

Demographic and Health Surveys
(DHS)

Centro Latinoamericano de Demografía
(CELADE)

REPUBLICA DOMINICANA
NECESIDADES INSATISFECHAS Y DEMANDA TOTAL
DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR:
SITUACION ACTUAL Y PERSPECTIVAS FUTURAS

ANTONIO MORILLO PÉREZ
OFICINA NACIONAL DE PLANIFICACION
(ONAPLAN)

(Versión PRELIMINAR)

Este documento ha sido elaborado en el marco del Taller de Planificación Familiar:
Necesidades Actuales y Perspectivas Futuras

Santiago de Chile, 27 de enero - 28 de marzo de 1992

CELADE - SISTEMA OCPCAL
DOCUMENTACION
SOBRE POBLACION EN
AMERICA LATINA

TABLA DE CONTENIDO

	PAGINA
Introducción	1
Capítulo 1. Antecedentes y Justificación	2
Capítulo 2. Aspectos Metodológicos	5
A. Medición de la Demanda Total y de las Necesidades Insatisfechas	5
B. Los Datos	9
Capítulo 3. Estimación de las Necesidades Insatisfechas o Demanda Potencial de Métodos de Planificación Familiar	10
Capítulo 4. Caracterización de las Mujeres con Necesidades Insatisfechas. 1991 ..	19
A. Localización Geográfica	19
B. Composición Socioeconómica y Demográfica	22
C. Situación frente a la Planificación Familiar	25
Capítulo 5. Proyección de las Mujeres con Necesidades Insatisfechas, 1992-1995	30
Capítulo 6. Factores Asociados con las Necesidades Insatisfechas	33
A. El modelo de análisis Multivariado	33
B. Resultados	35
Capítulo 7. Estimaciones de la Demanda Total de Métodos de Planificación Familiar	40
Capítulo 8. Conclusiones y Recomendaciones	48
A. Conclusiones	48
B. Recomendaciones	49
Referencias bibliográficas	50
 ANEXOS	
Anexo 1: Mapa con las regionalización de la Secretaría de Salud Pública de la República Dominicana	52
Anexo 2: Variables utilizadas y códigos en los archivos de datos de la DHS-1986 y la ENDESA-1991	53



Resumen

Las necesidades insatisfechas y la demanda total de métodos de planificación familiar en República Dominicana se analiza con informaciones proporcionadas por las encuestas demográficas y de salud de 1986 y 1991, utilizando un modelo que incluye a todas las mujeres en edad fértil, independientemente de su estado conyugal. La demanda total de métodos anticonceptivos está formada por las mujeres que actualmente practican la anticoncepción, más las mujeres con necesidades insatisfechas o demanda potencial de métodos anticonceptivos.

Los resultados arrojados por el estudio indican que en el período transcurrido de 1986 a 1991 la demanda total de métodos de planificación familiar en el país aumentó ligeramente, llegando a abarcar aproximadamente la mitad de las mujeres en edad fértil. Este incremento fué producido fundamentalmente por el aumento en el uso de métodos anticonceptivos con la finalidad de limitar la descendencia.

La proporción de mujeres que desean evitar o postergar un embarazo en el momento de la encuesta, pero que no están utilizando métodos, a pesar de estar expuestas al riesgo de quedar embarazadas -con necesidades insatisfechas o demandantes en potenciales de métodos-, se sitúa alrededor del 12 por ciento del total de mujeres en edad fértil, no habiéndolo ocurrido cambios en los últimos 5 años a nivel nacional. Sin embargo, en las diferentes regiones de salud que componen el país ocurrieron variaciones en todas direcciones.

En 1991 existían en todo el territorio nacional más de 220 mil mujeres con necesidades insatisfechas de métodos de planificación familiar, más de la cuarta parte localizadas en la ciudad de Santo Domingo. Este conjunto de mujeres, a pesar de no estar utilizando métodos anticonceptivos, mantiene una aptitud positiva hacia la planificación de la familia, pero, según indican los resultados, necesita informaciones, mensajes y métodos de planificación familiar, que les permita entender la utilidad de la planificación familiar, conocer más su ciclo reproductivo, y que les elimine un conjunto de criterios errados que se difunden cada día en la población.

Introducción

La Conferencia Mundial de Población celebrada en Bucarest establece como uno de sus principios ineludibles el derecho que tienen las mujeres a tener el número de hijos que desean y en el momento que consideran conveniente. En este principio, acogido con mucho entusiasmo por los países participantes, está implícito que la población debe disponer en forma oportuna de métodos anticonceptivos que les permitan regular su fecundidad.

Lograr estos objetivos en nuestros países descansa en la eficacia con que funcionen los programas nacionales de planificación familiar, tanto del sector público como del privado, lo cual a su vez depende de la medida en que se pueda disponer de informaciones precisas que permitan dirigir las acciones y racionalizar los recursos. De manera que conocer el conjunto de mujeres o parejas que practican la anticoncepción así como el conjunto de éstas que necesitan métodos para regular su fecundidad, pero que no los están utilizando, constituyen elementos fundamentales para que los programas de planificación familiar puedan evaluar y reorientar adecuadamente sus estrategias.

En este trabajo se realiza para República Dominicana un estudio de las necesidades insatisfechas o demanda potencial y de la demanda total de métodos anticonceptivos, utilizando informaciones proporcionadas por dos encuestas realizadas bajo el programa de las Encuestas Demográficas y de Salud (Demographic and Health Surveys -DHS-), en los años 1986 y 1991. Se presenta además un análisis de las mujeres que se encontraban con necesidades insatisfechas de anticonceptivos a finales de 1991, cuantificando su magnitud, identificándolas geográfica y sociodemográficamente, así como también haciendo una reseña sobre su situación pasada y sus perspectivas futuras con relación a la adopción de métodos de planificación familiar.

Se realizan proyecciones de las mujeres con necesidades insatisfechas, a mediados de cada uno de los años 1992, 1993 y 1995, tomando como base las proyecciones oficiales de población del país, y un análisis de factores asociados con el riesgo de que una mujer presente necesidades insatisfechas de métodos de planificación familiar, utilizando para ello un modelo de regresión logística.

El procedimiento utilizado en este estudio para la cuantificación de las necesidades insatisfechas y la demanda total de métodos anticonceptivos se basa principalmente en los lineamientos planteados por Charles Westoff en un trabajo publicado recientemente (Westoff, 1991), pero se introducen elementos adicionales que permiten aplicar dicho modelo al total de mujeres en edad fértil de un territorio, tomando siempre como referencia informaciones disponibles en las encuestas utilizadas.

La presente investigación se enmarca dentro de una serie de estudios comparativos financiados por la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos (USAID), bajo la coordinación del Institute for Resources Development/Macro International, Inc. y el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), dirigidos a proporcionar a los países insumos básicos que permitan tomar decisiones bien informadas.

Capítulo 1. Antecedentes y Justificación

República Dominicana ha experimentado en el transcurso de las tres últimas décadas un proceso de descenso gradual del número de hijos que están teniendo las familias. Este hecho se hace evidente cuando se observa la evolución de la fecundidad a través de uno de sus indicadores: la tasa global de fecundidad, que no es más que el número medio de hijos que se espera tengan las mujeres de permanecer las condiciones de fecundidad del período de referencia.

Dicha tasa descendió del nivel de 7.5 hijos por mujer mantenidos a principios de la década del 1960, al nivel de 3.2 hijos a principios de la década de 1990. Este descenso debería contribuir al mejoramiento de la salud reproductiva de la mujer y de sus hijos, ya que al las mujeres tener una menor cantidad de hijos, y en edades en que se encuentran biológicamente más aptas para dar a luz, se contribuye a reducir la mortalidad materna e infantil de la población.

Los descensos en la tasa global de fecundidad se han verificado en todas las áreas y en todos los sectores sociales (Ramírez, 1991), con más intensidad en los sectores y áreas de mayores niveles al inicio del descenso, tendiendo así a reducirse las diferencias. Cinco encuestas realizadas en el país a partir del año 1975 han permitido documentar esta tendencia (Encuestas Nacionales de Fecundidad, ENF-1975 y ENF-1980, realizadas dentro del proyecto de la Encuesta mundial de fecundidad (WFS); Encuesta de Prevalencia de Anticonceptivos, EPA-1983; y las Encuestas Demográficas y de Salud, DHS-1986 y ENDESA-1991).

Estos cambios en el comportamiento reproductivo de la mujer han sido asociados, en términos macrosociales, con cambios socioeconómicos ocurridos en el país en las últimas décadas, entre los que se encuentran, el aumento del ritmo de urbanización, la transición de una economía eminentemente agrícola a una industrial y de servicios, a los mayores niveles de educación y de incorporación a la actividad económica de las mujeres (Tactuk, 1990; Guzmán, 1983) y a cambios en los patrones culturales (Pichardo, 1986). En forma más directa estos cambios se han atribuido principalmente al incremento en el uso de anticonceptivos (CONAPOFA, 1977; Faundes, 1979; Ramírez, 1983; Ramírez, 1991) y, en menor grado, a cambios observados en los patrones de nupcialidad (las mujeres se casan o unen a una mayor edad).

En efecto, los programas de planificación familiar implementados en el país por organismos públicos y privados nacionales desde finales de la década de 1960, dirigidos a crear conciencia sobre la necesidad de la planificación de la familia y a propiciar el uso de métodos anticonceptivos, han logrado que prácticamente todas las mujeres dominicanas, comprendan que la fecundidad se puede controlar de diferentes formas o con diferentes métodos. De manera que el conocimiento de la existencia de métodos anticonceptivos, paso

primordial en la adopción de métodos para regular la fecundidad, es considerado una etapa superada en la República Dominicana (CONAPOFA, 1987). De igual modo, la prevalencia en el uso de anticonceptivos, principalmente de métodos irreversibles como la esterilización femenina, se ha incrementado notablemente en la población al pasar de 38 por ciento en el año 1975 entre las mujeres casadas o unidas (CONAPOFA, 1976) a más del 50 por ciento en 1991.

No obstante la eficacia del programa nacional de planificación familiar, más de la mitad de los nacimientos ocurridos en el país en el primer quinquenio de la década pasada no eran nacimientos deseados, ya sea porque se querían postergar (más de 30 por ciento) o porque no se deseaban definitivamente (más de 20 por ciento). Este último hecho hace evidente una necesidad insatisfecha de métodos de planificación familiar en República Dominicana, impidiendo a las mujeres ejercer su derecho a tener el número de hijos que desean y en el momento que estiman conveniente, derecho consagrado desde la "Conferencia Mundial de Población" del año 1970, y enfatizado por la "Conferencia para una Salud Mejor para Mujeres y Niños a Través de la Planificación Familiar" (IPPF, y otros, 1988) que reunió a Ministros de salud de más de 60 países.

En este ámbito, el conocimiento de la necesidad insatisfecha de planificación familiar o demanda potencial, así como la demanda total, se presentan como elementos fundamentales para que los programas de planificación familiar puedan reorientar adecuadamente sus estrategias para así poder llegar a los sectores que escapan a las políticas actuales, y para que los propios programas puedan evaluar su eficacia. Este hecho ha motivado que desde principios de la década del 1980 se hayan realizado esfuerzos notables en la medición de la necesidad insatisfecha de planificación familiar (Westoff y Pebley, 1981; Nortman, 1983; Westoff, 1988; Westoff, 1991), siendo la medición objeto de diversas investigaciones metodológicas y de modificaciones, ajustadas siempre a las informaciones contenidas en las encuestas disponibles en esos momentos.

Dos encuestas realizadas en países en desarrollo dentro del programa de las Encuestas Demográficas y de Salud (Demographic and Health Surveys -DHS-), han permitido una aproximación cada vez mayor en la medición de la necesidad insatisfecha o demanda potencial de planificación familiar, y por extensión en la medición de la demanda total de métodos anticonceptivos, llegando algunos autores a refinar cada vez más sus esquemas de análisis. Entre estos se encuentra un modelo desarrollado recientemente por Charles Westoff (Westoff, 1991).

En un análisis realizado sobre cinco países, incluyendo República Dominicana, utilizando informaciones de la primera Encuesta Demográfica y de Salud, Charles Westoff (Westoff, 1988) realizó una medición de la necesidad insatisfecha de planificación familiar utilizando una metodología desarrollada por el mismo autor que incluye sólo a las mujeres casadas o unidas. Los resultados de sus cálculos indican que en República Dominicana aproximadamente un 20 por ciento de las mujeres casadas o unidas tenían necesidades insatisfechas de métodos de planificación familiar.

Con informaciones de la misma encuesta, en el año 1991 el mismo autor presentó nuevas estimaciones, obtenidas con una metodología de cálculo más refinada, llegando a establecer niveles para el mismo período de alrededor de 19 por ciento (Westoff, 1991). Al igual que la anterior esta metodología considera únicamente a las mujeres en unión.

En el año 1989 la Asociación Dominicana Pro-Bienestar de la Familia (PROFAMILIA) de República Dominicana realizó modificaciones y adaptaciones a la metodología desarrollada por Charles Westoff, conceptualizando un modelo de análisis que incluye a todas las mujeres en edad fértil, independientemente de su estado conyugal. La aplicación de dicho modelo a las informaciones de la Encuesta Demográfica y de Salud de 1986 (PROFAMILIA, 1989) establecieron que alrededor de un 11 por ciento de las mujeres en edad fértil de todo el país tenían necesidades insatisfechas de planificación familiar.

En cada uno de los casos estudiados la demanda de servicios de planificación familiar, tanto la satisfecha como la insatisfecha, ha sido posible cuantificarla, según vimos anteriormente. Sin embargo, no se presentan análisis sobre la localización de los grupos de mujeres insatisfechas, ni sobre sus condiciones y expectativas con relación a la planificación de la familia, ni tampoco se conoce mucho de las covariables asociadas con dicha insatisfacción, lo cual limita ampliamente las políticas que pudieran implementarse dirigidas a satisfacer las necesidades de planificación familiar de este conjunto de mujeres.

Capítulo 2. Aspectos Metodológicos

A. Medición de la Demanda Total y de las Necesidades Insatisfechas

El procedimiento utilizado en este estudio para la cuantificación de las necesidades insatisfechas y la demanda total de métodos anticonceptivos se basa fundamentalmente en los lineamientos planteados por Westoff en su último trabajo (Westoff, 1991), tomando en consideración las modificaciones introducidas en la aplicación realizada para República Dominicana por la Asociación Dominicana Pro-Bienestar de la Familia (PROFAMILIA, 1989), introduciendo algunos elementos adicionales que se tornaron necesario introducir a la luz de los datos disponibles en las encuestas que sirven de base para este trabajo.

El esquema de análisis utilizado (ver diagrama 1) parte de todas las mujeres en edad fértil¹, *independientemente de su estado conyugal*, definidas para fines operativos entre las edades 15-49 años. En dicho modelo las mujeres en edad fértil quedan expresadas como la suma de las usuarias actuales de métodos anticonceptivos, las usuarias potenciales² y las no demandantes de métodos.

Para cuantificar cada uno de los componentes de este modelo la primera distinción que se establece en el universo de mujeres en edad fértil es entre usuarias actuales y no usuarias de métodos de planificación familiar. La obtención de las usuarias actuales es trivial en las encuestas: son todas aquellas mujeres que declararon estar utilizando un método anticonceptivo al momento de la encuesta, independientemente de la eficacia del método utilizado. Las usuarias actuales se clasifican de acuerdo a sus preferencias futuras de fecundidad en usuarias para limitar y usuarias para postergar o espaciar el nacimiento de un próximo hijo.

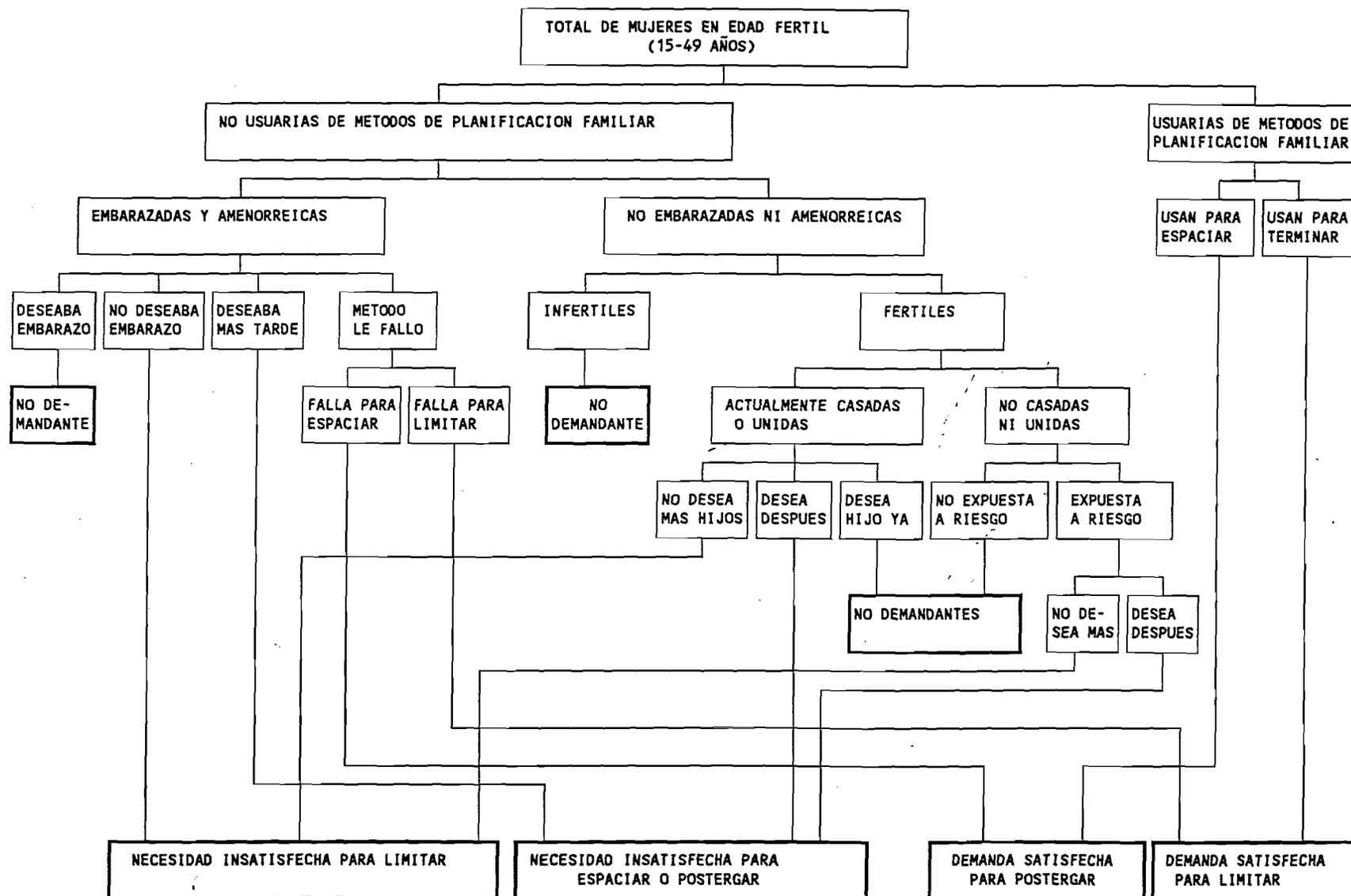
El segundo grupo contiene las demás categorías de análisis y el procedimiento para llegar a cada una, sencillo a simple vista, encierra una gran complejidad ya que requiere un conjunto de criterios no completamente objetivos para definir mujeres expuestas y no expuestas al riesgo de concebir.

