

Distr.
RESTRINGIDA

LC/DEM/R.195
Serie OI, N° 89
7 de julio de 1993

ORIGINAL: ESPAÑOL

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

Antonio Morillo Pérez
Oficina Nacional de Planificación
(ONAPLAN)

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

Las opiniones que se expresan en este documento son de exclusiva responsabilidad de su autor y pueden no coincidir con las de la Organización.

INDICE

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo I Antecedentes y justificación	3
Capítulo II Aspectos metodológicos	5
A. Medición de la demanda total y de las necesidades insatisfechas	5
B. Los datos	8
Capítulo III Estimación de las necesidades insatisfechas o demanda potencial de métodos de planificación familiar	9
Capítulo IV Caracterización de las mujeres con necesidades insatisfechas, 1991	17
A. Localización geográfica	17
B. Composición socioeconómica y demográfica	19
C. Situación frente a la planificación familiar	20
Capítulo V Proyección de la mujeres con necesidades insatisfechas, 1992-1995	25
Capítulo VI Factores asociados con las necesidades insatisfechas	27
A. El modelo de análisis multivariado	27
B. Resultados	29
Capítulo VII Estimaciones de la demanda total de métodos de planificación familiar	33
Capítulo VIII Conclusiones y recomendaciones	39
A. Conclusiones	39
B. Recomendaciones	39
Referencias bibliográficas	41

PRESENTACION

Uno de los objetivos básicos del Programa de Encuestas Demográficas y de Salud (Demographic and Health Surveys-DHS) es promover la utilización en profundidad de los datos recolectados en las encuestas, más allá de lo contenido en el informe principal de resultados. Otro objetivo relevante está en la capacitación individual e institucional para la realización y utilización de este tipo de encuestas.

Es en este contexto que el Programa DHS, durante su segunda fase, ha establecido un programa de Talleres Regionales de Análisis, con el propósito de reunir a investigadores de aquellos países que han realizado encuestas DHS. Durante tales talleres, los investigadores participantes trabajan, en estrecha colaboración con el personal de planta de la DHS y de instituciones copatrocinadoras, en el análisis de los datos de dichas encuestas y, eventualmente, con otros datos comparables del mismo país. Los participantes son puestos al día en nuevas técnicas de análisis y en aspectos relevantes del procesamiento de datos y son también orientados hacia la producción de informes de resultados que puedan servir en el diseño de políticas de población y de salud y proporcionar información útil para la formulación de estrategias y conducción de programas. Cada taller tiene una duración aproximada de ocho semanas y se realiza en la región respectiva.

El primer Taller Regional de Análisis, para América Latina, fue copatrocinado por el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) y su tema general fue «La Planificación Familiar: Situación Actual y Perspectivas Futuras». En él participaron diez investigadores de seis países latinoamericanos: Hugo Torrez, de Bolivia; Inês Quental, de Brasil; Myriam Ordóñez y Magda Ruiz, de Colombia, Rafael Haeussler, de Guatemala; Gloria Loza, Genara Rivera y Guillermo Vallenas, de Perú, y Clara Báez y Antonio Morillo de la República Dominicana. El taller tuvo lugar en la Sede del CELADE en Santiago de Chile, entre enero y marzo de 1992. La presente publicación corresponde a uno de los nueve trabajos elaborados en este Taller.

Las actividades preparatorias fueron responsabilidad de Shea Oscar Rutstein, Director Adjunto para Análisis del Programa DHS, que además colaboró durante el Taller, y de Dirk Jaspers Faijer, Secretario Docente del CELADE. Por su parte, la coordinación de su realización estuvo a cargo de José Miguel Guzmán, también del CELADE. Ellos son, en gran medida, responsables de su exitosa conclusión, para cuyo efecto contaron con la valiosa asistencia de Alberto Marckwardt, del programa DHS y de Germán Rodríguez, de la Universidad de Princeton. En el procesamiento de los datos se contó con el apoyo de Mauricio Fodic y Julio Ortúzar, de SERPRO, y de Juan Carlos Sotomayor y Jorge Balzo, del CELADE.

Reynaldo J. Bajraj
Director
Centro Latinoamericano de Demografía

Martin Vaessen
Project Director
Demographic and Health Surveys

RESUMEN

Este documento analiza, con información obtenida de las encuestas demográficas y de salud de 1986 y 1991, la demanda total y la demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar en la República Dominicana. Para tal efecto, se ha utilizado 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 demanda insatisfecha y aquellas embarazadas por falla en el uso del método.

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

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

En 1991, existían en todo el territorio nacional más de 220 mil mujeres con demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar, más de la cuarta parte de ellas localizadas en la ciudad de Santo Domingo. Este conjunto de mujeres, a pesar de no estar utilizando métodos anticonceptivos, mantiene una actitud positiva hacia la planificación de la familia, pero, según indican los resultados, necesita informaciones, mensajes y métodos de planificación familiar, que les permitan entender la utilidad de la planificación familiar, conocer más su propio ciclo reproductivo, y que les eliminen un conjunto de conceptos errados que se difunden en la población.

INTRODUCCION

La Conferencia Mundial de Población celebrada en Bucarest en 1970 establece como un principio ineludible el derecho de las mujeres a tener el número de hijos que desean y en el momento que consideren conveniente. En este principio, acogido por los países participantes, está implícito que la población debe disponer en forma oportuna de métodos anticonceptivos que le permitan regular su fecundidad.

El logro de estos objetivos dependerá de 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 de aquellas que necesitan métodos para regular su fecundidad, pero que, por diversas razones, no los están utilizando, constituye un elemento fundamental para que los programas de planificación familiar puedan evaluar y reorientar adecuadamente sus estrategias.

En este trabajo se realiza, para la República Dominicana, un estudio de la demanda insatisfecha 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 con demanda insatisfecha de anticonceptivos a finales de 1991, cuantificando su magnitud, identificándolas geográfica y sociodemográficamente, y también haciendo una reseña sobre su situación pasada y sus perspectivas futuras con relación a la adopción de métodos de planificación familiar.

Se elaboran proyecciones de las mujeres con demanda insatisfecha, para mediados de cada uno de los años 1992, 1993 y 1995, tomando como base las proyecciones oficiales de población del país, y se hace 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 determinar la demanda insatisfecha 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 la información disponible en las encuestas citadas *supra*.

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 les permitan tomar decisiones informadas y encaminadas a alcanzar las metas establecidas en materia de fecundidad y salud materno-infantil.

CAPITULO I

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION

La 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 observado a principios de la década de 1960, a 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 el hecho de que las mujeres tengan una menor cantidad de hijos, y en edades en que se encuentran biológicamente más aptas para dar a luz, contribuye a reducir la mortalidad materno-infantil.

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 de la Encuesta Mundial de Fecundidad (EMF), la 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, los mayores niveles de educación y de incorporación a la actividad económica de las mujeres (Tactuk, 1990; Guzmán, 1983) y 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 tal manera, 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 en unión (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 eran nacimientos no deseados, ya sea porque se querían postergar (más del 30 por ciento) o porque en definitiva no se deseaban (más del 20 por ciento). Este último hecho hace evidente una necesidad insatisfecha de métodos de planificación familiar en el país, lo que a fin de cuentas impide a las mujeres ejercer su derecho a tener el número de hijos que desean y en el momento que estimen 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 demanda insatisfecha de planificación familiar, así como de la demanda total, se presenta como elemento fundamental para que los programas de planificación familiar puedan reorientar adecuadamente sus estrategias y así llegar a los sectores marginados de las políticas actuales, y para que los propios programas puedan evaluar su eficacia. Este hecho ha motivado que, desde principios de la década de 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). El reconocimiento de la importancia que tiene la obtención de mejores mediciones, hace que éstas sean objeto constante de investigación y modificaciones metodológicas, en el entendido de que deberán usar siempre la información disponible en las encuestas más recientes.

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 mayor en la medición de la necesidad insatisfecha 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 que comprendió cinco países, uno de ellos la República Dominicana, en el que utiliza informaciones de la primera Encuesta Demográfica y de Salud, Westoff (Westoff, 1988) realizó una medición de la necesidad insatisfecha de planificación familiar utilizando una metodología desarrollada por él mismo, que incluye sólo a las mujeres en unión. Los resultados indican que en la República Dominicana aproximadamente un 20 por ciento de las mujeres unidas tenían necesidades insatisfechas de métodos de planificación familiar.

En el año 1991, con informaciones de la misma encuesta, el mismo autor presentó nuevas estimaciones, obtenidas con una metodología de cálculo más refinada, llegando a establecer niveles de demanda insatisfecha, para el mismo período, cercanos al 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) formuló algunas modificaciones y adaptaciones a la metodología desarrollada por 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) permitió establecer 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 ha sido posible cuantificar la demanda de servicios de planificación familiar -tanto la satisfecha como la insatisfecha-, 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 que limita ampliamente el diseño de políticas dirigidas a satisfacer las necesidades de planificación familiar de este conjunto de mujeres.

CAPITULO II

ASPECTOS METODOLOGICOS

A. Medición de la demanda total y de las necesidades insatisfechas

El procedimiento utilizado en este estudio para la determinación 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 la República Dominicana por la Asociación Dominicana Pro-Bienestar de la Familia (PROFAMILIA, 1989), introduciendo algunos elementos adicionales a la luz de los datos disponibles en las encuestas que sirven de base para este trabajo.

El esquema de análisis utilizado (véase el diagrama 1) parte de todas las mujeres en edad fértil¹, definidas para fines operativos como aquellas con edades entre 15 y 49 años, independientemente de su estado conyugal. En dicho modelo, las mujeres en edad fértil quedan expresadas como la suma de las *usuarias actuales* de métodos anticonceptivos, las *usuarias potenciales*² 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 similar en todas 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 del 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 diferenciar entre mujeres expuestas y no expuestas al riesgo de embarazo.

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, en la encuesta, que estaban embarazadas, y por aquellas que, habiendo tenido su último hijo en los últimos cinco años, estaban amenorreicas luego de un embarazo no planeado.

Aunque el grupo de mujeres embarazadas o amenorreicas no está expuesto al riesgo de embarazo, Westoff las incluye en su último modelo debido a que *«una fracción de estas mujeres se encuentra en esa condición justamente porque no pudieron satisfacer su necesidad de planificación familiar»*. Continúa Westoff con su justificación, y explica: *«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 sea el reflejo de una necesidad insatisfecha de planificación familiar.

¹ El término "fértil" incluye a todas aquellas mujeres que son biológicamente "aptas" para concebir un hijo o quedar embarazadas.

