un índice de calidad de atención a nivel nacional que abarca múltiples elementos de calidad y múltiples niveles de evaluación es un área de investigación que requiere más investigación, pruebas y validación. El ICCN —que utiliza datos recolectados de forma rutinaria de diversas fuentes— es una vía prometedora que merece exploración en los próximos años. El ICCN se puede usar para comparar los niveles de calidad entre países, como lo ilustra este análisis, pero también se puede usar para monitorear los cambios en la calidad dentro de un país cuando hay datos disponibles de múltiples puntos en el tiempo. Además, las estimaciones de ICCN y las puntuaciones de los componentes se pueden refinar a medida que se disponga de datos adicionales.

Aunque las encuestas de instituciones de salud han recolectado datos sobre las percepciones de las mujeres sobre la calidad de los servicios y la atención que reciben, estas encuestas no se han utilizado para realizar estimaciones de calidad a nivel nacional. El enfoque de futuras investigaciones puede incluir la creación de un índice de calidad a nivel nacional utilizando los datos que se recolectan en los programas de Monitoreo del Desempeño y Responsabilidad 2020 y EDS-Evaluación de la Provisión de Servicios. Además, los grupos de investigación y otras partes necesitan ponerse de acuerdo sobre métricas comunes para la calidad del proceso y que van más allá de las preguntas actuales incluidas en el Índice de Información sobre el Método; las encuestas transversales basadas en la población deben recolectar datos sobre estas métricas acordadas, que luego se pueden usar para medir la calidad del proceso de atención que reciben las mujeres.

Un índice de calidad a nivel nacional ayudará a que los donantes y los encargados de formular las políticas nacionales se hagan responsables de la calidad de los diversos programas de planificación familiar. También ayudará a clasificar a los países según la calidad de sus programas. Dichas comparaciones alentarán a quienes formulan las políticas nacionales y a los administradores de programas a mejorar la calidad de sus programas; y también alentarán a los donantes a invertir para realizar tales mejoras. Finalmente, el índice puede ayudar a rastrear los cambios

resultantes de las inversiones de los donantes y las mejoras programáticas.

REFERENCIAS

1. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas, División de Población, *World Fertility Patterns 2015*, 2015, <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/fertility/world-fertility-patterns-2015.pdf>.
2. Brown W, Darmstadt G y Prosser W, Cumbre de Londres sobre la Planificación Familiar: no negocios como siempre, 2012, <http://www.impatientoptimists.org/Posts/2012/07/London-Family-Planning-Summit-Not-Business-as-Usual>.
3. Brown W et al., Developing the “120 by 20” goal for the Global FP2020 Initiative, *Studies in Family Planning*, 2014, 45(1):73–84.
4. Bruce J, Fundamental elements of the quality of care: a simple framework, *Studies in Family Planning*, 1990, 21(2):61–91.
5. Tumlinson K, *Measuring Quality of Care: A Review of Previously Used Methodologies and Indicators*, Nueva York: Population Council, 2016.
6. Miller RA et al., The Situation Analysis study of the family planning program in Kenya, *Studies in Family Planning*, 1991, 22(3):131–143.
7. RamaRao S y Jain AK, Constructing indicators for measurement and improvement of the quality of family planning programs: an example using data on choice from the Philippines, 1997–1998, en: Leisher SH et al., eds., *Quality Measurement in Family Planning: Past, Present, Future: Papers from the Bellagio Meeting on Family Planning Quality*, octubre 2015, Oakland, CA, EE.UU.: Metrics for Management, 2016, pp. 47–60.
8. Askew I, Mensch B y Adewuyi A, Indicators for measuring the quality of family planning services in Nigeria, *Studies in Family Planning*, 1994, 25(5):268–283.
9. Costello M et al., A client-centered approach to family planning: the Davao Project, *Studies in Family Planning*, 2001, 32(4):302–314.
10. RamaRao S et al., The link between quality of care and contraceptive use, *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29(2):76–83.
11. 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, <http://dx.doi.org/10.1017/S0021932011000460>.
12. Sanogo D et al., Improving quality of care and use of contraceptives in Senegal, *African Journal of Reproductive Health*, 2003, 7(2):57–73.
13. Mensch B et al., Using Situation Analysis data to assess the functioning of family planning clinics in Nigeria, Tanzania, and Zimbabwe, *Studies in Family Planning*, 1994, 25(1):18–31.
14. Miller K et al., *Clinic-Based Family Planning and Reproductive Health Services in Africa: Findings from Situation Analysis Studies*, Nueva York: Population Council, 1998.
15. Sullivan TM y Bertrand JT, Monitoring quality of care in family planning by the Quick Investigation of Quality (QIQ): country reports, *MEASURE Evaluation Project Technical Report Series*, Chapel Hill, NC, USA: Carolina Population Center, 1999, No. 5.
16. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Evaluación de la Prestación de Servicios (SPA), Resumen, 2015, <http://dhsprogram.com/What-We-Do/Survey-Types/SPA.cfm>.
17. Wang W et al., Assessing the quality of care in family planning, antenatal, and sick child services at health facilities in Kenya, Namibia, and Senegal, *DHS Analytical Studies*, Rockville, MD, EE.UU.: ICF International, 2014, No. 44.
18. Tessema GA et al., Client and facility level determinants of quality of care in family planning services in Ethiopia: multilevel modelling, *PLoS One*, 2017, 12(6):e0179167, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0179167>.
19. Mallick L, Wang W y Temsah G, A comparison of summary measures of quality of service and quality of care for family planning in Haiti, Malawi, and Tanzania, *DHS Methodological Reports*, Rockville, MD, EE.UU.: ICF, 2017, No. 20.
20. Performance Monitoring and Accountability 2020, About FP2020,