Como paso siguiente las no usuarias de anticonceptivos se dividen en embarazadas y amenorreicas, por un lado, y en no embarazadas ni amenorreicas, por otro lado. El primer grupo está conformado por las mujeres que declararon al momento de la encuesta que estaban embarazadas, y por aquéllas que habiendo tenido su último hijo en los últimos cinco años, no les había regresado la menstruación al momento de la entrevista.

¹ El término "fértil" incluye a todas aquéllas mujeres que se encuentran en edades biológicamente "aptas" para concebir un hijo o quedar embarazada.

² Las usuarias potenciales son aquéllas mujeres que desean o necesitan métodos anticonceptivos, pero no los están utilizando.

ESQUEMA 1. OPERACIONALIZACION DEL MODELO



Aunque el grupo de mujeres embarazadas o amenorreicas no está expuesto al riesgo de embarazarse, Westoff las introduce en su último modelo debido a que *"una fracción de estas mujeres se encuentran en esa condición justamente porque no pudieron satisfacer su necesidad de planificación familiar"*. Continúa Westoff con su justificación, explicando: *"Si todas las no usuarias tuvieran embarazos no planeados (o estuvieran amenorreicas tras un embarazo no planeado), y si el único criterio para determinar la necesidad insatisfecha fuese que la mujer estuviera actualmente expuesta al riesgo de quedar embarazada, no habría en la población necesidad insatisfecha, conclusión a todas luces insostenible"*. En estos aspectos, el modelo utilizado aquí se identifica plenamente con Westoff, ya que es lógico que este conjunto de mujeres son el reflejo de una necesidad insatisfecha de planificación familiar.

Para determinar qué proporción de mujeres embarazadas o amenorreicas se encuentran con necesidad insatisfecha tomaremos como base la condición de planeado del embarazo, información registrada en las encuestas. De este modo, si una mujer respondió que su embarazo ocurrió en un momento en que ella quería quedar embarazada, no se le considera insatisfecha, y pasa al grupo de **no demandante**. Si la mujer al momento de quedar embarazada no quería dicho embarazo, para lo cual estaba usando métodos anticonceptivos, y resulta que se embarazó debido a una falla del método, no se considera dentro del grupo de insatisfechas, pero sí como demandante de métodos, por lo que se clasifica directamente dentro de la **demanda total**. Si la mujer informa que el embarazo era deseado, pero no en el momento en que ocurrió sino para más tarde, se le clasifica como **insatisfecha para espaciar**, y si responde que al momento de embarazarse ella no quería tener más hijos, se le clasifica como con necesidad **insatisfecha para limitar** su descendencia.

Las mujeres no embarazadas ni amenorreicas son divididas en mujeres fértiles y mujeres infértiles. Los criterios para calificar la condición de infertilidad se ajusta a la disponibilidad de informaciones contenidas en la primera Encuesta Demográfica y de Salud³, y a los criterios sustentados por Charles Westoff en el último trabajo citado, con ligeras modificaciones. De manera que se clasifican como infértiles todas aquellas mujeres que no tuvieron hijos en los últimos 5 años, a pesar de haber estado en unión continua sin haber utilizado métodos anticonceptivos durante dicho período. Del resto de mujeres también se consideran infértiles aquellas a las cuales no les ha vuelto la menstruación en los últimos 6 meses⁴, así como a aquellas que declararon que estaban menopáusicas o que nunca habían menstruado, al momento de responder a la pregunta sobre cuándo empezó su última regla.

³ La segunda Encuesta demográfica y de Salud incluyó un "calendario" que contiene un conjunto de informaciones que permiten definir mejor la condición de infertilidad de las mujeres, sin embargo en este trabajo vamos a mantener criterios consistentes con los datos disponibles en la primera encuesta, para mantener la comparabilidad. No obstante, permanece una ligera diferencia en la definición de infertilidad de ambas encuestas: en la DHS-1986 se supuso que las mujeres unidas habían tenido una sola unión.

⁴ Charles Westoff considera en su modelo un período de 3 meses.

Esta definición de infertilidad no incluye informaciones reportadas por la propia mujer en varias ocasiones sobre su condición reproductiva, lo cual podría provocar subestimaciones del grupo de infértiles. Se espera que refinamientos futuros de la metodología puedan contener toda la información disponible, incluyendo la información que da la mujer sobre sí misma. El grupo de mujeres clasificadas como infértiles pasa a formar parte del grupo de no demandantes de métodos de planificación familiar.

Las mujeres fértiles se clasifican de acuerdo a su exposición al riesgo de concepción de un embarazo, específicamente a su exposición a las relaciones sexuales. La primera distinción en este grupo se realiza entre las mujeres actualmente casadas o unidas y las no casadas ni unidas. El primer conjunto se clasifica de acuerdo a sus preferencias futuras de fecundidad, es decir de acuerdo a la información proporcionada en la encuesta en la pregunta sobre si le gustaría tener más niños, lo cual permite clasificarlas en las categorías "no desea más niños", "desea pero más tarde" y "quiere quedar embarazada ahora". Los primeros dos conjuntos pasan a formar parte de la demanda insatisfecha para limitar y demanda insatisfecha para postergar, respectivamente. El tercer conjunto pasa a engrosar el grupo de mujeres no demandantes de métodos anticonceptivos.

Las mujeres restantes, solteras y aquéllas que estuvieron alguna vez casadas o unidas, constituyen el mayor problema de clasificación, debido a que las informaciones que se recogen en las encuestas sobre su comportamiento y preferencias reproductivas son muy limitadas, y suelen contener errores de declaración, razones por las cuales Charles Westoff no las considera en su modelo de análisis.

Siguiendo con el modelo concebido en este trabajo, se divide este grupo de mujeres en expuestas y no expuestas al riesgo de embarazo. Aquí se considera como no expuestas al riesgo de embarazo a todas aquéllas mujeres que no tuvieron relaciones sexuales en las últimas 4 semanas, grupo que pasa a la categoría de no demandante de métodos anticonceptivos. Las que tuvieron alguna relación sexual en las 4 últimas semanas se consideran expuestas.

El reto mayor que se ha enfrentado lo constituye la clasificación de este último subconjunto en función de sus intenciones o preferencias reproductivas, lo cual se hace en forma indirecta, acudiendo a las informaciones declaradas por las mujeres con relación al número ideal de hijos que les gustaría tener. De este modo, si la mujer ha dado a luz una cantidad de hijos menor que el número que ella declara como ideal, se supone que ella quiere tener más, pero que no los quiere en estos momentos debido a su condición de "mujer sola". El conjunto de mujeres en esta condición pasan a formar parte del grupo de insatisfechas para postergar. Al grupo restante de mujeres, es decir aquéllas en las que el número de hijos tenidos es mayor que el número que ellas tienen como ideal, se consideran como que no quieren tener más hijos, y se clasifican dentro del grupo de insatisfechas para limitar.

De este modo se llega a las categorías finales de análisis de la demanda. La demanda

satisfecha está constituida por las usuarias actuales y por aquellas mujeres embarazadas o amenorreicas que usaban métodos al momento de quedar embarazada. Este grupo se clasifica en demanda satisfecha para limitar y demanda satisfecha para postergar. La demanda potencial, constituida por el conjunto de mujeres con necesidades insatisfechas⁵, clasificada como demanda potencial para postergar y demanda potencial para limitar la descendencia. Las mujeres no demandantes están formadas, según vimos en cada momento, por las mujeres clasificadas como infértiles, por aquellas mujeres no casadas ni unidas que no están expuestas al riesgo de quedar embarazada y por las mujeres casadas o unidas que desean quedar embarazada. Finalmente, la demanda total resulta de sumar la demanda satisfecha y la demanda potencial, clasificada también como demanda para postergar y demanda para limitar la descendencia, con lo que se completa la formulación del modelo utilizado para la estimación de la demanda total y de la demanda insatisfecha en la población.

B. Los Datos

Las informaciones básicas utilizadas en este trabajo provienen de dos encuestas realizadas en los últimos 10 años en República Dominicana dentro del programa de las Encuestas Demográficas y de salud (Demographic and Health Surveys -DHS-), financiado por la Agencia de los Estados Unidos Para el Desarrollo Internacional (USAID): la Encuesta Demográfica y de Salud realizada en 1986 (DHS-1986) y la Encuesta demográfica y de Salud realizada en 1991 (ENDESA-1991). Ambas encuestas se diseñaron con una cobertura nacional y representatividad a nivel de 8 regiones (véase anexo 1). La recolección de los datos de la DHS-1986 se realizó en el período 8 de septiembre al 10 de diciembre de 1986. En la ENDESA-1991 el trabajo de campo se inició el 19 de julio y terminó el 18 de noviembre de 1991.

En el procesamiento de los datos para la DHS-1986 se ha utilizado un archivo de datos estandarizado y recodificado preparado por la Demographic and Health Surveys para la primera fase de la Encuesta Demográfica y de Salud (DHS, 1988). Para la ENDESA-1991 se utilizó un archivo de datos con las imputaciones realizadas, pero no estandarizado, por lo que se realizó un trabajo previo de estandarización y recodificación, hasta llegar a la comparabilidad de ambas encuestas.

El análisis de los resultados se realiza, generalmente, a nivel de 8 regiones (Regiones de Salud), las cuales son utilizadas por la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) en la programación de sus actividades. La división geográfica del país conforme a esta regionalización se presenta en el anexo 1.

⁵ Aunque en este trabajo se usará el término "demanda insatisfecha" para hacer referencia a las mujeres con necesidades insatisfechas, entre estos dos conceptos existe una diferencia sutil: algunas mujeres estarán "en necesidad" sin ser "demandantes" (ella puede creer que no necesita métodos), y viceversa (ella puede creer que necesita, sin saber que es infértil). Esta diferencia surge debido a que la definición de infertilidad utilizada no considera la propia declaración de la mujer sobre su condición reproductiva.

Capítulo 3. Estimación de las Necesidades Insatisfechas o Demanda Potencial de Métodos de Planificación Familiar

Previamente al análisis de las necesidades insatisfechas de métodos anticonceptivos es conveniente observar las preferencias reproductivas de las mujeres dominicanas, lo cual se va a iniciar con una frase escrita por un investigador dominicano con vasta experiencia en estudios de la fecundidad:

"Las mujeres dominicanas confirman, a través de sus respuestas a las preguntas sobre actitudes, intenciones e ideales en materia de procreación, incluidas en las encuestas analizadas, su orientación definida hacia la regulación de la fecundidad y hacia una prole cada vez más reducida" (Ramírez, 1991).

El autor de esta frase se basó en estudios realizados antes de 1987, pero en la actualidad sus enunciados se hacen más evidentes. Los datos preliminares de la ENDESA-1991 (IEPD y otros, 1991), indican que en 1991 una de cada cuatro de las mujeres en unión no deseaban tener más hijos, las que, sumadas a las que estaban esterilizadas, ascienden al 64 por ciento. Sólo un 15 por ciento de dichas mujeres informó que quería tener un hijo durante los próximos dos años.

Otra de las informaciones que permiten reafirmar la tendencia de las mujeres a preferir un tamaño de familia cada vez menor, es el número ideal de hijos o número de hijos que las mujeres quisieran o hubieran querido tener en toda su vida. Dicho número, que en 1986 alcanzaba un promedio de 3.4 hijos, para 1991 se redujo a 3.1. Dos o tres hijos es la cantidad ideal que prefieren la gran mayoría de las mujeres (cerca de 70 por ciento). El número ideal de hijos aumenta con la edad, lo cual puede indicar un cambio de actitud en las preferencias reproductivas de las mujeres más jóvenes, lo que, al hacerse efectivo, redundará en el futuro en la reducción de la descendencia.

Estos cambios observados en el comportamiento reproductivo de las mujeres dominicanas no han sido acompañados con cambios de la misma magnitud en la adopción de métodos para planificar la familia, lo cual provoca la permanencia en la población de una cantidad considerable de mujeres con necesidades insatisfechas, las cuales se convierten en demandantes potenciales de anticonceptivos. Esta demanda potencial o necesidades insatisfechas es el objeto de análisis de este capítulo.

Al analizar las estimaciones de la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos es conveniente haber observado previamente el comportamiento de las mujeres infértiles y de las mujeres solteras no expuestas, mujeres no demandantes de métodos anticonceptivos, las cuales se presentan en el Cuadro 3.1, que contiene los resultados de la aplicación del Esquema 1 a los datos de la DHS-1986 y de la ENDESA-1991.

Dicho cuadro muestra que en 1991 la proporción de mujeres solteras no expuestas representaba cerca de 35 por ciento de las mujeres en edad fértil de todo el país.

Cuadro 3.1. Distribución relativa de las mujeres en edad fértil por uso de anticonceptivos, intención reproductiva y condición de exposición al riesgo de embarazo, según regiones de salud, zona de residencia y año de la encuesta.

Año y Area Geogra- fica	Usuarías Actuales		Método le Falló		Embarazadas y Amenorreicas			Fértiles				No			Por- cen- de la Tamaño Muestra
	Para Pos- tergar	Para Limi- tar	Usaba Para Limi- tar	Usaba Para Espa- ciar	Queria Embara- zo en- tonces	Queria embara- zo Des- pues	No Queria Emba- razo	Quiere Hijo Ahora	Quiere hijo Des- pues	No Quiere Hijos	Infer- tiles	Ex- puestas	Por- cen- de la Tamaño Muestra		
1 9 8 6															
Region 0	11.2	19.5	0.3	0.5	4.3	2.6	1.4	3.8	3.3	4.1	11.8	37.3	100.0	2,781	
Region 1	8.9	22.2	0.6	1.4	5.4	2.9	2.5	3.0	2.1	2.7	11.4	36.9	100.0	445	
Region 2	9.0	21.7	0.6	0.9	3.5	2.2	1.3	3.6	2.6	2.9	12.3	39.5	100.0	1,806	
Región 3	7.0	25.4	0.6	0.5	4.9	3.9	2.7	3.8	3.7	4.0	11.5	32.1	100.0	808	
Región 4	8.9	21.8	0.5	1.1	6.7	4.6	2.9	5.3	4.3	3.3	9.8	30.7	100.0	394	
Región 5	9.3	20.1	0.7	0.7	5.6	2.0	3.3	4.4	4.5	4.2	12.2	33.2	100.0	501	
Región 6	6.6	24.0	0.5	0.7	7.5	5.1	3.6	4.4	5.1	4.7	12.3	25.4	100.0	555	
Región 7	7.8	28.6	0.4	0.5	5.1	3.9	1.4	5.0	3.6	3.6	11.8	28.5	100.0	355	
Zona Urbana	10.8	20.5	0.4	0.6	4.6	2.4	1.1	3.6	3.1	2.9	11.7	38.2	100.0	5,011	
Zona Rural	6.6	24.0	0.7	0.9	4.9	3.9	3.5	4.5	3.9	5.4	12.0	29.9	100.0	2,634	
Total País	9.3	21.7	0.5	0.7	4.7	2.9	2.0	3.9	3.4	3.7	11.8	35.4	100.0	7,645	
1 9 9 1															
Region 0	9.1	27.4	0.2	1.8	2.5	1.3	1.5	3.1	3.1	2.5	7.3	40.4	100.0	2,928	
Region 1	5.2	29.4	0.0	0.7	4.0	4.8	2.5	3.3	3.3	4.5	10.7	31.6	100.0	416	
Region 2	8.3	31.5	0.1	0.9	3.2	3.3	1.6	2.2	3.8	2.8	8.6	33.9	100.0	1,298	
Region 3	5.9	32.0	0.2	0.8	3.2	4.7	2.5	2.4	4.3	3.6	8.1	32.4	100.0	671	
Region 4	6.1	27.8	0.3	1.3	5.7	6.6	4.9	3.1	2.0	6.3	10.4	25.5	100.0	268	
Region 5	4.8	30.8	0.0	0.7	4.1	4.1	2.4	3.5	3.7	4.6	10.1	31.2	100.0	1,226	
Region 6	4.1	26.7	0.1	1.7	9.2	4.1	7.6	2.5	2.3	7.5	8.9	25.3	100.0	284	
Region 7	4.4	39.0	0.2	1.3	4.8	2.9	2.7	2.6	2.7	3.5	8.4	27.7	100.0	229	
Zona Urbana	8.1	29.0	0.1	1.4	2.7	2.2	1.6	3.0	3.0	2.5	7.9	38.8	100.0	5,005	
Zona Rural	5.5	30.1	0.1	1.1	5.1	4.7	3.6	2.9	4.1	5.7	9.7	26.6	100.0	2,315	
Total País	7.3	29.6	0.1	1.3	3.5	3.0	2.2	2.9	3.4	3.5	8.5	34.9	100.0	7,320	

A nivel regional este porcentaje oscilaba entre 25 por ciento para la Región 6 y cerca de 40 por ciento en la Región 0. No ocurrió cambio a nivel nacional con relación al año 1986, sin embargo se observa que la Región 2, que representaba la mayor proporción en 1986, en 1991 ha reducido la participación de este grupo de mujeres. Las regiones 1, 2 y 3 registraron ligeros aumentos. Una de las razones por la que la Región 0 presenta una cantidad tan elevada de mujeres solteras no expuestas se debe a la fuerte inmigración de mujeres jóvenes ocurrida en los últimos años hacia la ciudad de Santo Domingo.