² Las mujeres con demanda insatisfecha son aquellas que desean o necesitan anticoncepción, pero no la están utilizando.

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 se embarazó debido a una falla en el uso 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, es clasificada 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 ajustan a la disponibilidad de informaciones contenidas en la primera Encuesta Demográfica y de Salud³, y a los criterios sustentados por Westoff en el último trabajo citado *supra*, con ligeras modificaciones. De esta manera, se clasifican como infértiles todas aquellas mujeres que no tuvieron hijos en los últimos 5 años, a pesar de haber estado en unión continua y sin haber utilizado métodos anticonceptivos durante dicho período. Del resto de mujeres, también se consideran infértiles aquéllas a las cuales no les ha vuelto la menstruación en los últimos 6 meses⁴, al igual que aquellas que declararon, al momento de responder a la pregunta sobre cuándo empezó su última regla, que estaban menopáusicas o que nunca habían menstruado.

Esta definición de infertilidad no incluye informaciones reportadas por la propia mujer 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 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 como respondieron, en la encuesta, a la pregunta sobre si les 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 de la demanda insatisfecha para postergar*, respectivamente. El tercer conjunto pasa al grupo de mujeres *no demandantes* de métodos anticonceptivos.

Las mujeres restantes -solteras y 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, razón por la cual Westoff las excluye de su modelo de análisis.

Siguiendo con el modelo concebido para 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

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 las DHS-1986 se supuso que las mujeres unidas habían tenido una sola unión.

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

a todas aquellas 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 relaciones sexuales en las 4 últimas semanas se consideran expuestas.

El reto mayor que se ha enfrentado está en la clasificación de este último subconjunto, en función de sus intenciones o preferencias reproductivas, lo cual se hace en forma indirecta, acudiendo a la información proporcionada 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 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 pasa al grupo de *insatisfechas para postergar*. El grupo restante, es decir aquellas en las que el número de hijos tenidos es mayor que el número que ellas señalan como ideal, es considerado como que no quieren tener más hijos, y se clasifica 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 del embarazo. Este grupo se clasifica en *demanda satisfecha para limitar* y *demanda satisfecha para postergar*. La *demanda potencial*, constituida por el conjunto de mujeres con demanda insatisfecha⁵, es clasificada como *demanda potencial para postergar* y *demanda potencial para limitar* la descendencia. El grupo de mujeres *no demandantes* está formado, según vimos, por las mujeres clasificadas como infértiles, por aquellas mujeres no casadas ni unidas que no están expuestas al riesgo de embarazo, y por las mujeres casadas o unidas que desean quedar embarazadas. 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 de planificación familiar.

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 el anexo 1). La recolección de los datos de la DHS-1986 se realizó entre el 8 de septiembre y el 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 que permitiera la comparabilidad de ambas encuestas.

El análisis de los resultados se realiza, generalmente, a nivel de 8 regiones (Regiones de Salud), que son las 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" (ellas pueden creer que no necesitan métodos), y viceversa (ellas pueden creer que necesitan sin saber que son infértiles). Esta diferencia surge debido a que la definición de infertilidad utilizada no considera la propia declaración de la mujer sobre su condición reproductiva.

CAPITULO III

ESTIMACION DE LAS NECESIDADES INSATISFECHAS O DEMANDA POTENCIAL DE PLANIFICACION FAMILIAR

Antes de entrar al análisis de las necesidades insatisfechas de métodos anticonceptivos es conveniente observar las preferencias reproductivas de las mujeres dominicanas, labor que se inicia recurriendo a citar a 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, y 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 deseaba 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 la respuesta a la pregunta sobre 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 prefiere la gran mayoría de las mujeres (cerca del 70 por ciento). El número ideal de hijos aumenta con la edad, lo cual parece indicar un cambio de actitud en las preferencias reproductivas de las mujeres más jóvenes, el que, de hacerse efectivo, redundará en el futuro en una reducción de la descendencia.

Estos cambios 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 de una cantidad considerable de mujeres con necesidades insatisfechas de planificación familiar, que se convierten en demandantes potenciales de anticonceptivos. Esta demanda potencial es el objeto 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 solteras no expuestas (mujeres no demandantes de métodos anticonceptivos), datos que se presentan en el cuadro 3.1, que contiene los resultados de la aplicación del diagrama 1 a los datos de la DHS-1986 y de la ENDESA-1991.

El cuadro citado muestra que, en 1991, la proporción de mujeres solteras no expuestas representaba cerca del 35 por ciento de las mujeres en edad fértil.

A nivel regional, este porcentaje oscilaba entre el 25 por ciento para la Región 6 y cerca del 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 presentaba 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 para que la Región 0 presente una cantidad tan elevada de mujeres solteras no expuestas se debe a la fuerte inmigración de mujeres jóvenes hacia la ciudad de Santo Domingo ocurrida en los últimos años.

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

CUADRO 3.1
DISTRIBUCION RELATIVA DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL POR USO DE ANTICONCEPTIVOS, INTENCION REPRODUCTIVA Y CONDICION DE EXPOSICION AL RIESGO DEL EMBARAZO, SEGUN REGIONES DE SALUD, ZONA DE RESIDENCIA Y AÑO DE LA ENCUESTA

Región de salud y área geográfica	Usuarías actuales		Método falló		Embarazadas y amenorreicas			Fértiles			Infértiles	No expuestas	Porcentaje	Tamaño de la muestra
	Para postergar	Para limitar	Usaba para limitar	Usaba para espaciar	Quería embarazo entonces	Quería embarazo después	No quería embarazo	Quiere hijo ahora	Quiere hijo después	No quiere hijos				
1986														
Región														
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
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
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
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
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
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
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
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
1991														
Región														
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
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
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
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
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
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
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
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

variaba de 7,3 a 10,7 por ciento, en las regiones 0 y 1, respectivamente. Las proporciones de infértiles 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 de esas diferencias 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 muestra los resultados obtenidos. Se observa 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 limitar. A nivel nacional, dicho porcentaje no ha cambiado en los últimos 5 años, pero al de las regiones de salud han ocurrido variaciones en todas direcciones (véase el gráfico 3.1). En las regiones 0 y 7 se produjo una reducción, provocando que la Región 0 pasara a tener los menores niveles en 1991, desplazando a la Región 2. Las regiones 4 y 6, que desde 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 había un 9,2 por ciento de mujeres en esta condición, proporción que se duplicaba en la zona rural. De 1986 a 1991, no se produjeron en las ciudades cambios significativos, pero en la zona rural ocurrió un aumento que ha producido una ampliación de las diferencias campo-ciudad.

Cuando se analiza la proporción de mujeres con necesidades insatisfechas de acuerdo al tipo de necesidad -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 de las necesidades insatisfechas para limitar la descendencia.

Las regiones de salud 3 y 5 también han reducido el porcentaje de mujeres con demanda insatisfecha 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.

En los últimos 5 años, se ha producido en la Región 6 un cambio muy importante en la composición del tipo de demanda insatisfecha. Las mujeres con demanda insatisfecha de planificación familiar, que en 1986 demandaban métodos principalmente para espaciar su descendencia, en 1991 han cambiado sus necesidades y actitudes, cuando su demanda insatisfecha pasó a ser fundamentalmente de métodos para limitar el tamaño de su familia, reduciéndose inclusive el porcentaje de mujeres que deseaban postergar los nacimientos. Si se observa que en esta región no ha habido aumento en el uso de anticonceptivos para espaciar, se puede deducir que ha ocurrido una transferencia de la demanda de métodos para espaciar o postergar, a métodos para limitar la descendencia, lo que 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 experimentado incrementos en el porcentaje de mujeres con necesidades de métodos para limitar su descendencia. Estos aumentos han ido acompañados con aumentos en la demanda para postergar los nacimientos, en las regiones de salud 1 y 2, y con aumentos en sentido contrario en las regiones 3 y 7.

⁶ En estudios realizados por 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 DE METODOS ANTICONCEPTIVOS POR REGIONES DE
SALUD, 1986 Y 1991. (PORCENTAJES CON RELACION AL TOTAL DE MUJERES EN EDAD FERTIL)

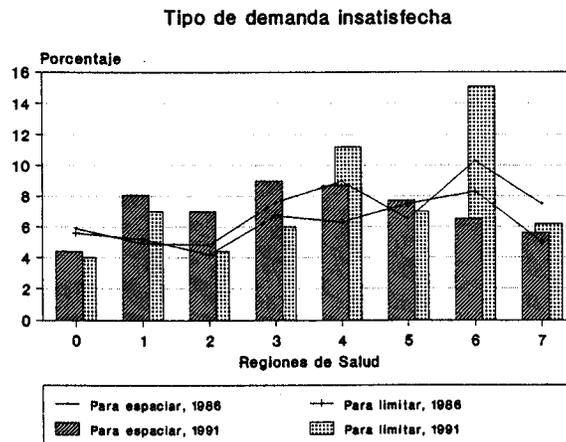
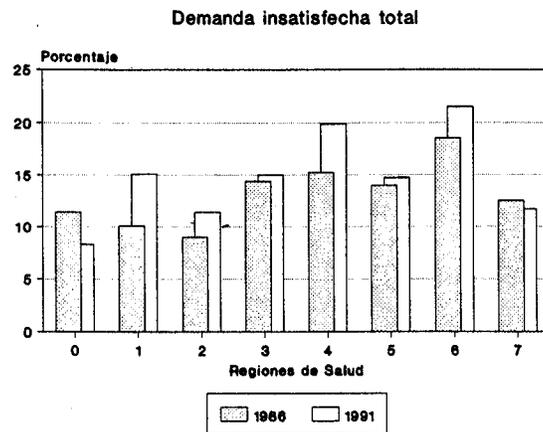
Componente de la demanda	Regiones de salud								Total país
	0	1	2	3	4	5	6	7	
1986									
Demanda total	42,9	43,3	41,2	47,7	47,5	44,7	50,3	49,7	44,2
Para espaciar	17,5	15,2	14,7	15,0	18,9	16,4	17,5	15,8	16,4
Para limitar	25,3	28,1	26,5	32,7	28,6	28,3	32,8	33,9	27,9
Demanda insatisfecha	11,4	10,1	9,0	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	53,4
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 el análisis según lugar de residencia se observa que en 1991 el tipo de necesidad insatisfecha que prevalece en las zonas urbanas es de métodos para postergar los nacimientos (cuadro 3.3). En las zonas rurales se presenta una proporción semejante de mujeres con necesidades insatisfechas para espaciar y para limitar.