- 2017, <http://www.pma2020.org/about-fp2020>.
21. León FR et al., *The Balanced Counseling Strategy: A Toolkit for Family Planning Service Providers*, Washington, DC: Population Council, 2008.
 22. Tumlinson K et al., Simulated clients reveal factors that may limit contraceptive use in Kisumu, Kenya, *Global Health: Science and Practice*, 2013, 1(3):407–416, <http://dx.doi.org/10.9745/GHSP-D-13-00075>.
 23. Donabedian A, The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 1988, 260(12):1743–1748.
 24. Jain AK y Hardee K, Revising the FP quality of care framework in the context of rights-based family planning services, *Studies in Family Planning*, 2018, 49(2):171–179, <http://dx.doi.org/10.1111/sifp.12052>.
 25. Sedgh G y Hussain R, Reasons for contraceptive nonuse among women having unmet need for contraception in developing countries, *Studies in Family Planning*, 2014, 45(2):151–169.
 26. Jain A y Bruce J, A reproductive health approach to the objectives and assessment of family planning programs, en: Sen G, Germaine A y Chen L, eds., *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights*, Boston, MA, EE.UU.: Harvard University Press, 1994, pp. 193–209.
 27. Jain A, Implications for evaluating the impact of family planning programs with a reproductive health orientation, *Studies in Family Planning*, 2001, 32(3):220–229.
 28. Kuang B y Brodsky I, Global trends in family planning programs, 1999–2014, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2016, 42(1):33–44, <http://dx.doi.org/10.1363/42e0316>.
 29. Jain AK, Fertility reduction and the quality of family planning services, *Studies in Family Planning*, 1989, 20(1):1–16.
 30. Ross J y Hardee K, Access to contraceptive methods and prevalence of use, *Journal of Biosocial Science*, 2013, 45(6):761–778, <http://dx.doi.org/10.1017/S0021932012000715>.
 31. 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, <http://dx.doi.org/10.9745/GHSP-D-13-00010>.
 32. Weinberger M y Ross J, *The National Composite Index for Family Planning (NCIFP)*, Glastonbury, CT, EE.UU.: Avenir Health, 2016.
 33. FP2020, *FP2020 Commitment to Action: Measurement Annex 2015*, 2015, http://2014-2015progress.familyplanning2020.org/uploads/15/03/FP2020_MeasurementAnnex_2015_Spreads.pdf.
 34. Jain AK, Examining progress and equity in information received by women using a modern method in 25 developing countries, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2016, 42(3):131–140, <http://dx.doi.org/10.1363/42e1616>.
 35. Jain AK, Information about methods received by contraceptive users in India, *Journal of Biosocial Science*, 2017, 49(6):798–810.
 36. Jain AK y Winfrey W, Contribution of contraceptive discontinuation to unintended births in 36 developing countries, *Studies in Family Planning*, 2017, 48(3):269–278.
 37. Tietze C y Lewit S, Statistical evaluation of contraceptive methods: Use-effectiveness and extended use-effectiveness, *Demography*, 1968, 5(2):931–940.
 38. USAID, StatCompiler, 2016, <http://legacy.statcompiler.com/>.
 39. Bradley SEK, William W y Trevor NC, Contraceptive use and perinatal mortality in the DHS: an assessment of the quality and consistency of calendars and histories, *DHS Methodological Reports*, Rockville, MD, USA: ICF International, 2015, No. 17.
 40. Choi Y, Estimates of side effects counselling in family planning using three data sources: implications for monitoring and survey design, *Studies in Family Planning*, 2018, 49(1):23–39.

Agradecimientos

Este estudio se condujo como parte del proyecto Medición y Monitoreo de la Calidad de Atención, financiado por una subvención para el Population Council de the The David and Lucile Packard Foundation. El autor agradece cumplidamente la contribución de Bill Winfrey, quien proporcionó los cuadros usados para crear el Índice de Éxito, así como los útiles comentarios de muchos colegas recibidos para un borrador anterior a este artículo, incluidos Saumya RamaRao and John Townsend.

Contacto del autor: anrudhjain@gmail.com