Por otro lado se observa que las mujeres infértiles representaban en 1991 el 8.5 por ciento de las mujeres en edad fértil, verificándose una ligera reducción con relación al año 1986, tanto a nivel nacional como en las regiones de salud, con excepción de la Región 4. En 1991 esta proporción variaba de 7.3 a 10.7 por ciento, en las regiones 0 y 1, respectivamente. La proporciones de infértiles observadas se ubican en los límites observados en el comportamiento de esta variable en el contexto latinoamericano⁶ (Westoff, 1991).

Estos dos grupos de mujeres que acabamos de observar afectan las estimaciones relativas de las necesidades insatisfechas, por lo que las diferencias mostradas anteriormente deben tomarse en consideración al momento de la interpretación de diferencias regionales y temporales, ya que algunas diferencias observadas podrían ser debidas a diferencias relativas en estos dos conjuntos de mujeres.

Considerando las observaciones anteriores, se pasa a analizar el comportamiento de la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos. El Cuadro 3.2 incluye los resultados obtenidos. Dicho cuadro muestra que en el año 1991 aproximadamente el 12 por ciento de las mujeres en edad fértil de todo el país presentaban necesidades insatisfechas de métodos anticonceptivos que les permitiesen planificar sus embarazos, ya sea para postergar o para evitar el nacimiento de un próximo hijo. A nivel nacional dicho porcentaje no ha cambiado en los últimos 5 años, pero a nivel de las regiones de salud han ocurrido variaciones en todas direcciones (ver Gráfico 3.1). En las regiones 0 y 7 ocurrió una reducción provocando que la Región 0 pasara a tener los menores niveles en 1991, desplazando de este lugar privilegiado a la Región 2. Las regiones 4 y 6, que desde el 1986 ostentaban los mayores niveles, conjuntamente con las regiones 1 y 2 han incrementado aún más este porcentaje.

A nivel de las zonas de residencia -urbana y rural- el porcentaje de mujeres con necesidades insatisfechas de planificación familiar presenta marcadas diferencias. En 1991 en la zona urbana (ciudades y pueblos) había un 9.2 por ciento de mujeres en esta condición, proporción que se duplicaba ampliamente en la zona rural (los campos). De 1986 a 1991 en las ciudades no se produjeron cambios significativos, sin embargo en los campos ocurrió un aumento lo que ha provocado que se amplíen las diferencias campo-ciudad.

Cuando se analiza la proporción de mujeres con necesidades insatisfechas de acuerdo al tipo de necesidad que presentan -postergar o limitar- se observa que la Región 0 es la única región en donde ha ocurrido una reducción tanto de las necesidades insatisfechas para espaciar los hijos como en las necesidades insatisfechas para limitar la descendencia.

Las regiones de salud 3 y 5 también han reducido el porcentaje de mujeres con necesidades insatisfechas para limitar los nacimientos. En estas dos regiones los porcentajes de mujeres con necesidades insatisfechas para postergar los nacimientos han sufrido incrementos, aunque en menor proporción que la reducción del primer tipo de necesidad.

⁶

En estudios realizados por Charles Westoff en 10 países latinoamericanos la proporción más baja de mujeres infecundas se observó en Brasil (6.6 por ciento de las mujeres casadas o unidas) y la más alta en Bolivia (17.6 por ciento).

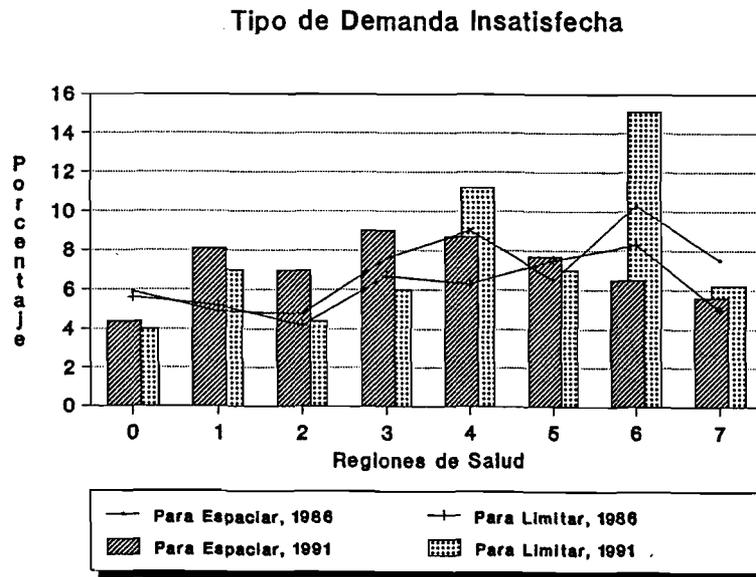
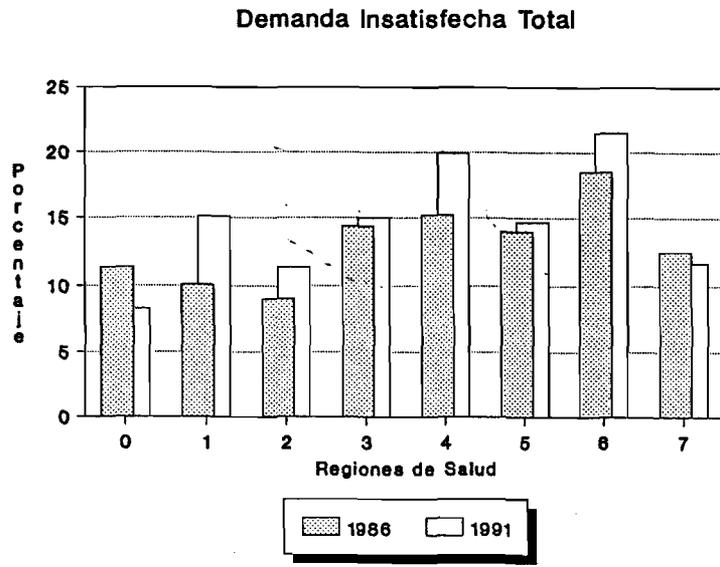
Cuadro 3.2. Demanda total, demanda insatisfecha y uso actual de métodos anticonceptivos, por regiones de salud, 1986 y 1991. (Porcentajes con relación al total de mujeres en edad fértil).

Año y componente de la Demanda	Regiones de Salud								Total País
	0	1	2	3	4	5	6	7	
1986									
Demanda Total	42.9	43.3	41.2	47.7	47.5	44.7	50.3	49.7	44.2
Para Espaciar	17.5	15.2	14.7	15.0	18.9	16.4	17.5	15.8	16.4
Para Limitar	25.3	28.1	26.5	32.7	28.6	28.3	32.8	33.9	27.9
Demanda Insatisfecha	11.4	10.1	9.0	14.4	15.2	14.0	18.5	12.5	12.0
Para Espaciar	5.9	4.9	4.8	7.6	9.0	6.5	10.3	7.5	6.3
Para Limitar	5.6	5.2	4.2	6.7	6.3	7.5	8.3	5.0	5.7
Uso Actual	30.7	31.1	30.7	32.3	30.6	29.4	30.6	36.3	31.0
Para Espaciar	11.2	8.9	9.0	7.0	8.9	9.3	6.6	7.8	9.3
Para Limitar	19.5	22.2	21.7	25.4	21.8	20.1	24.0	28.6	21.7
% Demanda Satisfecha*	71.5	71.8	74.5	67.8	64.6	65.7	60.9	73.2	70.2
Para Espaciar	63.7	58.3	61.3	46.3	46.9	56.5	37.6	49.2	57.0
Para Limitar	76.9	79.1	81.8	77.7	76.2	71.0	73.3	84.3	77.9
1991									
Demanda Total	46.8	50.5	52.1	53.8	55.4	51.1	54.1	56.6	50.2
Para Espaciar	15.3	14.1	16.1	15.6	16.0	13.3	12.2	11.3	14.8
Para Limitar	31.5	36.4	36.0	38.2	39.4	37.8	41.9	45.3	35.4
Demanda Insatisfecha	8.3	15.1	11.4	15.0	19.9	14.7	21.5	11.7	12.0
Para Espaciar	4.4	8.1	7.0	9.0	8.7	7.7	6.5	5.6	6.3
Para Limitar	4.0	7.0	4.4	6.0	11.2	7.0	15.1	6.2	5.7
Uso Actual	36.5	34.6	39.7	37.9	33.9	35.6	30.8	43.4	36.8
Para Espaciar	9.1	5.2	8.3	5.9	6.1	4.8	4.1	4.4	7.3
Para Limitar	27.4	29.4	31.5	32.0	27.8	30.8	26.7	39.0	29.6
% Demanda Satisfecha*	77.9	68.6	76.3	70.4	61.2	69.7	57.0	76.8	73.4
Para Espaciar	59.5	37.1	51.2	37.7	37.8	36.4	33.4	39.3	48.9
Para Limitar	86.9	80.8	87.5	83.8	70.7	81.4	63.8	86.1	83.6

* Porcentajes con relación a la demanda total

En los últimos 5 años en la región 6 se ha producido un cambio muy importante en la composición del tipo de demanda insatisfecha. Las mujeres con necesidades insatisfechas, que en 1986 demandaban métodos principalmente para espaciar su descendencia, en 1991 han cambiado sus necesidades y aptitudes, cuando su necesidad insatisfecha pasó a ser fundamentalmente de métodos para limitar el tamaño de su familia, habiéndose reducido inclusive el porcentaje de mujeres que deseaban postergar sus nacimientos. Si se observa que en esta región no ha habido aumento, sino más bien una reducción, en el uso de anticonceptivos para espaciar se puede deducir que ha ocurrido una transferencia de la

Gráfico 3.1
Evolución de la Demanda Insatisfecha, Total y por Tipo
según Regiones De Salud, 1986-1991



Fuente: Cuadro 3.2

necesidad de métodos para espaciar o postergar, a métodos para limitar la descendencia, lo cual puede ser un reflejo de la no satisfacción en el pasado de necesidades de espaciar el nacimiento de los hijos, y de un cambio en las preferencias reproductivas de la mujer, ya que, según vimos anteriormente, el número ideal de hijos se ha venido reduciendo.

Las demás regiones de salud han sufrido incrementos en el porcentaje de mujeres con necesidades de métodos para limitar su descendencia. Estos aumentos han ido acompañados con aumentos en el mismo sentido en la demanda para postergar los nacimientos, en las regiones de salud 1 y 2, y con aumentos en sentido contrario en las regiones de salud 3 y 7.

A nivel de las zonas de residencias se observa que en 1991 el tipo de necesidad insatisfecha que prevalece en las ciudades del país es de métodos para postergar los nacimientos (Cuadro 3.3). En los campos se presenta una igual proporción de mujeres con necesidades insatisfechas para espaciar y para limitar la descendencia.

Observando el comportamiento de la proporción de mujeres insatisfechas a través de su ciclo de vida fértil se constata que en todas las edades hay proporciones considerables de mujeres con necesidades insatisfechas, y que el porcentaje de insatisfechas aumenta con la edad, obteniendo sus máximos valores en las mujeres de 20-24 y 25-29 años, en que alcanza niveles de más de 16 por ciento (ver Gráfico 3.2). A partir de esta edad el porcentaje de insatisfechas empieza a descender hasta situarse en niveles inferiores al 5 por ciento en las mujeres con edades de 45 a 49 años, debido, como veremos más adelante, a la reducción en estas edades del porcentaje que demanda métodos para postergar sus nacimientos.

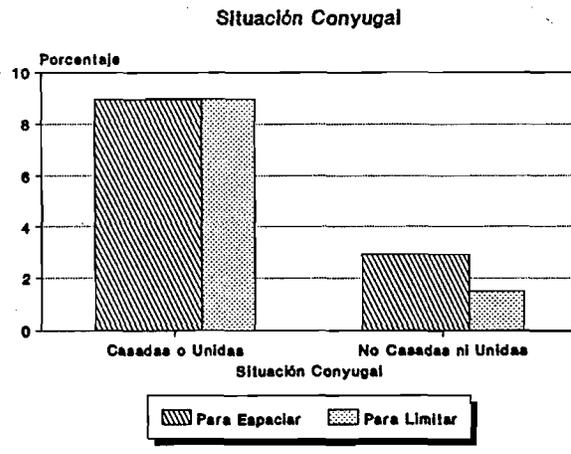
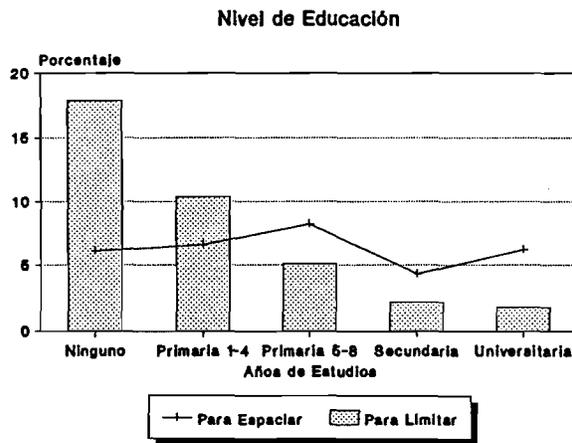
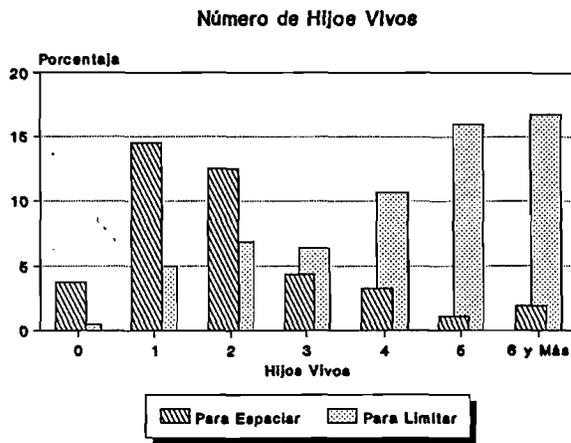
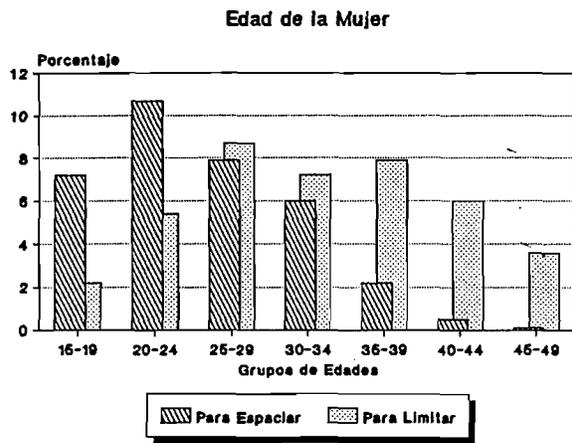
La distribución del porcentaje de insatisfechas a lo largo del ciclo de vida fértil es muy diferente de acuerdo al tipo de necesidad insatisfecha que se presente. En las mujeres más jóvenes las necesidades insatisfechas son principalmente de métodos para postergar sus nacimientos; ya para mujeres de más de 35 años de edad la demanda de este tipo de métodos es prácticamente insignificante. Cuando se trata de métodos para evitar el crecimiento de su familia, las mujeres insatisfechas son de mayor edad que las demandantes del primer tipo de métodos. A partir de los 25-29 años el tipo de necesidad insatisfecha que presentan las mujeres es mayormente de métodos para limitar su descendencia. Las diferencias se van ampliando sistemáticamente a medida que las mujeres tienen una mayor edad, llegando a ser prácticamente el único tipo de necesidad que presentan las de 40 o más años.

Analizando el comportamiento de las necesidades insatisfechas de acuerdo al número de hijos vivos que tiene la mujer nos damos cuenta que, sin discriminar sobre el tipo de necesidad que se presenta, el porcentaje mujeres con necesidades insatisfechas no muestra una relación muy clara. Sin embargo, cuando se observa por separado cada tipo de demanda existe, al igual que con la edad, una relación muy definida.