Observando el comportamiento de la proporción de mujeres con demanda insatisfecha de planificación familiar, se constata que en todas las edades hay proporciones considerables de mujeres con demanda insatisfecha, y que ese porcentaje aumenta con la edad, obteniendo sus máximos valores en las mujeres de 20-24 y 25-29 años, en que alcanza niveles superiores al 16 por ciento (véase el

Gráfico 3.1
Evolución de la demanda insatisfecha, total y por tipo,
según Regiones de Salud, 1986-1991



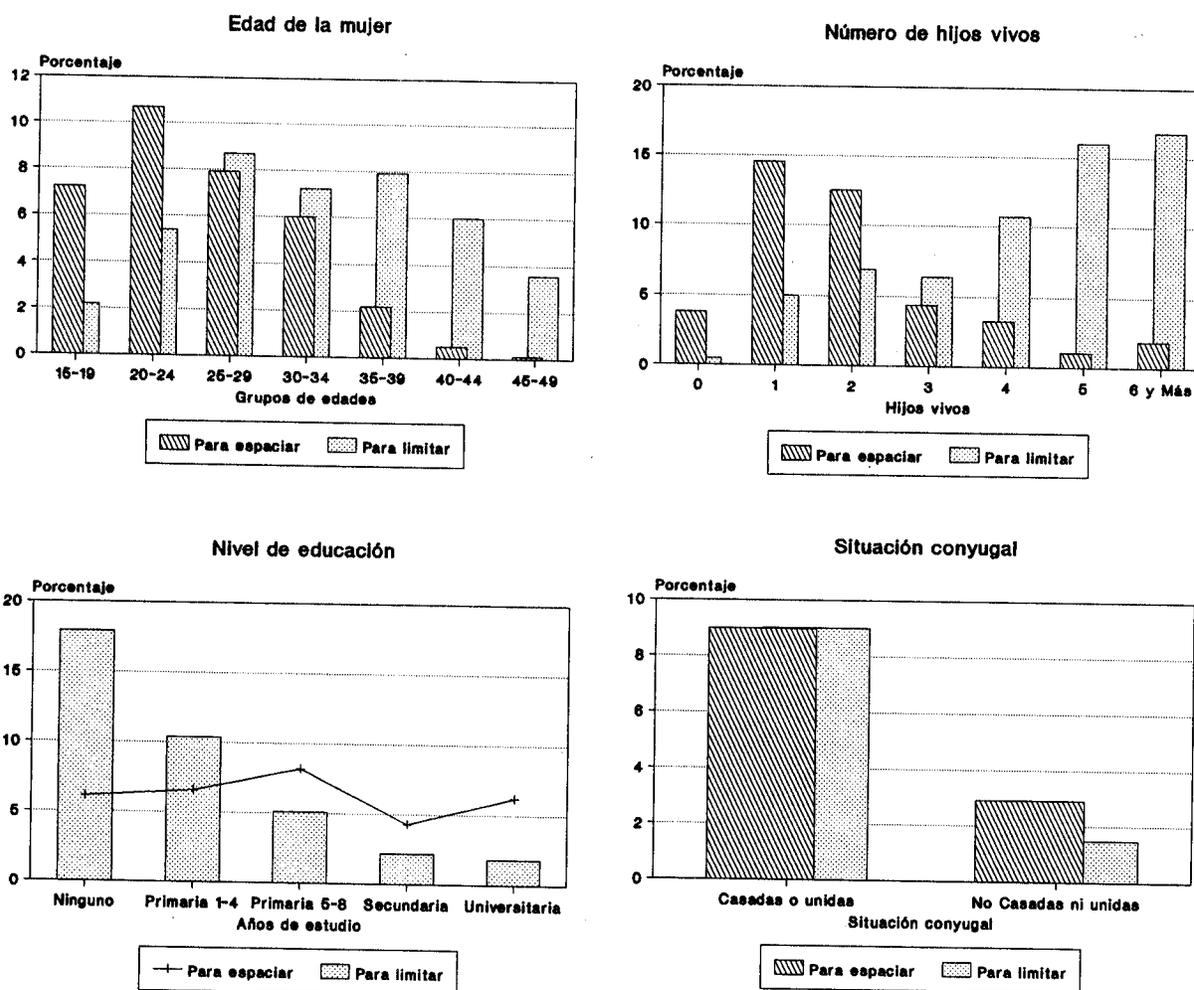
Fuente: Cuadro 3.2

gráfico 3.2). Luego, el porcentaje de demanda 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 demanda insatisfecha a lo largo del ciclo de vida fértil es muy diferente según el tipo de necesidad insatisfecha. En las mujeres más jóvenes, las necesidades insatisfechas son principalmente para postergar los nacimientos; ya en las mujeres de más de 35 años de edad la demanda de este tipo de métodos es prácticamente insignificante. Cuando se trata de métodos para limitar el crecimiento de la familia, la demanda corresponde a mujeres 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 la demanda insatisfecha según el número de hijos vivos que tiene la mujer, nos damos cuenta que, sin discriminar sobre el tipo de necesidad que se presenta, el porcentaje de mujeres con demanda insatisfecha 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.

Gráfico 3.2
Demanda insatisfecha, por tipo de demanda,
según variables. 1991



Fuente: Cuadro 3.3

Los mayores porcentajes de mujeres con demanda insatisfecha para espaciar se presentan con fines de postergar el nacimiento 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 en la que la demanda insatisfecha tiene como objetivo el evitar la incorporación de un miembro más a la familia. Estos resultados permiten formular una postulación interesante. Las mujeres dominicanas manifiestan demanda insatisfecha para espaciar sus nacimientos desde el mismo momento en que tienen su primer hijo, situación que no es solucionada, por lo que siguen con demanda insatisfecha para postergar el nacimiento de un tercero, la cual, al continuar sin solución, hace que las mujeres cambien su actitud, no ya hacia el espaciamiento de un siguiente hijo, sino a evitar su nacimiento. Al no ser tampoco resuelta esta última situación, se va acumulando la proporción de demandantes insatisfechas de métodos anticonceptivos para limitar la descendencia.

CUADRO 3.3
DEMANDA INSATISFECHA TOTAL Y POR TIPO, SEGUN VARIABLES
SOCIODEMOGRAFICAS 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 años aprobados)	17,0	6,6	10,4
Primaria (5-8 años aprobados)	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

La proporción de mujeres con demanda insatisfecha 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. Por el contrario, en el grupo de mujeres con educación secundaria o universitaria, este porcentaje es inferior al 9 por ciento, y sus necesidades de métodos anticonceptivos se dirigen, fundamentalmente, al espaciamiento de los intervalos intergenésicos. 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 se deben a diferencias en la demanda para limitar la descendencia.

Diferencias muy notables se presentan cuando se analiza el porcentaje de mujeres con demanda insatisfecha según la situación conyugal, específicamente entre las mujeres unidas y las que no lo están. 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 unidas, esta proporción no llega al 5 por ciento.

Sin embargo, si entre las no unidas se restringe el cálculo sólo a las mujeres expuestas a riesgo, el porcentaje de demanda insatisfecha alcanza al 21 por ciento, cifra que supera a la que presentan las mujeres en unión. De este porcentaje, un 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.

CAPITULO IV

CARACTERIZACION DE LAS MUJERES CON DEMANDA INSATISFECHA. 1991

En los capítulos anteriores habíamos observado 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 el diseño de 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 1991.⁸

A. Localización geográfica

En 1991, en la República Dominicana se encontraban más de 220 mil mujeres con demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar (véanse el cuadro 4.1 y el gráfico 4.1), es decir, mujeres que estaban expuestas al riesgo de embarazo 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, capital del país. Aquí se localizan más de 63 mil mujeres con demanda insatisfecha, lo que equivale a más de la cuarta parte de las de todo el 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 con demanda insatisfecha de esta región.

CUADRO 4.1
MUJERES CON NECESIDADES INSATISFECHAS DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, POR REGIONES DE SALUD, SEGUN 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	33 101
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

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.

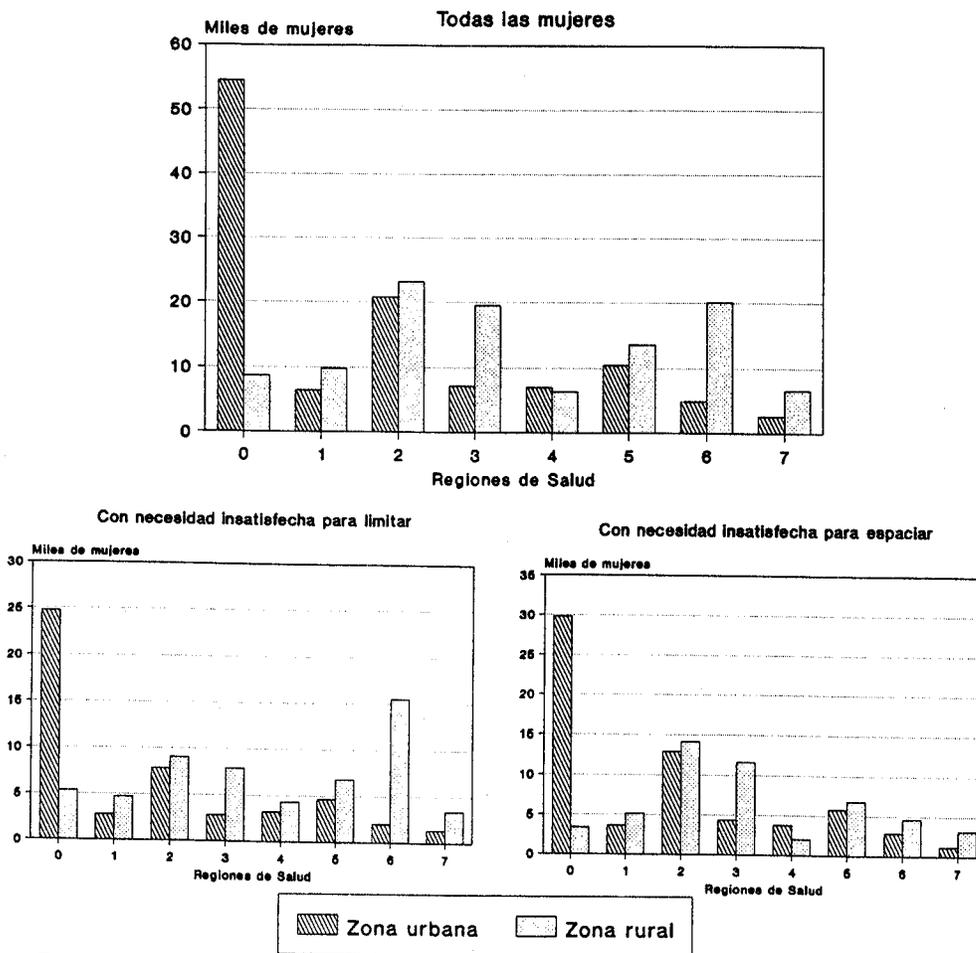
Sin embargo, al momento de establecer prioridades, hay que recordar que esta región registraba el menor porcentaje de mujeres con necesidades insatisfechas de métodos (véase el cuadro 3.2 *supra*), y que la presencia en ella de casi la mitad de las mujeres en edad fértil de todo el país, es lo que provoca tal cantidad de demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar.