Cuadro 3.3 Demanda insatisfecha total y por tipo, según variables sociodemográficas seleccionadas. 1991. (Porcentajes)

VARIABLES	Total	Para Postergar	Para Limitar
Grupos de edades			
15-19	9.3	7.2	2.2
20-24	16.1	10.8	5.4
25-29	16.7	7.9	8.7
30-34	13.2	6.1	7.2
35-39	10.1	2.2	7.9
40-44	6.5	0.5	6.0
45-49	3.7	0.1	3.6
Hijos vivos			
Ninguno	4.4	3.8	0.5
1	19.5	14.5	5.0
2	19.4	12.5	6.9
3	10.8	4.4	6.4
4	14.0	3.3	11.0
5	17.1	1.1	16.0
6 o Más	18.7	1.9	16.8
Nivel de Educación			
Ninguno	24.0	6.1	17.9
Primaria 0-4	17.0	6.6	10.4
Primaria 5-8	13.3	8.2	5.1
Secundaria	6.5	4.3	2.2
Universitaria	8.1	6.2	1.8
Zona de residencia			
Urbana	9.2	5.2	4.0
Rural	18.1	8.8	9.3
Situación Conyugal			
Casada o Unida	18.0	9.0	9.0
No casada ni unida	4.4	3.0	1.5
Total	12.0	6.3	5.7

Gráfico 3.2
Demanda Insatisfecha por Tipo,
según variables. 1991



Fuente: Cuadro 3.3

Los mayores porcentajes de mujeres insatisfechas para espaciar sus nacimientos se presentan con fines de postergar la incorporación a la familia de un segundo hijo (en las que tienen uno vivo) y de un tercero (en las que tienen dos). Esta proporción se reduce más a partir de las mujeres que tienen 3 hijos vivos, situación a partir de la cual la necesidad insatisfecha que presentan es principalmente con el objetivo de evitar la incorporación de un miembro más a la familia. Estos resultados permiten postular una situación interesante. Las mujeres dominicanas manifiestan necesidades insatisfechas de espaciar sus nacimientos desde el mismo momento en que tienen su primer hijo, situación que no es satisfecha, por lo que siguen con demanda insatisfecha para postergar el nacimiento de un tercero, la cual, al no hacerse efectiva, hace que las mujeres cambien su aptitud, no ya hacia el espaciamento de un siguiente hijo sino a evitar su nacimiento. Al no ser tampoco satisfecha esta última situación, se va acumulando la proporción de insatisfechas de métodos anticonceptivos para limitar la descendencia, a medida que sigue aumentando el número de hijos no deseados.

La proporción de mujeres con necesidades insatisfechas se presenta muy asociada con el nivel educativo de la mujer. Cerca de la cuarta parte de las mujeres sin educación tienen necesidades insatisfechas de métodos de planificación familiar, fundamentalmente de métodos para limitar el tamaño de su familia. Al contrario, para el grupo de mujeres con educación secundaria o universitaria este porcentaje es de menos de 9 por ciento, siendo fundamentalmente sus necesidades de métodos anticonceptivos para espaciar los nacimientos. La necesidad insatisfecha de métodos para espaciar los nacimientos se presenta con igual intensidad en todos los niveles de educación de la mujer, de manera que las diferencias en el total de demanda insatisfecha en los diferentes niveles educativos es debida a diferencias en la demanda para limitar la descendencia.

Diferencias muy notables se presentan cuando se analiza el porcentaje de mujeres con necesidades insatisfechas de acuerdo a la situación conyugal, específicamente entre las mujeres casadas o unidas y las que no están actualmente en unión. Aproximadamente un 18 por ciento de las primeras presentan necesidades insatisfechas de métodos de planificación familiar, ya sea para postergar o limitar la descendencia. En el grupo de no casadas ni unidas esta proporción no llega a 5 por ciento.

Sin embargo, si entre las no casadas ni unidas se restringe el cálculo a solamente mujeres expuestas al riesgo, el porcentaje de insatisfechas alcanza un 21 por ciento, cifra que supera la que presentan las mujeres en unión. De este 21 por ciento, 14 corresponde a métodos para espaciar -superando ampliamente a las casadas o unidas- y el 7 por ciento restante a métodos para limitar.

Este último resultado nos indica que los programas de planificación familiar deben tomar en consideración a las mujeres que no están en unión al momento de diseñar sus planes y estrategias, ya que el riesgo que implica un embarazo no deseado sobre la salud reproductiva de una mujer "soltera" es mucho mayor que el riesgo por el que atraviesan las mujeres que tienen un compañero consigo.

Capítulo 4. Caracterización de las Mujeres con Necesidades Insatisfechas. 1991

Anteriormente pudimos observar diferencias en la proporción de mujeres con necesidades insatisfechas de métodos de planificación, sin hacer indicaciones sobre la magnitud absoluta de la cantidad de mujeres implicadas. Esta magnitud es fundamental para fines de diseñar estrategias efectivas en los planes y políticas que se puedan implementar con la finalidad de hacer llegar la planificación familiar a estas mujeres.

Para estos fines, las informaciones de este capítulo se encuentran expandidas al total de mujeres en edad fértil del país⁷, y se refieren al período medio en que se realizó el trabajo de campo de la ENDESA-91, es decir aproximadamente al mes de septiembre del año 1991⁸.

A. Localización Geográfica

En 1991 en República Dominicana se encontraban más de 220 mil mujeres con necesidades insatisfechas de métodos de planificación familiar (véase Cuadro 4.1 y Gráfico 4.1), es decir mujeres que estaban expuestas al riesgo de quedar embarazadas y no estaban usando anticonceptivos a pesar de que deseaban postergar o evitar el nacimiento de un próximo hijo. Estas mujeres se distribuyen en todo el país, pero se concentran en algunos puntos geográficos que vamos a identificar a continuación.

La primera área digna de mención es el Distrito Nacional (Región 0), que incluye a Santo Domingo, la capital del país. Aquí se localizan más de 63 mil mujeres con necesidades insatisfechas, lo cual equivale a más de la cuarta parte de las insatisfechas del país, ubicadas fundamentalmente en la ciudad de Santo Domingo (zona urbana de la Región 0), que contiene más del 85 por ciento de las mujeres insatisfechas de esta región.

Sin embargo, al momento de establecer prioridades hay que recordar que esta región disfrutaba del menor porcentaje de mujeres con necesidades insatisfechas (ver Cuadro 3.2), y que el poseer casi la mitad de las mujeres en edad fértil de todo el país, es lo que provoca que tenga tantas mujeres con necesidades insatisfechas de métodos de planificación familiar.

⁷ Esta expansión al universo de mujeres en edad fértil se realizó incorporando un factor de ponderación en el archivo de datos de la encuesta, obtenido utilizando las proyecciones de población oficiales de la República Dominicana (ONAPLAN y otros, 1989).

⁸ Durante todo este capítulo nos vamos a referir a esta fecha como el año 1991.

Cuadro 4.1. Mujeres con necesidades insatisfechas de métodos de planificación familiar, por regiones de salud, según zona de residencia. 1991
(Expandidas a nivel nacional)

Regiones de Salud	Total Insatisfechas			Para Limitar			Para Espaciar		
	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total
0	54,447	8,697	63,144	24,712	5,331	30,043	29,735	3,366	3,3101
1	6,397	9,830	16,227	2,775	4,725	7,500	3,622	5,105	8,727
2	20,751	23,157	43,908	7,842	9,081	16,923	12,909	14,076	26,985
3	7,207	19,523	26,731	2,831	7,909	10,740	4,376	11,614	15,991
4	7,049	6,354	13,403	3,240	4,324	7,563	3,809	2,030	5,840
5	10,443	13,587	24,030	4,674	6,778	11,452	5,769	6,809	12,578
6	4,923	20,139	25,062	2,057	15,484	17,541	2,866	4,655	7,521
7	2,645	6,586	9,230	1,406	3,440	4,846	1,239	3,146	4,384
Total País	113,862	107,873	221,735	49,536	57,072	106,608	64,326	50,801	115,127

En la Región de Salud 2, que tiene como cabecera la ciudad de Santiago de los Caballeros⁹, se encuentran cerca de un 20 por ciento de las mujeres con necesidades insatisfechas (más de 43 mil), distribuidas en igual proporción en sus campos y ciudades. Otros puntos de importancia por la cantidad de estas mujeres que contienen son los campos de la Región 6 y de la Región 3, con alrededor de 20 mil en cada región. Las ciudades y campos de la Región 5, así como los campos de la Región 1 contienen cerca de 10 mil mujeres en estas condiciones.

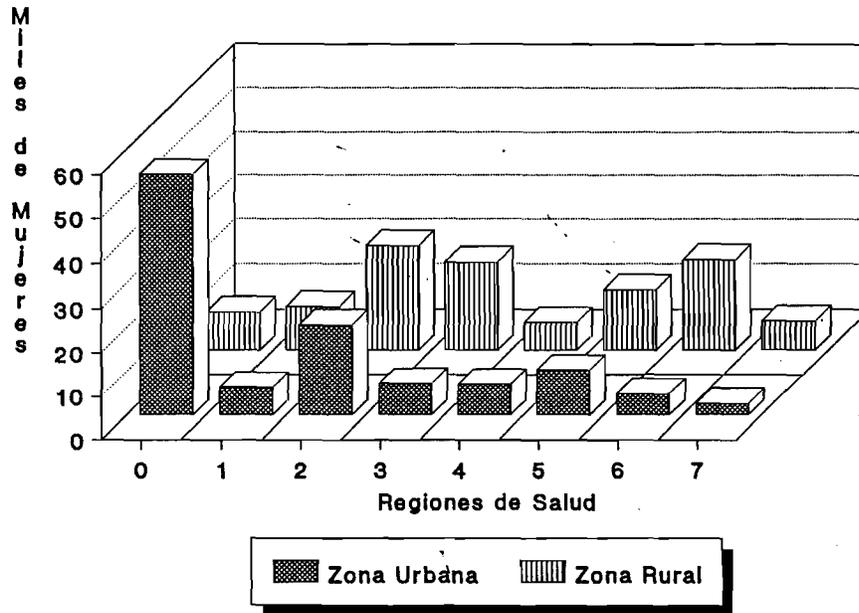
Los demás puntos urbanos y rurales de las regiones restantes contienen alrededor de 7 mil mujeres con necesidades insatisfechas, pero dicha cantidad puede ser considerable en algunos casos, si se toma en consideración la cantidad de mujeres en edad fértil que contienen.

⁹ La ciudad de Santiago de los Caballeros es la segunda ciudad en importancia tanto demográfica como en nivel de desarrollo socioeconómico.

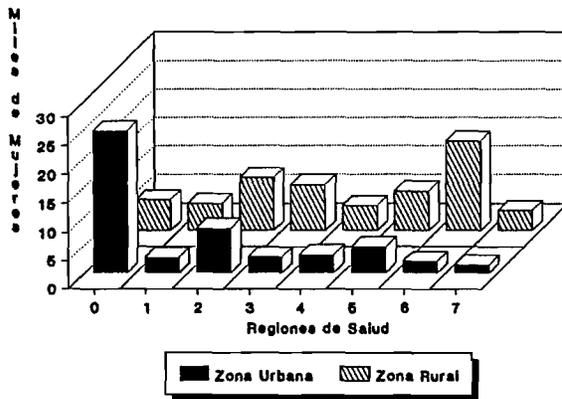
Gráfico 4.1

Mujeres con Necesidades Insatisfechas, Total y por Tipo de Necesidad, según Regiones y Zona. 1991

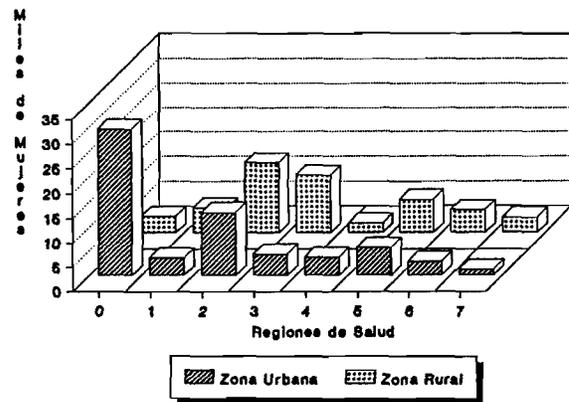
Todas las Mujeres



Con Necesidades Insatisfechas de Limitar



Con Necesidad Insatisfecha de Espaciar



Fuente: Cuadro 4.1

Cuando observamos la distribución geográfica de las mujeres con necesidades insatisfechas de acuerdo al tipo de necesidad que tienen -espaciar o limitar los nacimientos- se observa que tanto las espaciadoras como las limitadoras se localizan en su gran mayoría en la ciudad de Santo Domingo, en donde existen más de 30 mil mujeres con necesidades de métodos anticonceptivos para limitar su descendencia. Una cifra similar de mujeres presentan necesidades de métodos para postergar o espaciar el nacimiento de un próximo hijo.

Una cantidad considerable de mujeres con necesidades de métodos para limitar su descendencia se localiza en la Región 2, distribuidas en igual cantidad en sus campos y ciudades (cerca de 10 mil). En esta región también se presenta una gran cantidad de mujeres con necesidades de espaciar o postergar el nacimiento de sus hijos, distribuidas también en forma similar en las zonas de residencia.

Como rasgo sobresaliente llama la atención la cantidad de mujeres con necesidades insatisfechas de limitar el tamaño de su familia localizadas en los campos de la Región 6, con más de 15 mil mujeres en esta condición. Esta región merece cuidados especiales, ya que, según vimos anteriormente, presenta un gran porcentaje de mujeres en esta condición, y que el cambio ocurrido en los últimos cinco años ha sido abrumador (ver Cuadro 3.2).

Otro punto geográfico que llama la atención por la cantidad de mujeres con necesidades insatisfechas de postergar o espaciar sus nacimientos lo constituye la zona rural de la Región 3, en donde se pueden encontrar cerca de 10 mil mujeres con necesidades no satisfechas de métodos anticonceptivos para postergar el nacimiento de un próximo hijo.

Las demás localidades y puntos geográficos contienen también mujeres con necesidades de métodos anticonceptivos que deberían ser satisfechas, de manera que puedan lograr postergar o evitar el nacimiento de futuros hijos, pero éstas se presentan en una magnitud poco numerosa.

B. Composición Socioeconómica y Demográfica

Un análisis de la composición socioeconómica y demográfica del total de mujeres con necesidades insatisfechas indica que éstas son mujeres generalmente en unión; mayormente jóvenes (menos de 35 años); con tres o menos hijos vivos, pero una cantidad considerable con más de seis; y que son mujeres de todos los niveles de instrucción, concentradas principalmente de 1 a 8 años educación (véase Gráfico 4.2).

Una caracterización más efectiva se logra cuando se considera a las mujeres insatisfechas de acuerdo al tipo de necesidad que presentan. Por un lado, las mujeres con necesidades insatisfechas de limitar su descendencia son mujeres casadas o unidas; de todas las edades, pero con una participación importante en las edades extremas; con dos o más hijos y las hay de todos los niveles de educación.

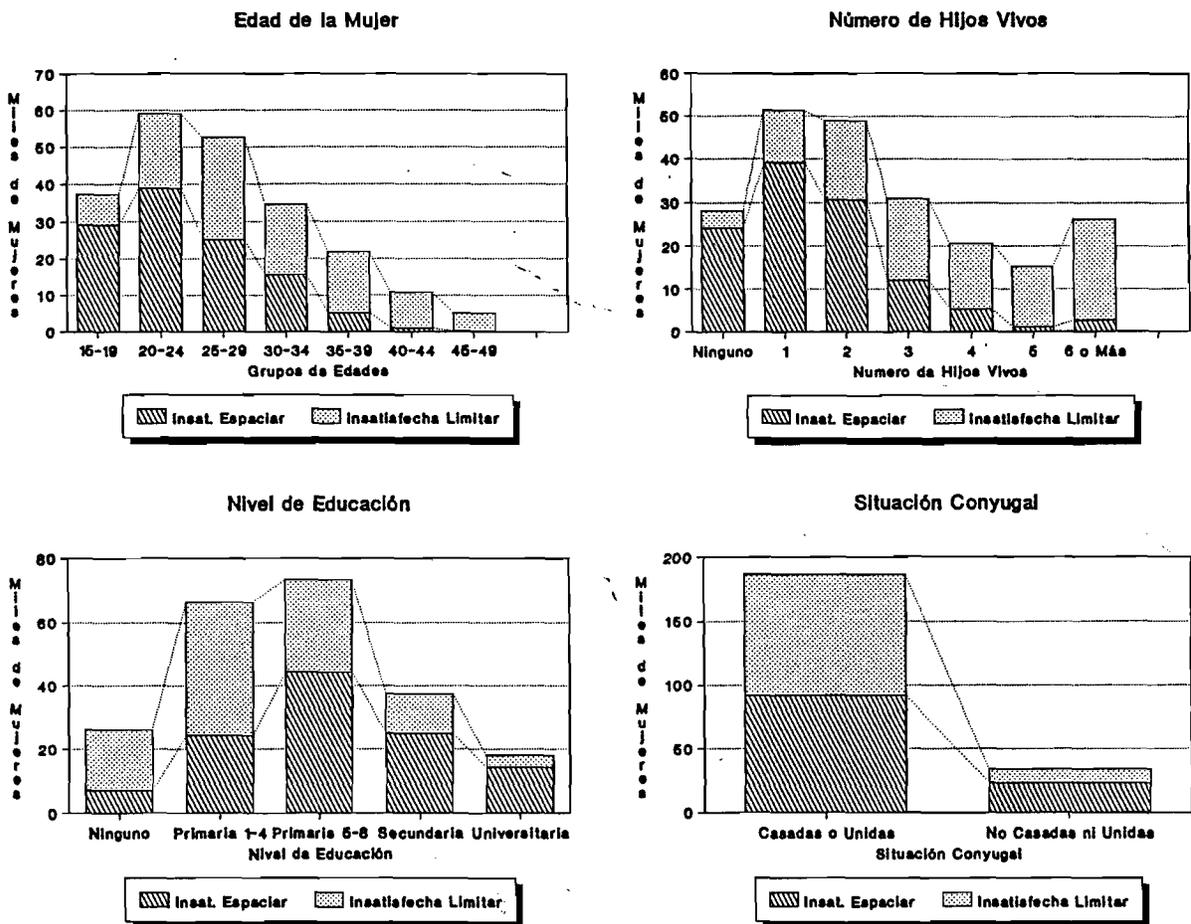
Por otro lado, las mujeres con necesidades insatisfechas de postergar sus nacimientos son también mujeres casadas o unidas, aunque hay una cantidad considerable que no está en unión; con menos de 30 años de edad; que tienen dos o menos hijos; y las hay de todos los niveles de instrucción, pero mayormente con 5 a 8 años de educación.

Cuadro 4.2. Mujeres con Necesidades Insatisfechas por Tipo de Necesidad, según variables socioeconómicas. 1991.

Variables	Total	Para Postergar	Para Limitar
Grupos de edades			
15-19	37,486	29,194	8,293
20-24	59,189	38,905	20,284
25-29	52,655	25,065	27,590
30-34	34,649	15,735	18,914
35-39	21,890	5,188	16,702
40-44	10,810	934	9,875
45-49	5,056	105	4,951
Hijos vivos			
Ninguno	28,215	24,187	4,028
1	51,346	39,079	12,267
2	48,943	30,683	18,260
3	30,962	12,085	18,877
4	20,594	5,360	15,234
5	15,383	1,121	14,262
6 o Más	26,290	2,611	23,679
Nivel de Educación			
Ninguno	26,259	7,038	19,221
Primaria 0-4	66,367	24,357	42,010
Primaria 5-8	73,517	44,410	29,107
Secundaria	37,473	24,964	12,509
Universitaria	18,120	14,358	3,761
Situación Conyugal			
Casada o Unida	186,692	92,109	94,583
No casada ni unida	35,043	23,018	12,025

Gráfico 4.2

Mujeres con Necesidades Insatisfechas
Por Tipo de Necesidad, según variables. 1991



Fuente: Cuadro 4.2

C. Situación frente a la Planificación Familiar

Como paso previo para la adopción de métodos de planificación familiar, la mujer debe tener conciencia de que ella puede influir sobre su propio comportamiento reproductivo. Aparentemente esto no es problema en la República Dominicana, ya que prácticamente todas las mujeres del país con necesidades insatisfechas conocen o han oído hablar de algún método de planificación familiar (Cuadro 4.3), y que en promedio tienen referencia de más de 7. En cuanto al conocimiento de métodos específicos se observa que prácticamente todas conocen algún método moderno. Casi todas conocen o han oído hablar de la esterilización femenina, la píldora, el condón y del dispositivo intrauterino -DIU- (99.5, 97.5, 95.2 y 88.8 por ciento, respectivamente).

Cuadro 4.3. Porcentaje de mujeres con Necesidades Insatisfechas que conocen métodos anticonceptivos, fuentes para su obtención, que han usado alguna vez, y que piensan usar en el futuro, según Regiones de Salud. 1991

Regiones de Salud	Conocimiento de Métodos				Uso pasado de métodos			Uso Futuro de métodos		
	Conoce Alguno	Conoce Alguno Moderno	Conoce Alguno Tradicio	Promedio Métodos Conocidos	Alguno	Alguno Moderno	Alguno Tradicio	Piensa Usar	Durante Próximos 12 Meses	Total Insat
Region 0	99.6	99.6	98.0	8.4	73.4	60.3	37.7	71.3	59.4	244.0
Región 1	100.0	100.0	96.8	7.8	50.8	39.7	28.6	66.7	55.6	63.0
Región 2	100.0	100.0	100.0	8.0	61.5	51.4	34.5	69.6	54.7	148.0
Región 3	100.0	100.0	98.0	7.6	45.5	35.6	22.8	76.2	56.4	101.0
Región 4	100.0	100.0	92.5	7.2	60.4	54.7	18.9	77.4	64.2	53.0
Región 5	100.0	100.0	97.8	7.1	52.5	43.7	25.4	70.7	56.4	181.0
Región 6	100.0	100.0	91.8	7.0	41.0	34.4	14.6	73.8	55.7	61.0
Región 7	100.0	100.0	92.6	7.3	51.9	40.7	18.5	77.8	63.0	27.0
Total País	99.8	99.8	97.2	7.7	58.4	48.4	29.0	71.9	57.6	878.0

Pero, el conocimiento de métodos es una condición necesaria pero no suficiente para que la mujer pueda decidirse a regular o controlar su fecundidad. El Cuadro 4.4 contiene el porcentaje de mujeres que conocen las fuentes de abastecimiento para cada método específico conocido. Se observa que de las mujeres que conocen o han oído hablar de la esterilización, cerca de 12 por ciento no sabe dónde puede ser esterilizada; porcentaje similar se presenta con las pastillas o píldoras. De las que tienen alguna referencia del condón y el Dispositivo Intrauterino (DIU), cerca del 30 por ciento no tiene idea de dónde los puede obtener.

Cuadro 4.4. Porcentaje de mujeres con Necesidades Insatisfechas por conocimiento de métodos específicos, de fuentes, uso alguna vez y perspectivas futuras. 1991

Métodos	Conoce método	Conoce fuente	Usó alguna vez	Piensa Usar Futuro	Piensa usar próximo año	Conoce fuente para uso futuro
Píldora	97.5	88.6	46.8	29.1	85.8	81.0
DIU	88.8	72.1	7.2	5.1	81.3	98.6
Implante	59.9	59.1	0.1	5.9	91.9	82.2
Inyecciones	79.0	57.3	0.5	2.7	82.4	90.9
Met. Vaginales	53.8	68.0	1.9	0.3	100.0	100.0
Condón	95.2	74.4	12.9	1.1	57.1	31.0
Esteril. Fem.	99.5	87.9	0.0	43.6	74.5	84.4
Esteril. Masc.	48.4	63.5	0.1	0.0	0.0	-
Ritmo	55.1	53.7	8.8	1.0	100.0	-
Retiro	71.3	-	14.6	0.8	100.0	-
Otro	24.3	-	3.6	1.3	62.5	-
No sabe	-	-	-	9.2	-	-

Un alto porcentaje de las mujeres con necesidades insatisfechas no han tenido experiencias pasadas con el uso de métodos de planificación familiar. Más del 40 por ciento no han utilizado métodos anticonceptivos alguna vez en toda su vida; más de la mitad no han usado métodos modernos. A esto se une que los métodos que se han utilizado en el pasado -las que han utilizado- son la píldora, el condón, el retiro y el ritmo o abstinencia periódica, métodos que presentan la más alta tasa de fallas.

Analizando las perspectivas futuras de las mujeres insatisfechas con relación a la planificación de la familia se observa que más del 70 por ciento dijeron que van a utilizar métodos anticonceptivos en el futuro (Cuadro 4.3), más aún casi 6 de cada 10 confesaron que piensan adoptar un método en los próximos 12 meses.

Cuadro 4.5. Mujeres insatisfechas: Porcentaje que piensa utilizar métodos en el futuro, según la fuente mencionada para obtener dicho método. 1991

Fuente de Obtención	País	Porcentaje
Sector Público	236	44.4
Hosp/Clín/Dis SESPAS	216	40.7
Otra	20	3.8
Sector Privado	295	55.6
PROFAMILIA	38	7.2
Otro	257	48.4
Total	531	100.0
No conoce fuente	20	-
Usará folklórico	77	-
No usará método/n.s.	248	-

En el Cuadro 4.4 se presenta la distribución de las mujeres insatisfechas de acuerdo al método que piensan utilizar en el futuro. Según se observa, un 43 por ciento de las que piensan utilizar métodos en el futuro piensan esterilizarse, de las cuales las tres cuartas partes se la piensa hacer durante los próximos 12 meses. Cerca de un 30 por ciento piensan utilizar pastillas o píldoras, casi todas en el transcurso del siguiente año. En el Cuadro 5.5 se presenta la fuente mencionada para obtención del métodos que piensan utilizar en el futuro. Se observa que tanto el sector público -principalmente las clínicas y hospitales de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS)- como el privado, son fuentes básicas para la obtención de métodos anticonceptivos en el país.

Como rasgo sobresaliente se destaca que más de un 10 por ciento de las mujeres insatisfechas que piensan utilizar métodos no sabe o no está decidida sobre qué método va a utilizar; que cerca de un 20 por ciento de las que piensan utilizar la píldora no conocen un lugar dónde la pueden obtener, y que más del 15 por ciento de las que piensan esterilizarse no conocen un lugar dónde pueden hacerse la esterilización.

Según se vió en el Cuadro 5.3, cerca de un 30 por ciento de las mujeres insatisfechas no piensan utilizar métodos en el futuro. En el Cuadro 5.6 se presentan las razones mencionadas, y la razón que consideraron principal, para no utilizar anticonceptivos. Se destaca que la cuarta parte de estas mujeres mencionaron "preocupaciones por su salud", entre las razones de no uso futuro. Un 15 por ciento mencionó que era "difícil embarazarse" y más del 9 por ciento mencionó como razón el hecho de que carecían de informaciones.

Observando la razón principal por la cual las mujeres no piensan utilizar métodos se destaca que casi 30 por ciento menciona que quiere tener más hijos. Este dato, aparentemente contradictorio ya que estamos trabajando con mujeres demandantes de métodos, constituye una evidencia más de la falta de informaciones en este grupo de mujeres sobre los efectos secundarios que pueden tener los métodos de planificación familiar sobre su aparato reproductor. Esto se postula porque, aunque el dato no se presenta en el cuadro, resulta que todas las mujeres que mencionaron esta razón son mujeres que no quieren embarazarse en estos momentos, lo cual indica que estas mujeres tienen la creencia de que si usan anticonceptivos podrían perder la capacidad de procreación.

Otro alto porcentaje de mujeres dió como razón principal de no uso futuro, que tenía preocupaciones por su salud, y otro alto porcentaje consideró que era difícil embarazarse, situaciones que reflejan también la necesidad de conocimientos sobre las ventajas y las desventajas de la planificación familiar y sobre la biología reproductiva de la propia mujer.

Cuadro 4.6. Mujeres con Necesidades Insatisfechas: razones múltiples y razón principal para no uso futuro de métodos, según Regiones de Salud. 1991

Razones de no uso futuro	Cada Razón	Razón Principal
Quiere más hijos	29.4	27.8
Falta de información	9.2	6.0
Difícil embarazarse	15.0	14.6
Efectos colaterales	4.6	4.6
Preocupaciones Salud	24.8	23.2
Precio elevado	0.0	0.0
Difícil conseguirlos	0.0	0.0
Son incómodos	1.3	0.0
Marido desaprueba	5.2	5.3
Religión	4.6	4.6
Opuesta a P.Familiar	5.9	6.0
Fatalista	2.0	2.0
Relac. Sex. no frecuentes	4.6	2.7
Menopáusica/operada	5.9	3.3
No es casada	3.3	0.0
Otra razón	22.9	0.0
No sabe	2.6	0.0

Como rasgo sobresaliente se destaca que ninguna de las mujeres con necesidades insatisfechas mencionó como razones para no usar métodos en el futuro, ni el precio de los anticonceptivos, ni que tenían dificultad para conseguirlos, lo cual indica que los factores causales de la insatisfacción hay que buscarlos más allá del costo y la accesibilidad de los métodos.

Las informaciones analizadas evidencian entre las mujeres con necesidades insatisfechas una "necesidad no satisfecha de informaciones adecuadas sobre planificación familiar", expresada por demás explícitamente, que permita a la mujer adquirir conciencia sobre los efectos reales de la utilización de métodos anticonceptivos sobre su salud general y reproductiva y también sobre el comportamiento de su sistema reproductivo, así como de lugares dónde puedan obtener los métodos.

Este hecho se hace evidente si se observa que menos de un 20 por ciento de las mujeres con necesidades insatisfechas han visto u oído en el último mes mensajes de planificación familiar, o anuncios de métodos, en la radio o en la televisión, a pesar de que una gran proporción (más del 80 por ciento) de éstas, mantienen una actitud positiva hacia la transmisión de dichos mensajes (Cuadro 4.7).

Cuadro 4.7 Mujeres con necesidades insatisfechas de acuerdo a su grado de exposición en el último mes a mensajes y anuncios de planificación familiar. 1991

Informaciones	Porcentajes
Escuchó mensajes planificación familiar en radio	17.2
Escuchó mensajes planificación familiar en televisión	20.9
Está de acuerdo con que se den mensajes de Planif. Familiar	91.4
Escuchó anuncios de métodos anticonceptivos	58.3

Capítulo 5. Proyección de las Mujeres con Necesidades Insatisfechas. 1992-1995

Con la intención de presentar un orden de magnitud en la cantidad de mujeres Insatisfechas, que permita dirigir las estrategias tendentes a satisfacer las necesidades de métodos de planificación familiar de las mujeres insatisfechas, en este capítulo se presentan proyecciones de dichas mujeres para los años 1992, 1993 y 1995, a nivel del total país y de las 8 Regiones de Salud.

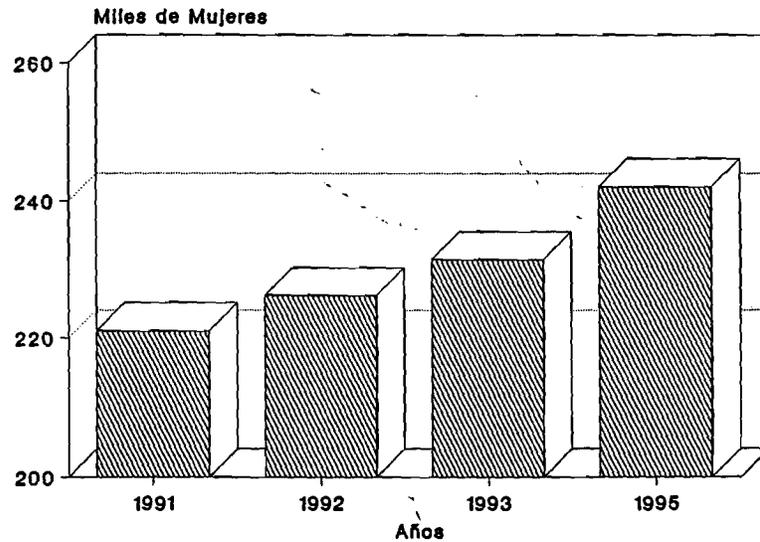
En la elaboración de estas proyecciones primero se proyectaron en forma lineal los porcentajes de mujeres con necesidades insatisfechas en cada región de salud, conforme a la tendencia definida en dicho porcentaje en el período 1986-1991. A nivel del total país se consideró que el porcentaje de mujeres insatisfechas obtenido en 1991 se iba a mantener constante, debido a que no mostró cambios en dicho período. Los porcentajes proyectados para el total del país y las regiones de salud para cada año de la proyección, se multiplicaron por las proyecciones de mujeres en edad fértil correspondientes contenidas en las proyecciones oficiales de población (ONAPLAN y otros, 1989). Finalmente se realizó la conciliación del total de insatisfechas obtenido para el total país con el total obtenido, a través de las regiones de salud, manteniendo el valor obtenido para el total país y la distribución relativa regional. Los resultados obtenidos se presentan en el Cuadro 5.1 y en el Gráfico 5.1.

Cuadro 5.1 Proyecciones de las mujeres en edad fértil y de las mujeres con Necesidades Insatisfechas de Métodos de Planificación Familiar, según Regiones de Salud, 1991-1995

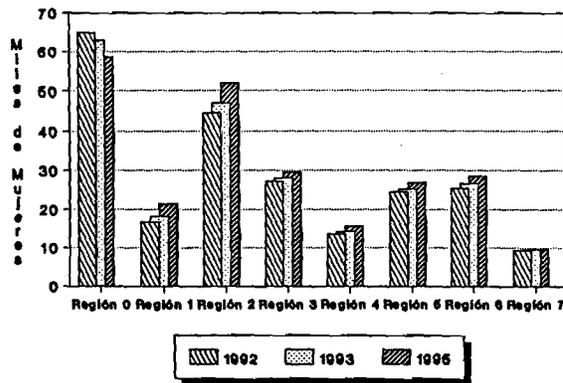
Regiones de Salud	Mujeres en edad fértil				Mujeres con necesidades insatisfechas					
					Porcentajes			Cantidad de mujeres		
	1991	1992	1993	1995	1992	1993	1995	1992	1993	1995
Región 0	751,912	776,381	800,890	851,517	8.3	7.8	6.8	64,967	62,944	58,718
Región I	106,801	110,276	113,758	120,949	15.1	15.9	17.8	16,696	18,178	21,487
Región II	383,327	389,078	394,801	406,256	11.4	11.8	12.7	44,582	46,963	51,962
Región III	177,380	180,722	183,967	189,629	15.0	15.1	15.3	27,217	27,920	29,393
Región IV	67,389	68,031	68,664	69,869	19.9	20.6	22.2	13,549	14,211	15,662
Región V	162,340	165,754	169,167	176,138	14.7	14.9	15.1	24,497	25,215	26,874
Región VI	116,003	117,622	119,237	122,319	21.5	22.0	23.1	25,421	26,378	28,507
Región VII	78,382	79,563	80,768	83,244	11.7	11.6	11.4	9,372	9,420	9,587
Total País	1,843,534	1,887,427	1,931,252	2,019,921	12.00	12.00	12.00	226,302	231,557	242,189

Gráfico 5.1
Proyecciones de las mujeres con necesidades
Insatisfechas, total y por regiones de salud,
y de las mujeres en edad fértil. 1991-1995

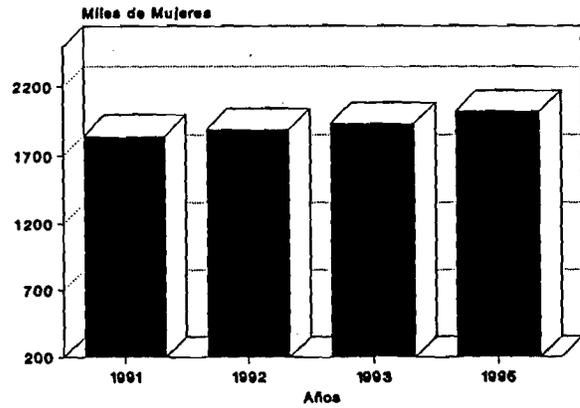
Mujeres con Necesidades Insatisfechas



Mujeres con necesidades insatisfechas



Mujeres en Edad Fértil (15-49 años)



Fuente: Cuadro 5.1

Los resultados indican que, de mantenerse las tendencias del quinquenio 1986-1991, a mediados del año 1992 en el país habrán más de 226 mil mujeres con necesidades insatisfechas de métodos de planificación familiar, las cuales se aumentarían a cerca de un cuarto de millón a mediados del año 1995. Un vistazo rápido a través de las proyecciones para las diferentes regiones nos indica que la Región 0 presenta reducciones sistemáticas en número de mujeres con necesidades insatisfechas -debido a la tendencia decreciente observada en el porcentaje de insatisfechas- y que en la Región 2 se va a agregar al conjunto de insatisfechas de 1992 cerca de 5 mil nuevas insatisfechas (Gráfico 5.1).