En la Región de Salud 2, que tiene como cabecera la ciudad de Santiago de los Caballeros⁹, se encuentra cerca de un 20 por ciento de las mujeres con necesidades insatisfechas de métodos (más de 43 mil), distribuidas en igual proporción en sus zonas urbanas y rurales. Otros puntos de importancia, por la cantidad de estas mujeres que contienen, son las zonas rurales 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 cada una, en cada caso, 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 de métodos, pero dicha cantidad puede ser considerable en algunos casos, si se toma en consideración la cantidad de mujeres en edad fértil allí presentes.

Cuando observamos la distribución geográfica de las mujeres con necesidades insatisfechas de acuerdo al tipo de necesidad que tienen -espaciar o limitar- se observa que tanto las espaciadoras como

Gráfico 4.1
Mujeres con necesidad insatisfecha de métodos, total y por tipo, según Regiones de Salud y zona de residencia. 1991



Fuente: Cuadro 4.1

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

las limitadoras se localizan en su gran mayoría en la ciudad de Santo Domingo, en donde existen más de 30 mil mujeres con demanda no resuelta de métodos anticonceptivos para limitar. Una cifra similar de mujeres presentan necesidades insatisfechas 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 por igual en las zonas urbanas y rurales. En esta región también se presenta una gran cantidad de mujeres con necesidades de espaciar o postergar el nacimiento de sus hijos, distribuidas en forma similar según la zona en que residen.

Como rasgo sobresaliente, es llamativa la cantidad de mujeres con demanda insatisfecha de planificación familiar para limitar localizadas en los campos de la Región 6, con más de 15 mil mujeres en esta condición. Tomando en cuenta este hecho, y también la magnitud del cambio ocurrido en los últimos cinco años (véase el cuadro 3.2), esta región debería ser motivo de especial atención.

Otro punto geográfico que sobresale por la cantidad de mujeres con necesidades insatisfechas de postergar o espaciar sus nacimientos es la zona rural de la Región 3, en donde se pueden encontrar cerca de 10 mil mujeres con demanda no satisfecha de métodos anticonceptivos para postergar.

Las demás localidades y puntos geográficos contienen también mujeres con demanda de métodos anticonceptivos que debería ser satisfecha, de manera que puedan postergar o evitar el nacimiento de futuros hijos, pero esta demanda insatisfecha se presenta en una magnitud poco significativa.

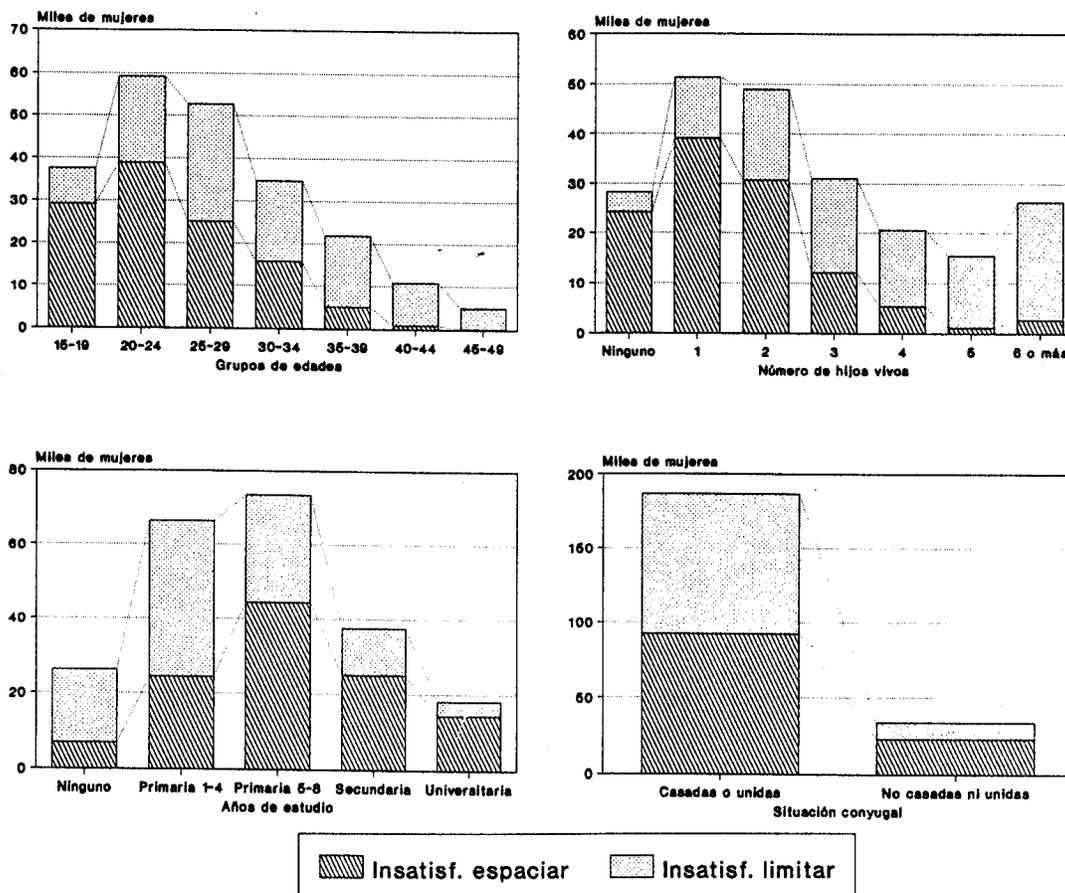
B. Composición socioeconómica y demográfica

Un análisis de la composición socioeconómica y demográfica del total de mujeres con demanda insatisfecha de planificación familiar indica que éstas son generalmente mujeres unidas, mayormente

CUADRO 4.2
MUJERES CON NECESIDADES INSATISFECHAS DE PLANIFICACION FAMILIAR, POR TIPO DE NECESIDAD,
SEGUN VARIABLES SOCIOECONOMICAS. 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 años aprobados)	66 367	24 357	42 010
Primaria (5-8 años aprobados)	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	189 692	92 109	94 583
No casada ni unida	35 043	23 018	12 025

Gráfico 4.2
Mujeres con demanda insatisfecha de planificación familiar, por tipo de necesidad, según variables. 1991



Fuente: Cuadro 4.2

jóvenes (menores 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 en el grupo con 1 a 8 años de educación (véase el gráfico 4.2).

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

Por otro lado, las mujeres con necesidades insatisfechas para postergar 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 de todos los niveles de instrucción, pero mayoritariamente con 5 a 8 años de educación.

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,

CUADRO 4.3
PORCENTAJE DE MUJERES CON DEMANDA INSATISFECHA DE PLANIFICACION FAMILIAR QUE CONOCEN
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, FUENTES PARA SU OBTENCION, QUE HAN USADO ALGUNA VEZ, Y QUE
PIENSAN USAR EN EL FUTURO, SEGUN 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 tradicional	Promedio métodos conocidos	Alguno	Alguno moderno	Alguno tradicional	Piensa usar	Durante próximos 12 meses
0	99,6	99,6	98,0	8,4	73,4	60,3	37,7	71,3	59,4
1	100,0	100,0	96,8	7,8	50,8	39,7	28,6	66,7	55,6
2	100,0	100,0	100,0	8,0	61,5	51,4	34,5	69,6	54,7
3	100,0	100,0	98,0	7,6	45,5	35,6	22,8	76,2	56,4
4	100,0	100,0	92,5	7,2	60,4	54,7	18,9	77,4	64,2
5	100,0	100,0	97,8	7,1	52,5	43,7	25,4	70,7	56,4
6	100,0	100,0	91,8	7,0	41,0	34,4	14,6	73,8	55,7
7	100,0	100,0	92,6	7,3	51,9	40,7	18,5	77,8	63,0
Total país	99,8	99,8	97,2	7,7	58,4	48,4	29,0	71,9	57,6

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 referencias de más de siete métodos. En cuanto al conocimiento de métodos específicos, se observa que prácticamente todas conocen algún método moderno. Casi todas saben 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).

Sin embargo, 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 presenta 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 del 12 por ciento no

CUADRO 4.4
PORCENTAJE DE MUJERES CON DEMANDA INSATISFECHA DE PLANIFICACION FAMILIAR, POR CONOCIMIENTO DE METODOS ESPECIFICOS, 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. femenina	99,5	87,9	0,0	43,6	74,5	84,4
Esteril. masculina	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	-	-

sabe dónde puede ser esterilizada; un porcentaje similar se presenta con las pastillas o píldoras. De las que tienen alguna referencia del condón y del dispositivo intrauterino (DIU), cerca del 30 por ciento no sabe dónde puede obtenerlos.

Un alto porcentaje de las mujeres con demanda insatisfecha no ha tenido experiencias pasadas con el uso de métodos de planificación familiar. Más del 40 por ciento no ha utilizado métodos anticonceptivos en toda su vida; más de la mitad no ha usado métodos modernos. A esto se une que los métodos que se han utilizado en el pasado -en el caso de las que han recurrido a ellos- son la píldora, el condón, el retiro y el ritmo o abstinencia periódica, métodos que presentan las más altas tasas de falla en su uso.

Analizando las perspectivas futuras de las mujeres con demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar, se observa que más del 70 por ciento señaló su intención de utilizar métodos anticonceptivos en el futuro (cuadro 4.3); más aún, casi 6 de cada 10 declararon que piensan adoptar un método en los próximos 12 meses.

En el cuadro 4.4 se presenta la distribución de las mujeres con demanda insatisfecha 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 mencionan la esterilización, tres partes de las cuales piensan hacerlo durante los próximos 12 meses. Cerca de un 30 por ciento expresa su intención de utilizar pastillas o píldoras, casi todas en el transcurso del siguiente año. En el cuadro 4.5 se presenta la fuente mencionada para obtener el método. 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.