Capítulo 6. Factores Asociados con las Necesidades Insatisfechas

En el capítulo 3 se analizó el comportamiento del porcentaje de mujeres con necesidades insatisfechas a través de diferentes variables socioeconómicas y demográficas. Entre éstas se consideraron el tiempo (año), la edad, el número de hijos vivos, el nivel de educación y la situación conyugal de la mujer, las regiones de salud y la zona de residencia. Este análisis se realizó en forma univariada, es decir cada variable analizada por separado, sin controlar el efecto diferencial que pueden provocar las diferentes distribuciones de otras variables en las categorías que se comparan. De este modo no se sabe, por ejemplo, si la diferencia entre el porcentaje de insatisfacción entre las mujeres más viejas y las más jóvenes se debe a que las del primer grupo tienen un mayor número de hijos o a que tienen menos educación que las del segundo grupo. Mediante la utilización de modelos de análisis multivariado se superan estas limitaciones.

En este capítulo se analizan las necesidades insatisfechas en función de un conjunto de covariables, utilizando un modelo de regresión logística, que permite analizar el efecto neto de las diferentes covariables, es decir, comparar categorías de una variable eliminando o controlando el efecto de las demás, informando asimismo sobre la significación estadística de las diferencias observadas en las categorías comparadas.

Realmente, el análisis multivariado mediante un modelo de regresión logística, como el que se ha utilizado aquí, tiene un potencial mucho mayor que el que vamos a aprovechar en esta ocasión, principalmente en los aspectos de concepción del modelo más explicativo, o el más eficiente para explicar o determinar los factores causales de un fenómeno. Sin embargo, aunque ese tipo de análisis se hizo, este trabajo se limita a analizar únicamente la asociación que hay entre, o el efecto neto que tienen, las regiones de salud, la zona de residencia, el tiempo, la edad de la mujer, su número de hijos, su nivel de educación o el estado conyugal, controlando simultáneamente el efecto de las demás variables.

A. El modelo de análisis multivariado

i) Formulación general

El análisis de los factores asociados con la insatisfacción se va a realizar mediante la utilización de un modelo de regresión logística, al cual se llega mediante la realización de algunas transformaciones del modo que se describe a continuación.

La insatisfacción en cada mujer i (X_i) es una variable dicotómica que puede asumir los valores 1 ó 0, de acuerdo a si la mujer es considerada o no con necesidad insatisfecha. Supongamos que se tienen k observaciones independientes X_1, X_2, \dots, X_k , y que X_i tiene una distribución binomial con parámetros n y P , de manera que

$$(X_i) \sim B (n_i, P_i)$$

De este modo, el estimador natural de la probabilidad de insatisfacción es la proporción observada p_i , es decir, el cociente entre las mujeres con necesidades insatisfechas y el total de mujeres en la observación k ,

$$p_i = \text{Sum}(X_i) / n$$

La modelación de p_i no puede hacerse directamente ya que no cumple con un conjunto de supuestos y requerimientos estadísticos (Rodríguez, 1986), por lo que su modelación se hace mediante la siguiente transformación matemática:

$$w_i = \text{logito}(\hat{p}_i) = \log(p_i / (1-p_i))$$

Finalmente, el modelo de análisis se completa suponiendo que w_i sigue un modelo lineal de la forma

$$w_i = \beta_0 + \beta_1 * X_{1i} + \beta_2 * X_{2i} + \beta_3 * X_{3i} + \dots + \beta_{ki} * X_{ki} + e_i$$

en que los predictores X son variables indicatrices que reflejan características de las observaciones, y los coeficientes β_k representan el cambio en el logito (odds ratio) cuando el predictor X_k cambia en una unidad, que no es más que un riesgo relativo.

ii) Las covariables o predictores

En demografía, como en otras ciencias sociales, la formulación práctica de modelos siempre tiene como barrera la disponibilidad de informaciones que en teoría resultan vitales. En nuestro caso las barreras están definidas por las variables disponibles en el cuestionario individual de cada una de las encuestas.

El modelo incorpora 7 covariables: el tiempo, con 2 categorías: 1986 y 1991; las regiones de salud: con 8 categorías; la zona de residencia, 2 categorías: zona urbana y rural; el nivel de educación de la mujer, 4 categorías: ninguno, Primaria 1-4 años de educación; Primaria 5-8 y secundaria o más; la edad de la mujer, con 4 categorías: 15 a 20 años, 20 a 30, 30 a 40 y 40 a 50; el número de hijos vivos, con 4 categorías: menos de 2, 3 a 5 y 6 o más; y la situación conyugal de la mujer, con 3 categorías: actualmente casada o unida, no casada ni unida que lo estuvo alguna vez, y las solteras.

Estas covariables están relacionadas, por un lado, con el ciclo biológico de la mujer (su edad y el número de hijos vivos), y por tanto actúan como controles demográficos; por otro lado, con factores sociales y económicos (la educación, y el estado conyugal), y con áreas geográficas (zona de residencia y regiones de salud), por lo que se encuentran muy asociadas con las posibilidades de la mujer de acceder a métodos anticonceptivos que le permitan tener el número de hijos que desean y en el momento que estiman conveniente.

No obstante, el modelo que se utilizó puede considerarse un "modelo incompleto", porque factores muy importantes en el comportamiento de la insatisfacción, tal como la disponibilidad y oferta de servicios, no se incluyen en el mismo¹⁰. Esta variable es muy importante en los contrastes espaciales, es decir entre las regiones de salud y entre las zonas urbana y rural, por lo que diferencias observadas a este nivel pueden ser debidas a diferencias en la oferta de servicios. Suponemos que su ausencia en el modelo no afecta en gran medida las diferencias observadas a nivel de las demás covariables consideradas, es decir, que los diferentes niveles de insatisfacción observados a nivel de los grupos de edades, de los niveles de educación, del número de hijos y del estado conyugal, no se ven afectados significativamente por la ausencia de esta variable en el modelo. Un determinante fundamental en el uso de anticonceptivos, el conocimiento de anticonceptivos, no se incluye en el modelo debido a la universalidad de este conocimiento en los diferentes sectores y grupos sociales de la República Dominicana.

iii) Método de estimación

La estimación de los parámetros del modelo se realiza maximizando la "verosimilitud"¹¹ utilizando para ello el método de mínimos cuadrados iterativamente ponderados, implementado en programas estadísticos de procesamiento de datos como el GLIM (Generalised Lineal Interative Modelling), utilizado en este trabajo en los aspectos concernientes a estimación de los parámetros del modelo. La preparación previa de las matrices antes de pasar a ajustar el modelo mediante el GLIM se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Science).

B. Resultados

A la luz del análisis de la devianza el modelo con las 7 covariables presenta un buen ajuste. Todas las variables consideradas presentan reducciones altamente significativas en la devianza. En el Cuadro 7.1 se presentan los parámetros estimados (aditivos) con su correspondiente prueba de significación estadística. En las últimas columnas se presentan los efectos multiplicativos (riesgos) que resultan de la transformación, mediante exponenciación, de los parámetros del modelo. El efecto bruto resulta cuando se considera cada variable por separado, y el efecto neto, controlando todas las demás variables.

¹⁰ Las informaciones sobre disponibilidad y oferta de servicios no estaban disponibles al momento de la realización de este trabajo, pero posteriormente se podrá disponer de las mismas ya que actualmente se están recolectando en República Dominicana.

¹¹ La verosimilitud es una medida de la probabilidad de obtener un conjunto de observaciones dados los parámetros, pero mirada en función de los parámetros una vez obtenidas las informaciones.

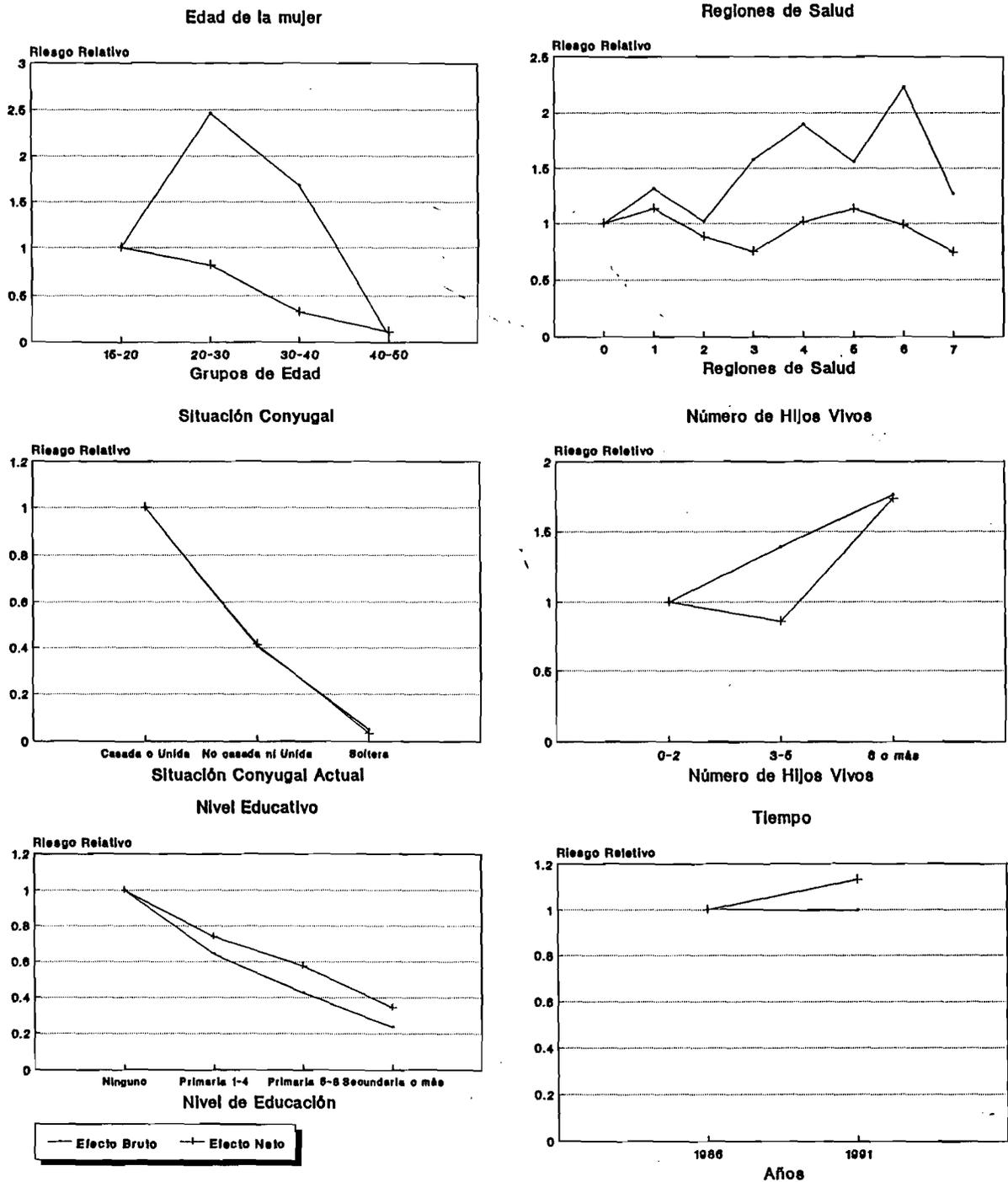
Cuadro 6.1. Estimación de los parámetros del modelo, prueba de significación Estadística y riesgos neto y bruto de los factores.

Factores de riesgo	Parámetro Estimado	T de Student	Significación Estadística	Riesgo Relativo	Relativo (Bruto)
<u>Año</u>					
1986	-0.360	-	-	1.000	1.000
1991	0.126	-2.713	Altamente Significativo	1.135	0.999
<u>Regiones de Salud</u>					
Región 0	-0.360	-	-	1.000	1.000
Región 1	-0.128	-1.048	No Significativo	0.880	1.316
Región 2	-0.294	-3.586	Altamente Significativo	0.745	1.019
Región 3	0.110	0.113	No Significativo	1.011	1.576
Región 4	0.125	1.014	"	1.133	1.894
Región 5	-0.017	-0.189	"	0.983	1.560
Región 6	0.096	0.865	"	1.100	2.231
Región 7	-0.300	-2.067	Altamente Significativo	0.741	1.270
<u>Zona de Residencia</u>					
Urbana	-0.360	-	-	1.000	1.000
Rural	0.348	5.639	Altamente Significativo	1.416	2.032
<u>Edad de la mujer</u>					
15-19	-0.360	-	-	1.000	1.000
20-29	-0.198	-2.245	Altamente Significativo	0.820	2.458
30-39	-1.113	-10.555	"	0.328	1.675
40-49	-2.137	-15.462	"	0.118	0.824
<u>Número de Hijos Vivos</u>					
0-2	-0.360	-	-	1.000	1.000
3-5	-0.152	-2.186	Altamente Significativo	0.859	1.392
6 y Más	0.549	5.106	"	1.731	1.761
<u>Nivel de Educación</u>					
Ninguno	-0.360	-	-	1.000	1.000
Primaria 1-4	-0.303	-3.108	Altamente Significativo	0.738	0.640
Primaria 5-8	-0.551	-5.524	"	0.576	0.427
Secundaria/Universit.	-1.068	-9.469	"	0.344	0.235
<u>Situación Conyugal</u>					
Actualmente en unión	-0.360	-	-	1.000	1.000
Alguna vez en unión	-0.885	-10.538	Altamente Significativo	0.413	0.405
Soltera	-3.389	-22.544	"	0.033	0.051

Nota: La categoría en negritas corresponde a la categoría de referencia de la comparación.

Gráfico 6.1

Factores de riesgo de las necesidades insatisfechas



Fuente: Cuadro 6.1

Aunque en términos brutos no se presentó cambio a través del tiempo en el porcentaje de insatisfechas para el país, realmente ha ocurrido un aumento estadísticamente significativo en los últimos 5 años (ver Cuadro 6.1 y Gráfico 6.1). El riesgo de estar insatisfecha ha aumentado en un 13 por ciento en el año 1991, lo cual equivale a decir que el porcentaje de insatisfechas es realmente mayor que en el 1986. No se observaron diferencias en términos brutos porque dicha diferencia era asimilada por el mejoramiento en otros factores de riesgo.

Cuando analizamos el efecto neto de las regiones de salud no se observan contrastes tan notables como cuando se observa el efecto de cada región sin controlar el efecto de las demás variables. Las únicas regiones que presentan diferencias altamente significativas con la Región 0, región tomada como categoría de referencia. El riesgo que tienen las mujeres de estas regiones de tener necesidades insatisfechas es casi un 25 por ciento menor que la Región 0. Las demás regiones de salud no presentan diferencias significativas con esta región de referencia.

Las zonas de residencia urbana y rural muestran contrastes muy significativos. Las mujeres de la zona rural tienen riesgo relativo un 45 por ciento mayor que las mujeres que habitan en la zona urbana.

Las diferencias mostradas a nivel de las áreas geográficas, es decir entre las regiones 2 y 7 y la Región 0, y entre la zona rural con relación a la urbana, pueden buscarse en variables no contenidas en el modelo. Aquí podríamos hipotetizar sobre algunas variables que pueden originar estos contrastes, como son la disponibilidad y oferta de servicios, así como las facilidades de adquisición de los anticonceptivos.

Los contrastes más notables se presentan a través de la edad de la mujer. A medida que aumenta la edad el riesgo de que la mujer esté insatisfecha de métodos de planificación familiar se reduce notablemente, con diferencias altamente significativas. Para el grupo de mujeres de 40 a 50 años de edad el riesgo de estar insatisfecha es menos de un 12 por ciento del riesgo que tienen las mujeres de 15 a 20 años.

Sin embargo, este último resultado hay que mirarlo con cautela ya que hay un elemento que no ha sido controlado en este modelo, mencionado anteriormente en este trabajo, que podría estar provocando esta diferencia. Nos referimos al número de mujeres expuestas a riesgo en cada grupo de edad, que se reduce a medida que aumenta la edad de la mujer. De manera que estas diferencias hay que tomarlas como hipótesis de trabajo, para cuando se elaboren modelos más sofisticados que tomen en cuenta la diferente composición de las mujeres de acuerdo a su grado de exposición al riesgo de embarazarse.

El riesgo de tener necesidades insatisfechas presenta diferencias notables dependiendo del número de hijos vivos que tenga la mujer, pero este riesgo no se comporta en forma lineal. Cuando comparamos las mujeres que tienen de 6 o más hijos con las mujeres que tienen 2 o menos resulta que las primeras tienen un riesgo significativamente

mayor. Sin embargo cuando se hace la comparación con las mujeres que tienen 3-5 hijos resulta que el riesgo se hace significativamente menor.

Para ubicar este último resultado en su justa dimensión, debe tenerse presente que el modelo que se ha diseñado no toma en consideración el tipo de necesidad que tienen las mujeres, y precisamente cuando las mujeres tienen 3-5 hijos se encuentra la cola inferior de la distribución de las espaciadoras, y sigue su aumento progresivo la distribución de las limitadoras (ver Gráfico 3.2).

El riesgo de que la mujer esté insatisfecha se muestra significativamente asociado con su nivel de educación. A medida que aumenta el nivel de educación se reduce el riesgo de tener insatisfecha sus necesidades de métodos de planificación familiar. Las mujeres con educación secundaria o universitaria tienen un riesgo que es apenas un 34 por ciento del riesgo que tienen las mujeres sin educación.

Contrastes muy notables se presentan cuando se analizan las diferencias de acuerdo a la situación conyugal de la mujer. El mayor riesgo de estar insatisfechas lo tienen las mujeres actualmente casadas o unidas. Las mujeres que estuvieron alguna vez casadas o unidas presentan un riesgo que es un 45 por ciento del riesgo de las primeras; ya para las mujeres que nunca han estado casadas o unidas (solteras) el riesgo de estar insatisfechas es apenas un 3 por ciento del riesgo del que atraviesan las mujeres actualmente en unión. Al igual que con otras variables anteriores, este resultado hay que tomarlo con cautela ya que todas las mujeres casadas o unidas se consideran expuestas a las relaciones sexuales, mientras que en el grupo de no unidas se incluye una cantidad considerable de mujeres no expuestas.

A la luz de los resultados obtenidos se pueden realizar algunas sugerencias muy importantes para el diseño futuro de modelos similares. En primer lugar, los modelos que se diseñen tendentes a analizar las necesidades insatisfechas de métodos de planificación familiar, deben ajustarse discriminando por el tipo de necesidad que se presenta -postergar y limitar- ya que el tipo de insatisfacción mantiene un comportamiento diferencial en las diferentes categorías de muchas de las covariables. En segundo lugar, los modelos que se ajusten deben considerar las diferencias que se presentan en las categorías de comparación, en el porcentaje de mujeres no expuestas a riesgo, es decir de las mujeres solteras no expuestas y de las infértiles.

Capítulo 7. Estimaciones de la Demanda Total de Métodos de Planificación Familiar

En 1991 aproximadamente la mitad de las mujeres dominicanas en edad fértil eran demandantes -actuales o potenciales- de métodos de planificación familiar (véase Cuadro 3.2). A nivel de las regiones de salud los niveles de demanda se mantienen en general muy próximos al nivel nacional, verificándose el nivel inferior en la Región 0 (cerca de 47 por ciento) y los mayores niveles en la Región 7 (aproximadamente 57 por ciento).

En República Dominicana, tanto en el año 1986 como en el 1991, las mujeres en edad fértil demandaban principalmente métodos para limitar la descendencia, situación que se presentaba en todas las regiones de salud (véase Gráfico 7.1). En el año 1991 se produjo un incremento en la demanda total de métodos anticonceptivos en todas las regiones, verificándose los mayores incrementos en la Región 2, en la que prevalecía la menor proporción de demandantes de métodos en el año 1986.

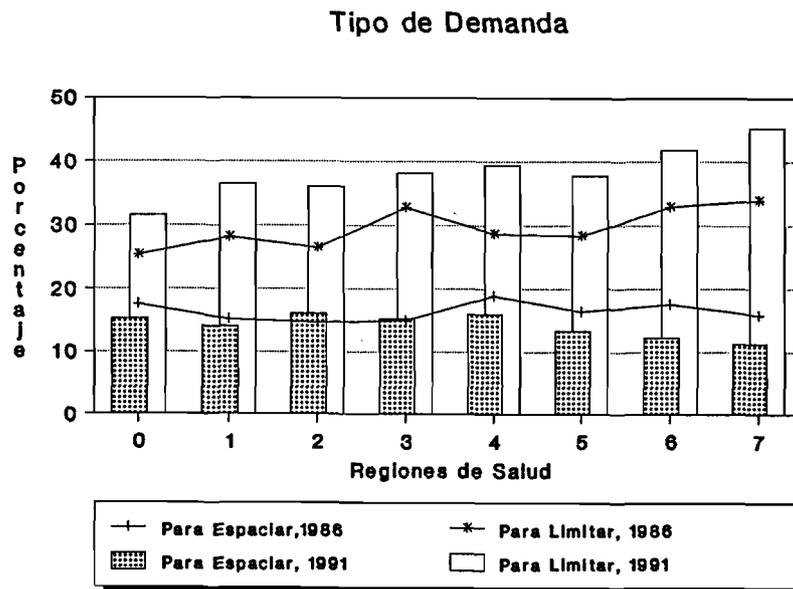
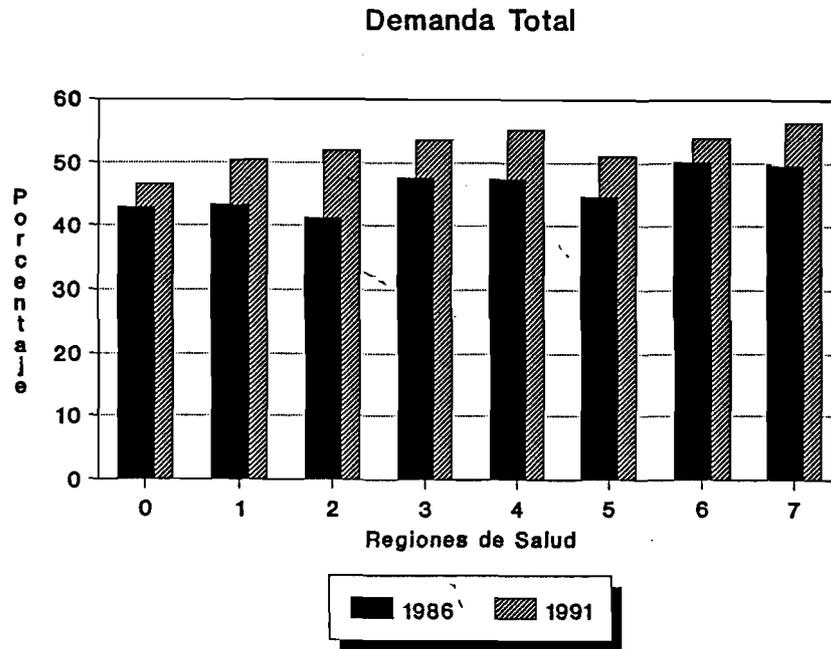
El incremento ocurrido en la demanda total se ha producido realmente en la demanda de métodos para limitar la descendencia, ya que todas las regiones de salud, excepto las 2 y 3, registraron una reducción en la demanda para espaciar los nacimientos. Incluso en estas dos últimas regiones el incremento registrado en la demanda de métodos para limitar la descendencia supera ampliamente al registrado con la finalidad de postergar los embarazos.

Esta característica del aumento en la demanda total ha producido que se amplíen las diferencias en el tipo de métodos que demandan las mujeres, llegando en algunas regiones la demanda de métodos para limitar la prole a triplicar la demanda para postergar los nacimientos.

La demanda total de métodos de planificación se distribuye en forma aproximadamente "normal" a través de las diferentes edades de la mujer, con una mayor concentración en las edades 30-35 y 35-40 años, en que alcanza niveles de 73.1 y 74.7 por ciento, respectivamente. Sin embargo, el tipo de demanda que tienen las mujeres presenta efectos muy diferenciales a lo largo de su ciclo de vida fértil. Según se observa en el Gráfico 7.2, la demanda para espaciar los nacimientos se concentra en mujeres jóvenes, principalmente menores de 30 años, situación que se invierte en el caso de la demanda para limitar los nacimientos, la cual se convierte prácticamente en la demanda total para mujeres de más de dicha edad.

Otra variable que muestra una asociación muy estrecha con la demanda total, y -al igual que la edad- definitoria del tipo de demanda, es el número de hijos vivos que tiene la mujer. En aquéllas que no tienen hijos vivos, lógicamente, prevalece la demanda para postergar o espaciar el primer nacimiento. Para las que tienen un hijo vivo, todavía prevalece la demanda para postergar el nacimiento del segundo; sin embargo, ya cuando

Grafico 7.1
 Evolucion de la Demanda Total y por Tipo
 segun Regiones de Salud. 1986-1991

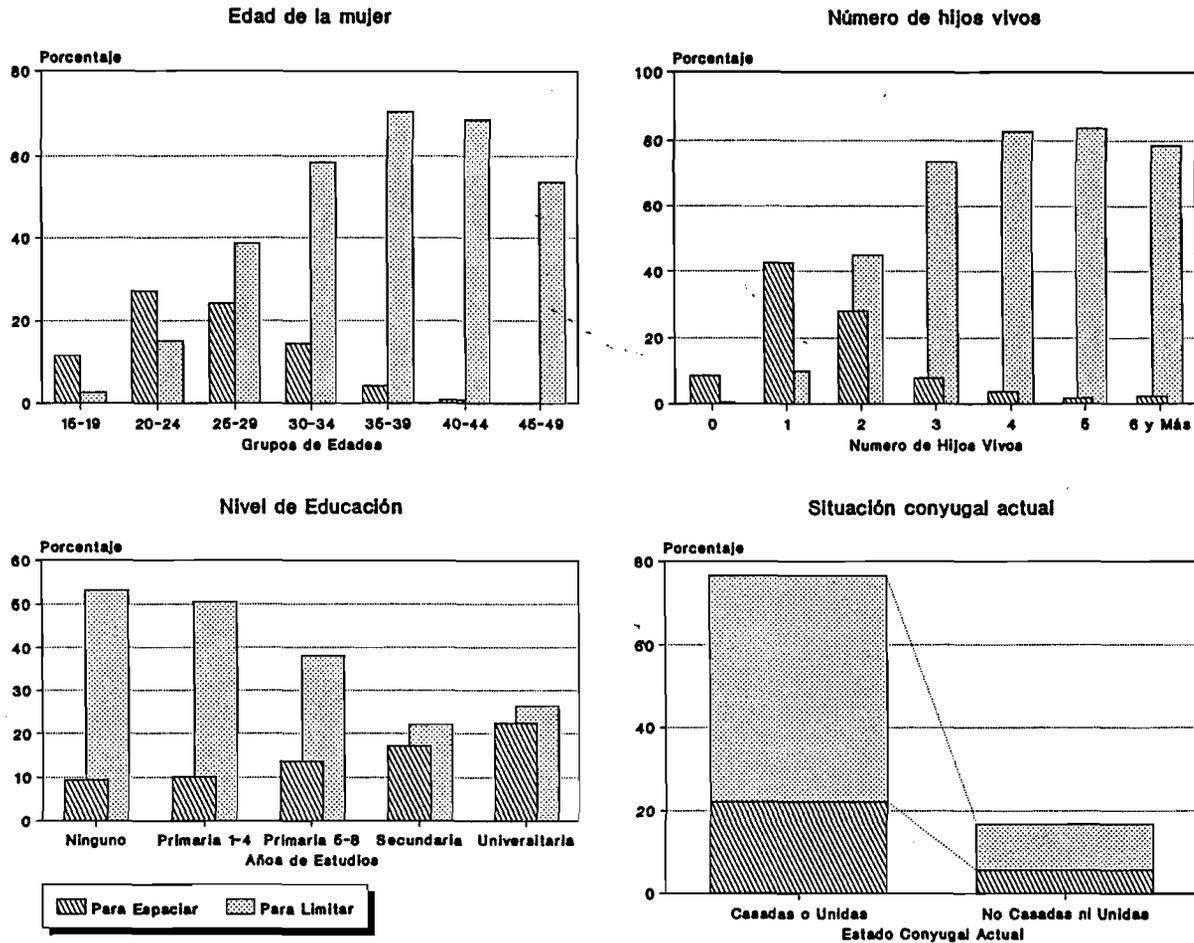


Fuente: Cuadro 3.2

Cuadro 7.1. Demanda de métodos de planificación familiar, por tipo de demanda y zona de residencia, según variables sociodemográficas seleccionadas. 1991 (porcentajes con relación a las mujeres en edad fértil)

Variables	Demanda Total			Demanda para Postergar			Demanda para Limitar		
	Urbano	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total
Grupos de edades									
15-19	11.2	21.1	14.4	8.7	18.0	11.7	2.5	3.2	2.7
20-24	39.0	49.4	42.2	26.2	29.1	27.1	12.8	20.3	15.1
25-29	58.4	71.9	62.6	25.0	22.0	24.1	33.4	49.8	38.5
30-34	69.2	82.3	73.1	16.8	8.8	14.5	52.4	73.5	58.6
35-39	73.1	78.1	74.7	4.4	3.9	4.2	68.7	74.2	70.4
40-44	68.4	72.3	69.6	0.5	2.3	1.0	68.0	70.0	68.6
45-49	57.4	48.2	53.7	0.1	0.0	0.1	57.3	48.2	53.7
Hijos Vivos									
Ninguno	8.1	12.4	9.2	7.7	10.8	8.5	0.4	1.6	0.7
1	53.0	51.4	52.5	43.3	41.0	42.6	9.7	10.3	9.9
2	73.4	72.2	73.1	25.9	34.2	28.1	47.5	38.0	45.0
3	81.9	79.9	81.3	7.2	9.0	7.8	74.7	70.8	73.5
4	86.7	86.1	86.5	2.2	6.9	3.8	84.5	79.2	82.7
5	87.3	83.2	85.2	0.6	2.8	1.7	86.8	80.4	83.5
6 o Más	79.7	81.8	80.9	0.0	4.0	2.3	79.7	77.8	78.6
Nivel de Educación									
Ninguno	60.3	64.3	62.6	10.8	8.4	9.4	49.6	55.9	53.2
Primaria 1-4	58.1	63.3	60.7	8.7	11.5	10.1	49.4	51.8	50.6
Primaria 5-8	50.9	53.6	51.9	11.1	18.5	13.7	39.8	35.1	38.1
Secundaria	39.0	41.4	39.5	16.7	19.8	17.3	22.3	21.6	22.1
Universitaria	48.5	54.0	48.8	22.4	22.6	22.4	26.1	31.4	26.5
Situación Conyugal									
Casada o unida	77.4	75.5	76.7	23.8	19.4	22.2	53.6	56.2	54.6
No casada ni unida	16.3	18.2	16.7	4.9	7.9	5.6	11.4	10.3	11.1
Total	47.7	55.7	50.2	14.6	15.4	14.8	33.1	40.3	35.4

Gráfico 7.2
Demanda de Métodos Anticonceptivos
por Tipo de Demanda, según variables. 1991



Fuente: Cuadro 7.1

se tienen dos hijos las mujeres demandantes de métodos lo están haciendo fundamentalmente para evitar el nacimiento de un próximo hijo. Las mujeres que tienen 3 o más hijos prácticamente demandan sólo métodos para limitar su descendencia.

Observando el comportamiento de la demanda total de métodos de acuerdo a la educación de la mujer nos damos cuenta que las mujeres de menor nivel educativo son relativamente mayores demandantes que las mujeres más instruidas y que, aunque en todos los niveles de educación prevalece la demanda para limitar la descendencia, las diferencias en el tipo de demanda son más marcadas en las mujeres no instruidas. Este comportamiento se debe, en parte, a que las mujeres de mayores niveles de instrucción son generalmente mujeres más jóvenes, y ya vimos anteriormente que estas últimas demandan menos métodos para limitar la descendencia.

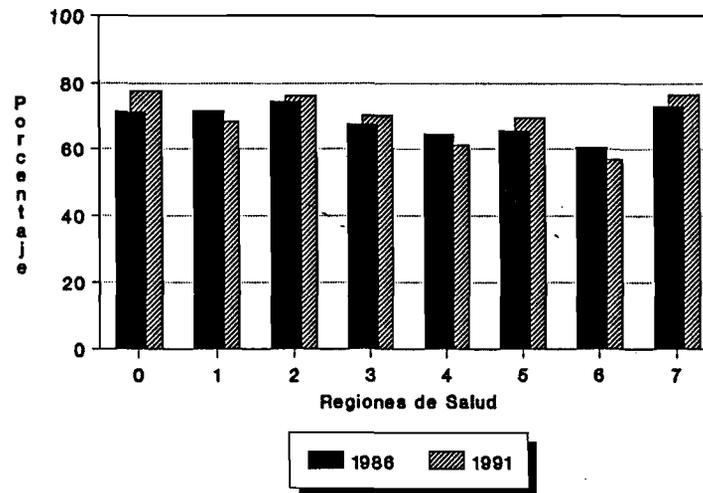
Una diferencia muy notable es la mostrada en la demanda total entre mujeres actualmente casadas o unidas y mujeres que no están en ese estado conyugal. Más de las tres cuartas partes de las mujeres en el primer grupo demandan métodos de planificación familiar ya sea para postergar o limitar la descendencia. En el grupo de no casadas ni unidas esta proporción no llega a 17 por ciento. Sin embargo, esta comparación hay que mirarla con cautela, ya que el porcentaje de mujeres no expuestas es diferente de acuerdo a la situación conyugal de la mujer; todas las mujeres en unión se consideran expuestas, mientras que en el grupo de mujeres no unidas, un alto porcentaje no demanda métodos simplemente porque no los necesita.

Según vimos anteriormente, la demanda total de métodos anticonceptivos no presenta grandes diferencias a nivel de las áreas geográficas. Sin embargo, cuando pasamos a analizar el porcentaje de esta demanda que se encuentra satisfecha, las diferencias entre las áreas geográficas muestran contrastes más notables. Según se observa (Gráfico 7.3), los mayores porcentajes de demanda satisfecha se encuentran en las regiones 0, 2 y 7, con más de 75 por ciento, las cuales han registrado aumentos con relación al año 1986, y los menores niveles se encuentran en las regiones 1, 4 y 6, en las que se registró una disminución.