CUADRO 4.5
MUJERES CON DEMANDA INSATISFECHA DE PLANIFICACION FAMILIAR: PORCENTAJE QUE PIENSA UTILIZAR METODOS EN EL FUTURO, SEGUN LA FUENTE MENCIONADA PARA OBTENER DICHO METODO. 1991

Fuente de obtención	N	Porcentaje
Sector público	236	44,4
Hosp/Clín/Disp. 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	-

Como rasgos sobresalientes se destaca que más de un 10 por ciento de las mujeres con demanda insatisfecha que piensan utilizar métodos, no sabe o no está decidida sobre el método que va a utilizar; que cerca de un 20 por ciento de las que piensan utilizar la píldora no conocen un lugar para obtenerla, y que más del 15 por ciento de las que piensan esterilizarse no conocen un lugar donde hacerlo.

Según se vio en el cuadro 4.3, cerca de un 30 por ciento de las mujeres con demanda insatisfecha no piensan utilizar métodos en el futuro. En el cuadro 4.6 se presentan las razones mencionadas-y la que consideraron principal- para no utilizar anticonceptivos. Se destaca que la cuarta parte de estas mujeres mencionaron «preocupaciones por su salud». Un 15 por ciento mencionó que era «difícil embarazarse» y más del 9 por ciento señaló que carecía de informaciones.

Observando la razón principal por la cual las mujeres no piensan utilizar métodos, se destaca que casi un 30 por ciento 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 dio como razón principal para no usar métodos en el futuro, preocupaciones por su salud, y otro alto porcentaje consideró que era difícil embarazarse, lo que refleja también la falta de conocimientos sobre las ventajas y desventajas de la planificación familiar y sobre la biología reproductiva de la mujer.

CUADRO 4.6
MUJERES CON NECESIDAD INSATISFECHA: 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 plan 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 otro rasgo sobresaliente se destaca que ninguna de las mujeres con necesidades insatisfechas mencionó como razón para no usar métodos en el futuro, el precio de los anticonceptivos, o la dificultad para conseguirlos, lo que indica que los factores causales de la insatisfacción deben ser buscados más allá del costo y la accesibilidad de los métodos.

Las informaciones analizadas evidencian entre las mujeres con demanda insatisfecha una «necesidad no satisfecha de informaciones adecuadas sobre planificación familiar», expresada 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 los lugares donde pueden obtener los métodos.

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

CUADRO 4.7
MUJERES CON DEMANDA INSATISFECHA DE PLANIFICACION FAMILIAR DE ACUERDO A SU GRADO DE EXPOSICION A MENSAJES Y ANUNCIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN EL ULTIMO MES. 1991

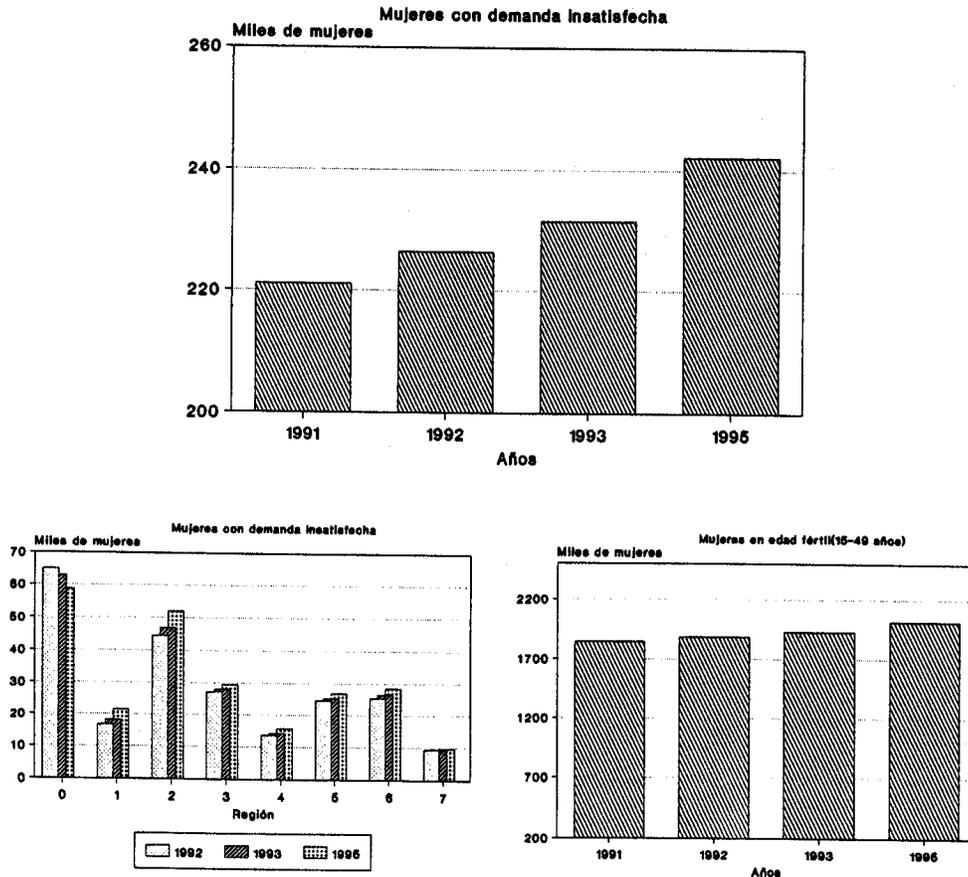
Informaciones	Porcentaje
Escuchó mensajes planificación familiar en radio	17,2
Escuchó mensajes planificación familiar en televisión	20,9
Está de acuerdo con que se den mensajes de planif. familiar	91,4
Escuchó anuncios de métodos anticonceptivos	58,3

CAPITULO V
PROYECCION DE LAS MUJERES CON DEMANDA INSATISFECHA, 1992-1995

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

En la elaboración de estas proyecciones se proyectaron primero, en forma lineal, los porcentajes de mujeres con necesidades insatisfechas en cada región de salud, conforme a la tendencia de dicho porcentaje en el período 1986-1991. A nivel total del país se consideró que el porcentaje de demanda insatisfecha 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 mujeres con demanda insatisfecha obtenido para el total del país con el total obtenido a través de las regiones de salud, manteniendo el valor obtenido para el total del país y la distribución regional. Los resultados se presentan en el cuadro 5.1 y en el gráfico 5.1.

Gráfico 5.1
Proyección de mujeres con demanda insatisfecha, total y por Regiones, y de las mujeres en edad fértil. 1991 - 1995



Fuente: Cuadro 5.1

CUADRO 5.1
PROYECCIONES DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL Y DE LAS MUJERES CON DEMANDA INSATISFECHA DE
MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, SEGÚN REGIONES DE SALUD, 1991-1995

Región de salud	Mujeres con demanda insatisfecha									
	Mujeres en edad fértil				Porcentajes					
	1991	1992	1993	1995	1992	1993	1995	Cantidad de mujeres		
	1992	1993	1995	1992	1993	1995	1992	1993	1995	
0	751 912	776 381	800 890	851 517	8,3	7,8	6,8	64 967	62 944	58 718
1	106 801	110 276	113 758	120 949	15,1	15,9	17,8	16 696	18 178	21 487
2	383 327	389 078	394 801	406 256	11,4	11,8	12,7	44 582	46 963	51 962
3	177 380	180 722	183 967	189 629	15,0	15,1	15,3	27 217	27 920	29 393
4	67 389	68 031	68 664	69 869	19,9	20,6	22,2	13 549	14 211	15 662
5	162 340	165 754	169 167	176 138	14,7	14,9	15,1	24 497	25 215	26 874
6	116 003	117 622	119 237	122 319	21,5	22,0	23,1	25 421	26 378	28 507
7	78 382	79 563	80 768	83 244	11,7	11,7	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

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

CAPITULO VI FACTORES ASOCIADOS CON LA DEMANDA INSATISFECHA

En el capítulo 3 se analizó el comportamiento de las 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, la distribución por región de salud y zona de residencia. Este análisis se realizó en forma univariada, es decir analizando cada variable por separado, sin controlar el efecto diferencial que pueden provocar las diferentes distribuciones de otras variables en las categorías que se comparan. Al usar esta forma de análisis, no es posible determinar, 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 analiza la demanda insatisfecha 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 tiene un potencial mucho mayor que el que vamos a utilizar 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, este trabajo se limita a analizar únicamente la asociación que hay (o el efecto neto) entre 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 realizará mediante la utilización de un modelo de regresión logística, al cual se llega mediante las transformaciones que se describen 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 o no considerada con demanda 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

$$(X_i) \rightarrow B(n, P_i)$$

De este modo, el estimador natural de la probabilidad de demanda insatisfecha 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, por cuanto no cumple con un conjunto de supuestos y requerimientos estadísticos (Rodríguez, 1986), por lo que su modelación se hace mediante la siguiente transformación matemática:

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

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 indicativas 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 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: urbana y rural; el nivel de educación de la mujer, 4 categorías: ninguno, primaria 1-4 años de educación aprobados, primaria 5-8 años, 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 pero que lo estuvo alguna vez, y soltera.

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 desea y en el momento que estime conveniente.

No obstante, el modelo utilizado puede considerarse un «modelo incompleto», porque factores muy importantes en el comportamiento de la insatisfacción, tales como la disponibilidad y oferta de servicios, no se incluyen en el mismo.¹⁰ 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, 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 por medio del método de mínimos cuadrados iterativamente ponderados, implementado en programas estadísticos de procesamiento de datos como el GLIM (Generalised Linear Interactive Modelling), utilizado

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.

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.

en este trabajo en la 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 Sciences).

B. Resultados

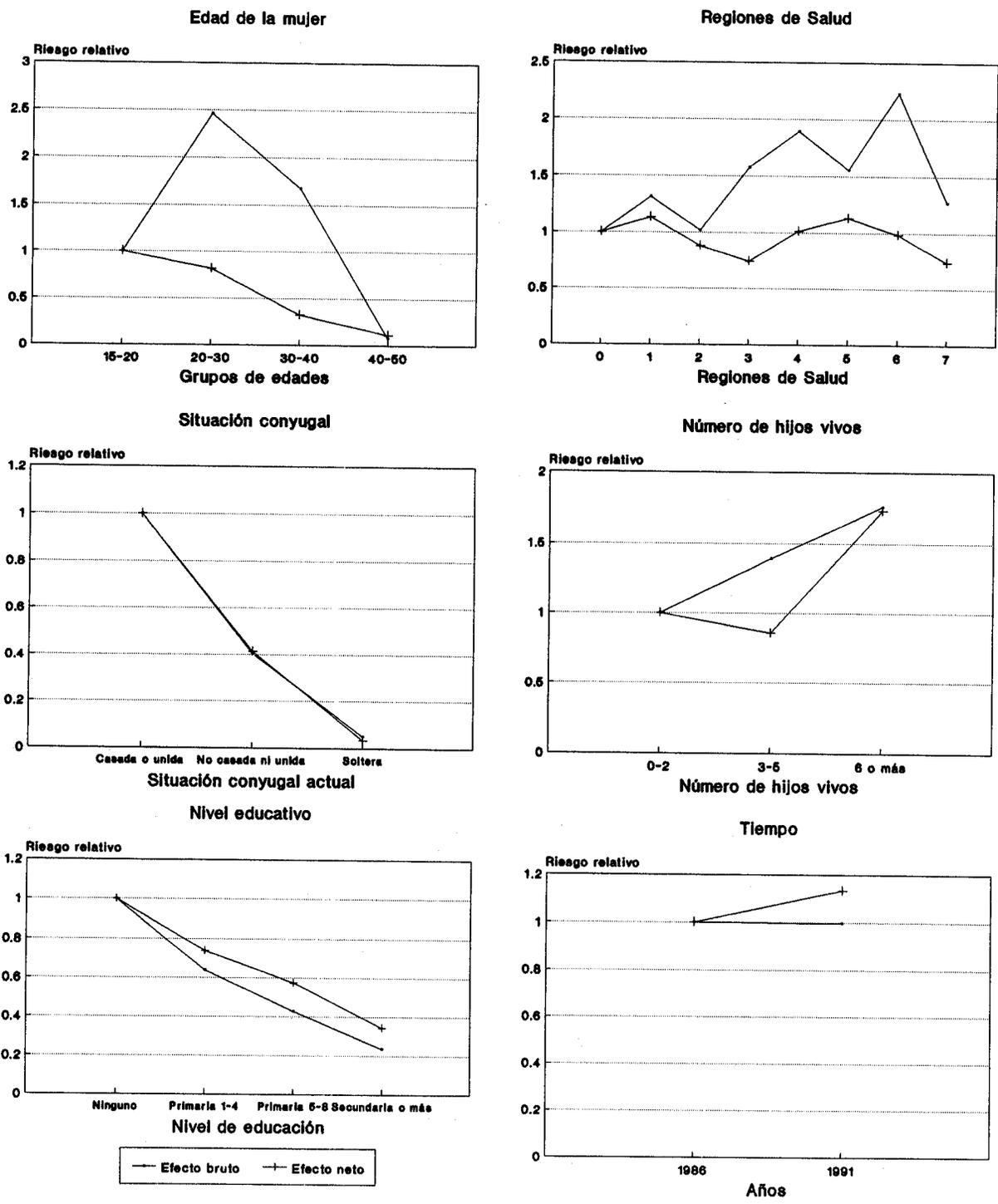
En el análisis de la devianza, el modelo con las 7 covariables presenta un buen ajuste. Todas las variables consideradas presentan reducciones altamente significativas en la devianza. En el cuadro 7.1 se presentan los parámetros estimados (aditivos) con su correspondiente prueba de significación estadística. 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, al controlar todas las demás variables.

CUADRO 6.1
ESTIMACION DE LOS PARAMETROS DEL MODELO, PRUEBA DE SIGNIFICACION ESTADISTICA Y RIESGOS NETO Y BRUTO DE LOS FACTORES

Factores de riesgo	Parámetro estimado	T de Student	Significación estadística	Riesgo relativo	Relativo (bruto)
Año					
1986	-0,360	-	-	1,000	1,000
1991	0,126	-2,713	Altamente significativo	1,135	0,999
Regiones de salud					
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	No significativo	1,133	1,894
Región 5	-0,017	-0,189	No significativo	0,983	1,560
Región 6	0,096	0,865	No significativo	1,100	2,231
Región 7	-0,300	-2,067	Altamente significativo	0,741	1,270
Zona de residencia					
Urbana	-0,360	-	-	1,000	1,000
Rural	0,348	5,639	Altamente significativo	1,416	2,032
Edad de la mujer					
15-19	-0,360	-	-	1,000	1,000
20-29	-0,198	-2,245	Altamente significativo	0,820	2,450
30-39	-1,113	-10,555	Altamente significativo	0,328	1,675
40-49	-2,137	-15,462	Altamente significativo	0,118	0,824
Número de hijos vivos					
0-2	-0,360	-	-	1,000	1,000
3-5	-0,152	-2,186	Altamente significativo	0,859	1,395
6 y más	0,549	5,106	Altamente significativo	1,731	1,761
Nivel de educación					
Ninguno	-0,360	-	-	1,000	1,000
Primaria 1-4 años aprob.	-0,303	-3,108	Altamente significativa	0,738	0,640
Primaria 5-8 años aprob.	-0,551	-5,524	Altamente significativo	0,576	0,427
Secundaria/universit.	-1,068	-9,469	Altamente significativo	0,344	0,235
Situación conyugal					
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	Altamente significativo	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 demanda insatisfecha para el país, realmente ha ocurrido un aumento estadísticamente significativo en los últimos 5 años (véanse el cuadro 6.1 y el 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 demanda insatisfecha es realmente mayor que en 1986. No se observaron diferencias en términos brutos porque dicha diferencia era asimilada por el cambio en otros factores de riesgo.

Cuando analizamos el efecto neto de la residencia según 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, tomada como categoría de referencia, son las regiones 2 y 7. El riesgo que tienen las mujeres de estas regiones de presentar demanda insatisfecha es casi un 25 por ciento menor que el de las de la Región 0. Las demás regiones de salud no presentan diferencias significativas con la región de referencia.

El análisis según residencia urbana o rural muestra contrastes muy significativos. Las mujeres de la zona rural tienen riesgo relativo de insatisfacción que es un 45 por ciento mayor que el de las mujeres de la zona urbana.

Las diferencias según 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 estar en variables no contenidas en el modelo. Se podrían formular hipótesis sobre algunas variables que pueden originar estos contrastes, como son la disponibilidad y oferta de servicios, así como las facilidades para la obtención de los anticonceptivos.

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

Sin embargo, hay que ver este último resultado con cautela, ya que hay un elemento que no ha sido controlado en este modelo, mencionado anteriormente, 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, hasta 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 embarazo.

El riesgo de demanda insatisfecha 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 6 o más hijos con las 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 entre 3 y 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 diseñado no toma en consideración el tipo de necesidad que tienen las mujeres, y precisamente cuando las mujeres tienen entre 3 y 5 hijos se encuentra la cola inferior de la distribución de las espaciadoras, y sigue su aumento progresivo la distribución de las limitadoras (véase el 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 demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar. Las mujeres con educación secundaria o universitaria tienen un riesgo que es apenas un 34 por ciento del que presentan las mujeres sin educación.

Contrastes muy notables se presentan cuando se analizan las diferencias según la situación conyugal. Las mujeres actualmente unidas presentan la mayor probabilidad de demanda insatisfecha.

Las mujeres que estuvieron alguna vez casadas o unidas presentan un riesgo que es un 45 por ciento del de las primeras; ya para las mujeres que nunca han estado casadas o unidas (solteras), el riesgo es apenas un 3 por ciento del de las mujeres actualmente en unión. Al igual que con otras variables anteriores, este resultado debe ser tomado con cautela, ya que todas las mujeres casadas o unidas se consideran expuestas a las relaciones sexuales, mientras que el grupo de no unidas incluye una cantidad considerable de mujeres no expuestas.

A la luz de los resultados obtenidos, se pueden formular algunas sugerencias muy importantes para el diseño futuro de modelos similares. En primer lugar, los modelos que se diseñen para analizar la demanda insatisfecha de planificación familiar, deben ajustarse discriminando según el tipo de necesidad que se presenta -postergar o 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.

CAPITULO VII

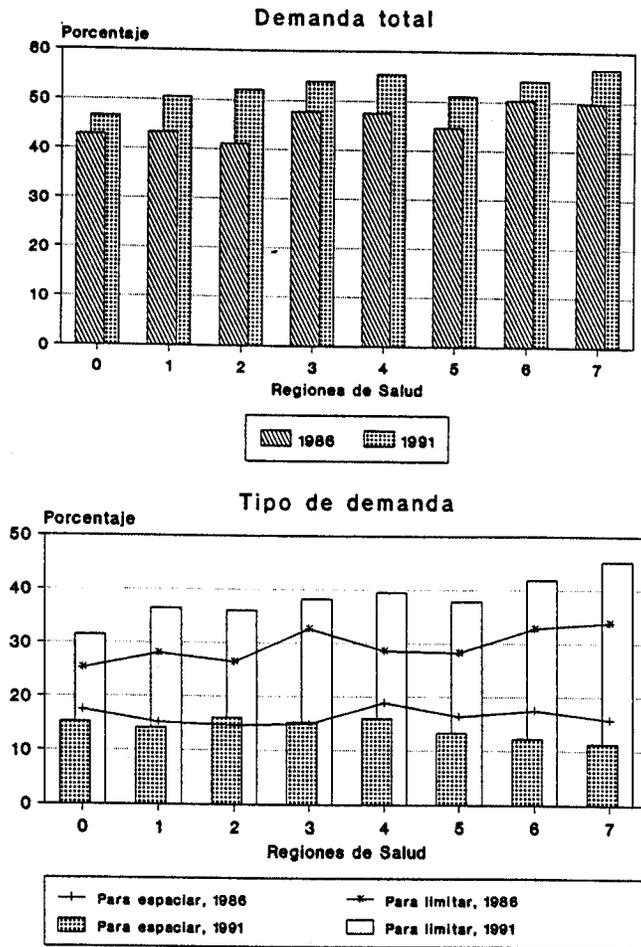
ESTIMACION DE LA DEMANDA TOTAL DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

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

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

El incremento 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

Gráfico 7.1
Demanda total y por tipo, según Regiones de Salud. 1986 y 1991



Fuente: Cuadro 3.2

CUADRO 7.1
DEMANDA DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, POR TIPO DE DEMANDA Y ZONA DE RESIDENCIA,
SEGUN VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS SELECCIONADAS. 1991 (PORCENTAJES CON RELACION A LAS
MUJERES EN EDAD FERTIL)

Variables	Demanda total			Demanda para postergar			Demanda para limitar		
	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total
Grupo 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 años aprobados	58,1	63,3	60,7	8,7	11,5	10,1	49,4	51,8	50,6
Primaria 5-8 años aprobados	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