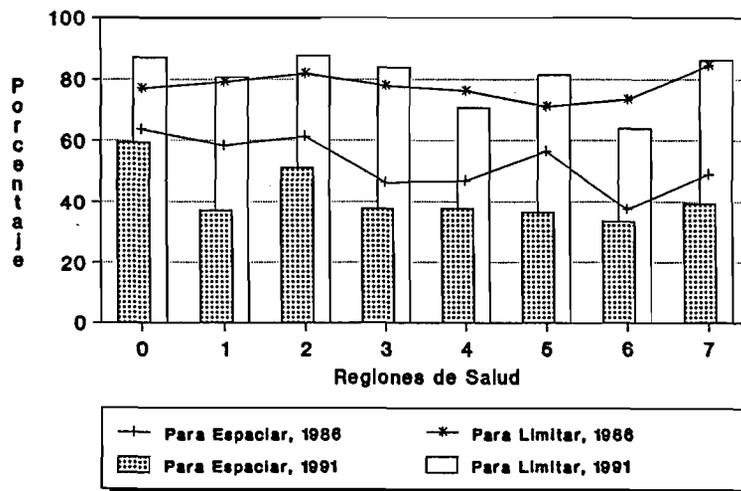
Al analizar el porcentaje de demanda que está siendo satisfecha de acuerdo al tipo de demanda (limitar o postergar) las diferencias tienden a hacerse más notorias. El porcentaje de demanda satisfecha para limitar la descendencia se mantiene mucho más elevado que el porcentaje de demanda satisfecha para postergar los nacimientos, fenómeno que se presenta sin excepciones en todas las regiones de salud. En los últimos 5 años entre las regiones de salud se registraron cambios en diferentes direcciones en el porcentaje de demanda satisfecha de cada tipo de demanda. Cuando se trata de la demanda satisfecha para postergar o espaciar los nacimientos, dicho porcentaje muestra reducciones en todas las regiones. Lo contrario ocurre cuando se trata de la demanda para limitar la descendencia -en todo caso mucho más elevado que el porcentaje para espaciar- que muestra aumentos en todas las regiones, excepto en las regiones 4 y 6, que disfrutaban de los menores porcentajes.

Gráfico 7.3
Porcentaje de Demanda Satisfecha, Total y Por Tipo,
según Regiones de Salud, 1986 y 1991

Demanda Total

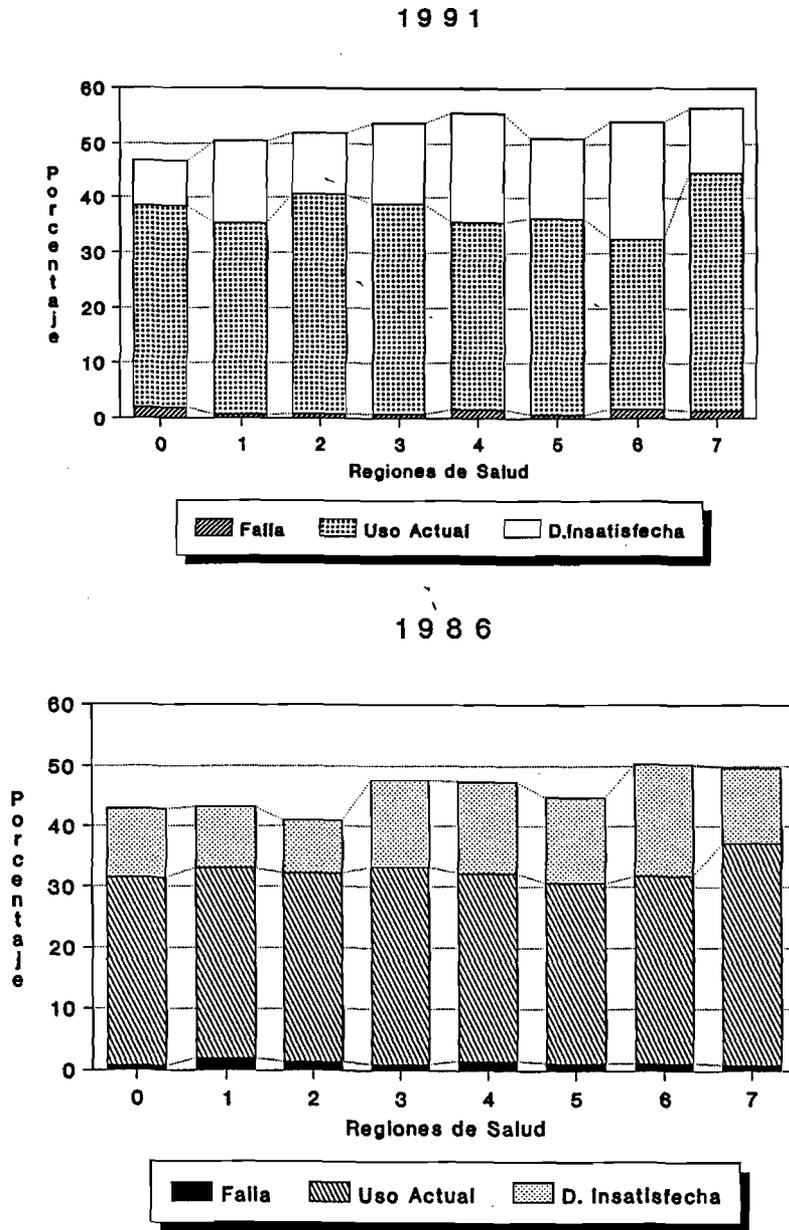


Tipo de Demanda



Fuente: Cuadro 3.2

Grafico 7.4
 Composicion de la Demanda Total, 1986 y 1991



Fuente: Cuadro 3.1 y 3.2

En el Gráfico 7.4 se presenta la composición de la demanda total de métodos anticonceptivos, que contiene la demanda satisfecha -usuarias actuales y las embarazadas y amenorreicas que les falló el método- y la demanda insatisfecha. Según se observa, la demanda satisfecha está constituida fundamentalmente por las usuarias actuales de métodos. Las embarazadas a amenorreicas cuyo embarazo fué producto de una falla del método que estaban utilizando, mantienen un peso relativo reducido dentro de la demanda total.

Analizando el tipo de métodos que estaban utilizando las mujeres dominicanas en 1986 y 1991 (Cuadro 7.2), se observa que la esterilización femenina sigue siendo el método de mayor prevalencia. En el 1991 siete de cada diez usuarias de métodos estaban esterilizadas.

Cuadro 7.2. Prevalencia de métodos anticonceptivos, según métodos específicos. 1986 y 1991

Métodos	Porcentaje	
	1986	1991
Cualquier método	31.0	36.8
Píldora	5.4	6.1
Dispositivo intrauterino (DIU)	2.0	1.3
Condón	0.8	0.8
Esterilización femenina	20.7	25.4
Ritmo o abstinencia periódica	0.7	1.3
Retiro	0.9	1.4
Otros	0.5	0.5

Durante los últimos 5 años se ha incrementado la prevalencia de la esterilización, método para limitar la descendencia, en un porcentaje mucho mayor que el ocurrido en la prevalencia de las pastillas o píldoras y de algunos otros métodos, utilizados principalmente para espaciar los nacimientos, lo cual sostiene los resultados expuestos en párrafos anteriores con relación al porcentaje de demanda satisfecha dentro de cada tipo-de demanda.

Capítulo 8. Conclusiones y Recomendaciones

A. Conclusiones

La demanda total de métodos de planificación ha aumentado en estos últimos 5 años abarcando a más del 50 por ciento de las mujeres en edad fértil de República Dominicana. Durante dicho período el tipo de métodos que demandan las mujeres para planificar su familia cambió relativamente cuando más mujeres pasaron a demandar métodos para limitar su descendencia que para espaciar el nacimiento de sus hijos. El tipo de métodos que se demanda, y la cantidad de mujeres demandantes, cambia notablemente a medida que aumenta la edad de la mujer, su número de hijos, y su nivel educativo y su situación conyugal.

Contenidas en la demanda total se encuentran más de 220 mil mujeres con necesidades insatisfechas de planificar su familia (12 por ciento del total de mujeres en edad fértil del país). Estas son mujeres que no desean quedar embarazadas en estos momentos, a pesar de que están biológicamente aptas para quedar embarazadas y expuestas al riesgo, y no están utilizando métodos anticonceptivos para evitarlo. Este conjunto de mujeres constituyen una demanda potencial, que debe estar presente en los propósitos de los programas de planificación familiar en existencia o que se diseñen para el futuro.

Más de la cuarta parte de estas mujeres con necesidades insatisfechas se pueden localizar en la ciudad de Santo Domingo, ciudad que contiene casi la mitad de las mujeres en edad fértil de todo el país. La mayoría de ellas tienen simpatía hacia la regulación de su fecundidad, a pesar de que dejan manifiesta una necesidad insatisfecha de informaciones, mensajes y métodos, sobre planificación familiar.

Estos resultados fueron obtenidos mediante la utilización de una metodología que incluye a todas las mujeres en edad fértil de la población. Dicho modelo, a pesar de que incluye un conjunto de mujeres que se supone no declaran correctamente las informaciones básicas requeridas, se manifiesta como adecuado para ser aplicado en países que disponen de encuestas similares a la República Dominicana; sin embargo hay que tener cuidado en el análisis de las diferencias entre categorías ya que a medida que contengan diferentes proporciones de mujeres solteras no expuestas podrían reflejar diferencias inciertas en las comparaciones.

B. Recomendaciones

Los programas de planificación a cargo de instituciones públicas y privadas de la República Dominicana deben implementar estrategias tendentes a reducir el número de mujeres con necesidades insatisfechas de métodos para planificar la familia, como medio de universalizar el derecho de cada pareja de tener el número de hijos que desean y en el momento en que estiman conveniente.

Primeramente, para implementar cualquier estrategia se deben disponer o gestionar los recursos necesarios para incorporar a más de 200 mil nuevas usuarias al mercado de la planificación familiar. La formulación de un proyecto a ser presentado a instituciones financieras internacionales puede ser la vía para canalizar dichos recursos.

Como parte de la estrategia, a corto plazo, se deben incluir hacer llegar mensajes de planificación familiar a los lugares donde se encuentran localizadas las mujeres con necesidades insatisfechas. Mensajes que, en primer lugar, motiven a las mujeres sobre las ventajas de planificar su familia, informando a su vez de los métodos que pueden utilizar, con indicaciones sobre los lugares dónde los puedan conseguir sin mucho esfuerzo. En segundo lugar, que tiendan a eliminar los prejuicios y concepciones equivocadas que tienen las mujeres sobre los efectos nocivos que pueden provocar sobre su salud los métodos de planificación familiar, y que contribuyan a educar a la mujer en cuanto al comportamiento de su propio ciclo reproductivo, de manera que puedan entender en qué edad, en cuales circunstancias, o en cuáles momentos no están expuestas al riesgo de concebir un embarazo, por lo que no están en necesidad de utilizar métodos anticonceptivos.

A corto plazo se deben realizar estudios sobre los determinantes socioeconómicos y demográficos del uso de anticonceptivos, o de las covariables o factores de riesgos de que las mujeres presenten insatisfacción, para el diseño de programas y políticas que a mediano y largo plazo influyan en forma positiva sobre el comportamiento de dichos factores. En este aspecto, el modelo que incorporamos en este trabajo puede ser un buen punto de partida, ya que el mismo puede ser mejorado en su formulación considerando los resultados obtenidos, y que puede completarse a la luz de las nuevas informaciones sobre oferta y demanda de servicios que se están recogiendo en República Dominicana.

Referencias Bibliográficas

- Asociación Dominicana pro-Bienestar de la Familia (PROFAMILIA). (1989). "Estudio de Demanda no satisfecha y Oferta de Servicios de Planificación familiar en la República Dominicana". Santo Domingo.
- Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA). (1976). Encuesta Nacional de Fecundidad. Informe General. Santo Domingo.
- Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA) y Demographic and Health Surveys (DHS). (1987). Encuesta Demográfica y de Salud DHS-1986. Santo Domingo. 1987.
- DeGraff, Deborah S. (1990). "An analysis of unmet need for contraception in Sri Lanka". Carolina Population Center, U.S.A. 17 p.
- DeGraff, Deborah S. y De Silva, Victor (1991). "Unmet need for contraception in Sri Lanka". En: International Family Planning Perspectives, 17(4):123-130.
- DHS. (1988). "Description of the Demographic and health Surveys Individual Recode Data File". Columbia, Maryland. 40 p.
- Faundes, Anibal; Hardy, Ellen. (1979). "Efectos demográficos y socioeconómicos del programa de planificación familiar en República Dominicana". En: Población y Desarrollo en América Latina, ed. Victor Urquidi y José Morelos. El Colegio de México, México. 1979. pp. 250-265.
- Guzmán, José Miguel. (1983). "Cada vez menos hijos: tendencias de la fecundidad en la República Dominicana, 1960-1980". En: Población y Sociedad (Seminario Nacional 1983). Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA), Santo Domingo. pp. 61-86.
- Instituto de Estudios de Población y Desarrollo (IEPD) y Otros. (1991). "República Dominicana. Encuesta Demográfica y de Salud". Informe preliminar. Santo Domingo.
- IPPF y otros. (1988). "International Conference on Better Health for Women and Children Through Family Planning: Recommendations for Action". En: Studies in Family Planning, 19(1):58-60.
- Nortman, Dorothy. (1983). "Medición de la necesidad insatisfecha de anticoncepción para espaciar y limitar los nacimientos". En: Perspectivas Internacionales de Planificación Familiar. Número especial de 1983. pp. 17-23.

- Oficina Nacional de Planificación (ONAPLAN) y otros. (1989). "República Dominicana: Estimaciones y proyecciones de población por regiones y subregiones de Planificación, según años calendario, sexo y edad. 1980-2000". San José. 94 p.
- Pichardo Muñiz, Arlette. (1986). "Mujer dominicana: hacia una explicación de las causas que han originado el descenso de su fecundidad". En: Estudios sobre la mujer: 2. salud, trabajo doméstico y participación social y política. Mexico, D.F.
- Ramírez, Nelson .(1983). "Planificación familiar, crecimiento demográfico y condiciones de vida en la República Dominicana: planteamientos para una política de población y desarrollo". Santo Domingo, 1983. 25 p.
- Ramírez Nelson (1989). "República Dominicana: Demanda y Oferta de Planificación Familiar. Resumen técnico". Santo Domingo. 36 p.
- Ramírez, Nelson. (1991). "República Dominicana: Implicaciones de los hallazgos de la DHS-86 para las políticas y programas de salud y planificación familiar". Santo Domingo, 1991.
- Rodríguez G., Germán. (1986). "Métodos Cuantitativos II. Segunda parte. Modelos estadísticos para el análisis de Datos Demográficos". (Manuscrito).
- Royal Statistical Society. (1986). "The Generalised Lineal Interactive Modelling System, Release 3.77"
- Tactuk, Pablo y otros. (1990). "Determinantes, niveles y tendencias de la fecundidad en la República Dominicana". Population Council, New York, N.Y.
- Westoff, Charles F. y Pebley, Anne R. (1981). "Alternative measures of unmet need for family Planning in Developing Countries". En: International Family Planning Perspectives, 7(4):126-136.
- Westoff, Charles F. (1988). "La demanda potencial de planificación familiar: nuevo computo de la necesidad insatisfecha y estimaciones para cinco países latinoamericanos". En: Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar. Número especial de 1988. pp. 2-11.
- Westoff, Charles F. y Ochoa, Luis Hernando. (1991) "Unmet Need and the Demand for Family Planning". Demographic and Health Surveys. Comparative Studies No. 5. Columbia, Maryland. 37 p.

Anexo 1. Mapa con las regionalización de la Secretaría de Salud Pública de la República Dominicana

REGIONALIZACION DE SALUD DE LA SESPAS



Anexo 2. Variables utilizadas y códigos en archivos de la DHS-1986 y ENDESA-1991 de República Dominicana.

Nombre de la Variable	Código en Archivo	
	<u>DHS-1986</u>	<u>DHS-1991</u>
. Factor de Ponderación Mujeres	V005	QWEIGHT
. Fecha de entrevista (en siglo mes)	V008	QINTC
. Edad en grupos quinquenales	V013	-
. Edad calculada de la entrevistada	-	Q104C
. Regiones de Salud	V101	QREGION
. Zona de residencia	V102	QTYPE
. Nivel de educación (años simples)	V133	-
. Nivel de educación (nivel)	-	Q106N
. Último curso aprobado (grado)	-	Q106G
. Número de hijos tenidos	V201	Q209
. Hijos tenidos en últimos 5 años	V208	CALENDARIO
. Hijos actualmente vivos	V218	CALCULADO
. Si está embarazada o no	V213	Q225
. Tiempo desde última menstruación	V215	Q234U y Q234N
. Fecha en que empezó a usar último método	V353	CALENDARIO
. Duración de uso del último método	V357	CALENDARIO
. Patrón de uso de métodos	V361	Q315 Y CALENDARIO
. Razón de discontinuación de métodos	XP6	CALENDARIO
. Planeamiento de la fecundidad	XP7	Q227 y Q403
. Si está amenorreica o no	V405	Q418 y CALENDARIO
. Estado conyugal actual	V501	Q501 y Q504
. Años desde el primer matrimonio o unión	V512	-
. Duración de la última unión	-	CALENDARIO
. Fecha de inicio de la última unión	-	CALENDARIO
. Frecuencia de las relaciones sexuales	V526	Q512
. Deseo de más hijos	V605	Q604U Y Q604N
. Número ideal de hijos	V613	Q624