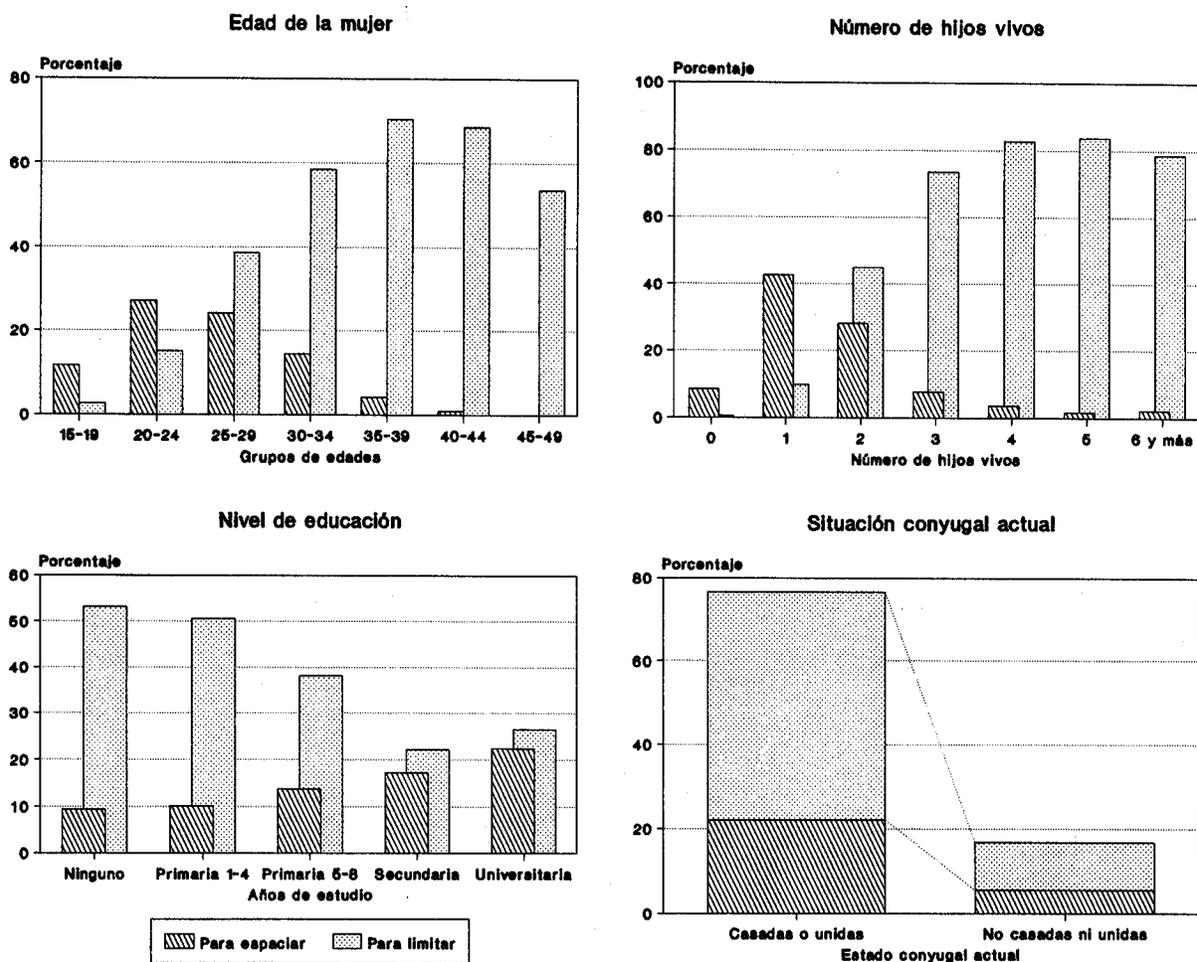
en la demanda para espaciar los nacimientos. Incluso en estas dos regiones, el incremento registrado en la demanda de métodos para limitar la descendencia supera ampliamente al registrado con la finalidad de postergar los embarazos.

Esta característica del aumento en la demanda total ha producido una ampliación entre las diferencias en el tipo de métodos que demandan las mujeres, y es así como en algunas regiones la demanda de métodos limitadores triplica a 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 30-34 y 35-40 años, en que alcanza niveles de 73,1 y 74,7 por ciento, respectivamente. Sin embargo, el tipo de demanda 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 limitarlos, que se convierte, prácticamente, en la demanda general en las 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 aquellas que no tienen hijos vivos, lógicamente, prevalece la demanda para postergar o espaciar el primer nacimiento. Entre las que tienen un hijo vivo, prevalece la demanda para postergar el nacimiento del segundo; sin embargo, cuando ya 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 dar término a la procreación.

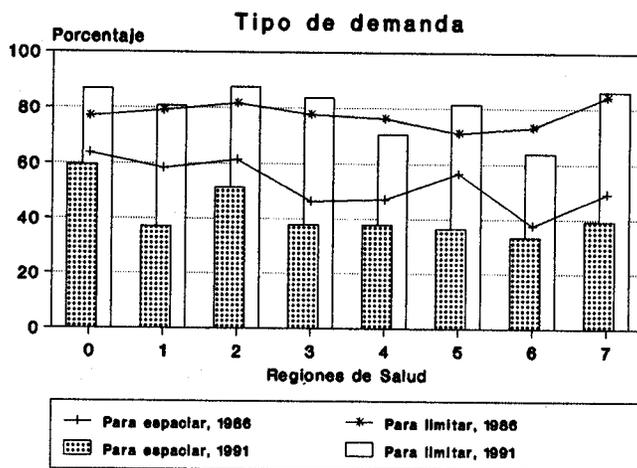
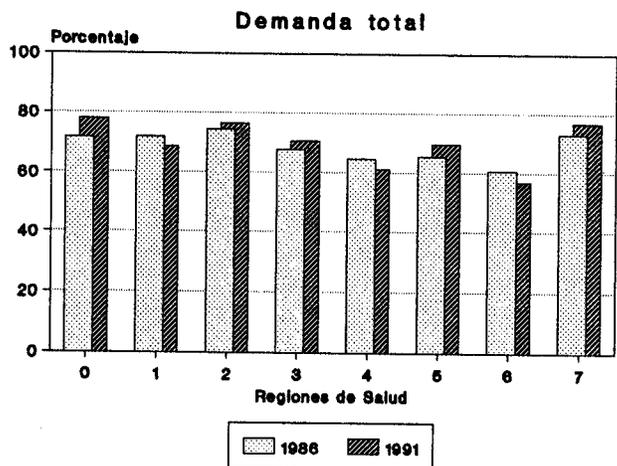
Gráfico 7.2
Demanda de métodos anticonceptivos
por tipo de demanda, según variables. 1991



Fuente: Cuadro 7.1

Observando el comportamiento de la demanda total de métodos de acuerdo a la educación de la mujer, nos damos cuenta que las de menor nivel educativo son, en proporción, 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.

Gráfico 7.3
Porcentaje de la demanda satisfecha, total y por tipo,
según Regiones de Salud. 1986 y 1991



Fuente: Cuadro 3.2

Una diferencia muy notable es la mostrada en la demanda total entre las mujeres actualmente casadas o unidas y las mujeres que no lo están. Más de las tres cuartas partes de las mujeres del 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 al 17 por ciento. Sin embargo, esta comparación debe ser vista 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 en el análisis según distribución geográfica, la demanda total de métodos anticonceptivos no presenta grandes diferencias. Sin embargo, cuando pasamos a analizar el porcentaje de esta demanda que se encuentra satisfecha, las diferencias entre 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 del 75 por ciento, las que han registrado aumentos con relación al año 1986. 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, situación 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 según el tipo de demanda. Cuando se trata de la demanda satisfecha para postergar o espaciar los nacimientos, dicho porcentaje muestra reducciones en todas las regiones. Cuando, por el contrario, se trata de limitar, el porcentaje -en todo caso mucho más elevado que el porcentaje para espaciar- muestra aumentos en todas las regiones, excepto en las regiones 4 y 6, que presentaban los menores índices.

En el gráfico 7.4 se presenta la composición de la demanda total de métodos anticonceptivos, que contiene la demanda satisfecha -usuarias actuales más las embarazadas y amenorreicas cuyo actual o último embarazo fue producto de una falla en el uso del método- y la demanda insatisfecha. Según se observa, la demanda satisfecha está constituida fundamentalmente por las usuarias actuales de métodos. Las embarazadas o amenorreicas cuyo embarazo fue resultado de una falla del método que estaban utilizando, mantienen un peso relativo reducido dentro de la demanda total.

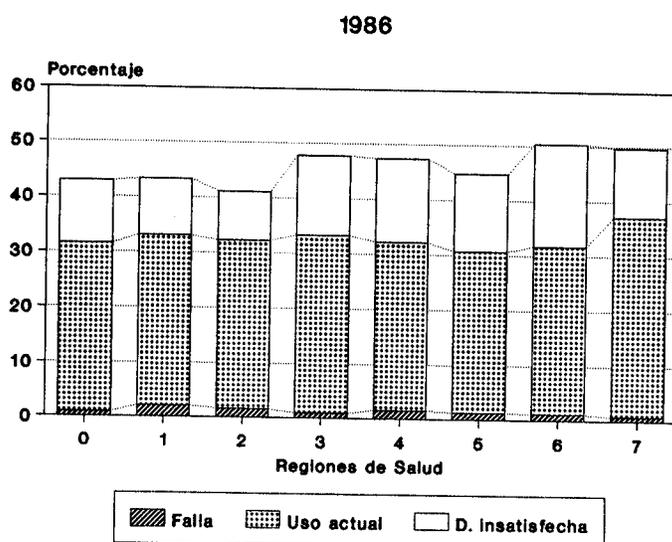
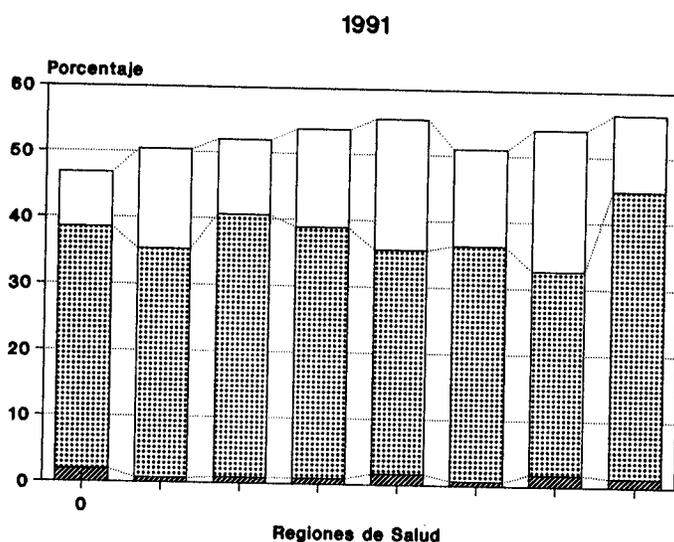
CUADRO 7.2
PREVALENCIA DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, SEGUN METODOS ESPECIFICOS. 1986 Y 1991

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

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 1991, siete de cada diez usuarias de métodos estaban esterilizadas.

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

Gráfico 7.4
Composición de la demanda total de métodos anticonceptivos,
1986 y 1991



Fuente: Cuadros 3.1 y 3.2

CAPITULO VIII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. Conclusiones

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

Contenidas en la demanda total se encuentran más de 220 mil mujeres con demanda insatisfecha de planificación familiar (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 estar biológicamente aptas para quedar embarazadas y expuestas al riesgo, y no estar utilizando métodos anticonceptivos para evitarlo. Este conjunto de mujeres constituye 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 demanda insatisfecha se localizan en la ciudad de Santo Domingo, que contiene casi la mitad de las mujeres en edad fértil de todo el país. La mayoría de ellas se muestran proclives hacia la regulación de su fecundidad, a pesar de que dejan manifiesta una necesidad de información, mensajes y métodos, sobre planificación familiar.

Los resultados fueron obtenidos con la utilización de una metodología que incluye a todas las mujeres en edad fértil. Dicho modelo, a pesar de incluir a un conjunto de mujeres que se supone no declaran correctamente las informaciones básicas requeridas, ha demostrado su utilidad para ser aplicado en países que disponen de encuestas similares a las de la República Dominicana; sin embargo, hay que tener cuidado en el análisis de las diferencias entre categorías, ya que en la medida que contengan diferentes proporciones de mujeres solteras no expuestas, podrían reflejar diferencias de diversa magnitud en las comparaciones.

B. Recomendaciones

Los programas de planificación a cargo de instituciones públicas y privadas de la República Dominicana deberían implementar estrategias tendientes a reducir el número de mujeres con demanda insatisfecha de métodos para planificar la familia, como medio de universalizar el derecho de cada pareja de tener el número de hijos que deseen y en el momento en que estimen conveniente.

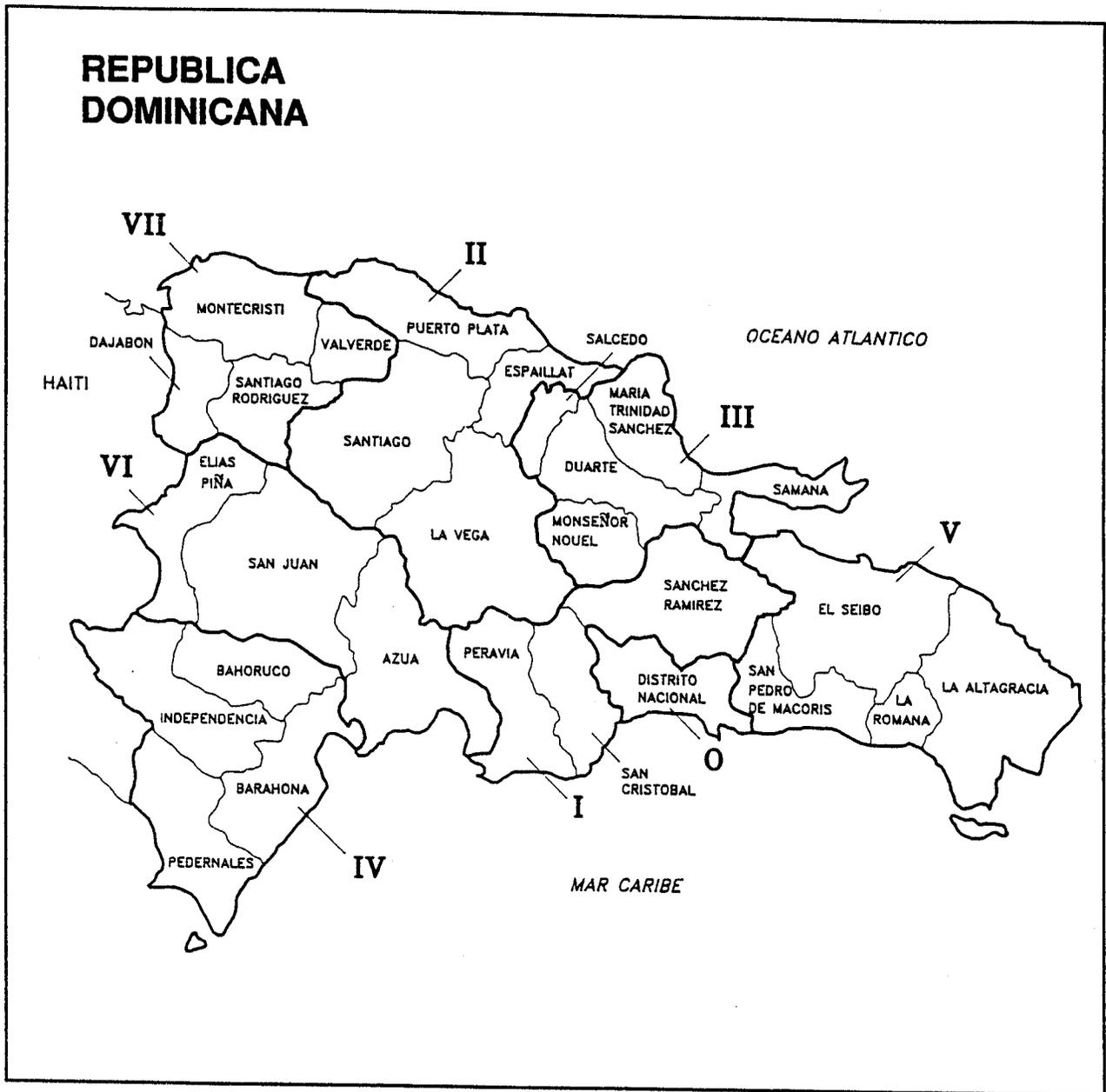
Primeramente, para implementar cualquier estrategia se deben disponer -u obtener- los recursos necesarios para incorporar a más de 200 mil nuevas usuarias al mercado de la planificación familiar. La formulación de proyectos viables, y su gestión en diversos organismos o instituciones financieras internacionales puede ser una vía para obtener dichos recursos.

Como parte de la estrategia a corto plazo, debe enfatizarse la necesidad de hacer llegar los mensajes de planificación familiar a los lugares donde se encuentran localizadas las mujeres con necesidades insatisfechas de métodos. Mensajes que, en primer lugar, motiven a las mujeres sobre las ventajas de planificar su familia, informando a su vez acerca de los métodos que pueden utilizar, con indicaciones sobre los lugares en que puedan conseguirlos 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 a su propio ciclo reproductivo, de manera que puedan entender en qué edad,

en qué circunstancias o momentos no están expuestas al riesgo de concebir, y, por tanto, no necesitan 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 la presencia de demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos, y así proceder al diseño de programas y políticas eficaces 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 puede ser mejorado en su formulación considerando los resultados obtenidos, y puede completarse con las nuevas informaciones sobre oferta y demanda de servicios de planificación familiar que se están recolectando en el país.

ANEXO 1
REGIONALIZACION DE LA SECRETARIA DE SALUD PUBLICA
DE LA REPUBLICA DOMINICANA



ANEXO 2
VARIABLES UTILIZADAS Y CODIGOS EN ARCHIVOS DE LA DHS-1986 Y ENDESA-1991.
REPUBLICA DOMINICANA

Nombre de la variable	Código en archivo	
	DHS-1986	DHS-1991
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
Ultimo 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 la relaciones sexuales	V526	Q512
Deseo de más hijos	V605	Q604U y Q604N
Número ideal de hijos	V613	Q624

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Asociación Dominicana pro-Bienestar de la Familia (PROFAMILIA). *Estudio de Demanda no Satisfecha y Oferta de Servicios de Planificación Familiar en la República Dominicana*, Santo Domingo, 1989.

Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA), *Encuesta Nacional de Fecundidad. Informe General*, Santo Domingo, 1976.

Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA) y Demographic and Health Surveys (DHS), *Encuesta Demográfica y de Salud DHS-1986*, Santo Domingo, 1987.

DeGraff, Deborah S., *An analysis of unmet need for contraception in Sri Lanka*. Carolina Population Center, Estados Unidos de América, 1990.

DeGraff, Deborah S. y De Silva, Victor, Unmet need for contraception in Sri Lanka, en *International Family Planning Perspectives*, 17(4), 1991.

DHS, *Description of the Demographic and Health Surveys Individual Recode Data File*, Columbia, Maryland, 1988.

Faundes, Anibal y Hardy, Ellen, Efectos demográficos y socioeconómicos del programa de planificación familiar en República Dominicana, en *Población y Desarrollo en América Latina*, Víctor Urquidi y José Morelos, eds., El Colegio de México, México, 1979.

Guzmán, José Miguel, «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, 1983.

Instituto de Estudios de Población y Desarrollo (IEPD) y otros, *República Dominicana. Encuesta Demográfica y de Salud. Informe preliminar*. Santo Domingo, 1991.

IPPF y otros, International Conference on Better Health for Women and Children Through Family Planning: Recommendations for Action, en *Studies in Family Planning*, 19(1), 1988.

Nortman, Dorothy, Medición de la necesidad insatisfecha de anticoncepción para espaciar y limitar los nacimientos, en *Perspectivas Internacionales de Planificación Familiar*, Número especial, 1983.

Oficina Nacional de Planificación (ONAPLAN) y otros, *Rep. Dominicana: Estimaciones y proyecciones de población por regiones y subregiones de planificación, según años calendario, sexo y edad. 1980-2000*, San José, Costa Rica, 1989.

Pichardo M. Arlette, 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*, México, D.F., 1986.

Ramírez, Nelson, *Planificación familiar, crecimiento demográfico y condiciones de vida en la República Dominicana: planteamientos para una política de población y desarrollo*. Santo Domingo, 1983.

Ramírez Nelson, *República Dominicana: Demanda y Oferta de Planificación Familiar. Resumen técnico*, Santo Domingo, 1989.

Ramírez, Nelson, *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, *Métodos Cuantitativos II. Segunda parte. Modelos estadísticos para el análisis de datos demográficos*. (Manuscrito), 1986.