



Análisis del Mercado de Anticonceptivos en la República Dominicana



OCTUBRE 2008

Esta publicación fue elaborada para consideración de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. La publicación fue elaborada por el USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo I.

Análisis del Mercado de Anticonceptivos en la República Dominicana

USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 1

La Orden de Trabajo 1 de USAID | PROYECTO DELIVER es financiada por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional bajo el contrato número GPO-I-01-06-00007-00, a partir del 29 de septiembre de 2006. La Orden de Trabajo 1 es implementada por John Snow, Inc., en colaboración con PATH; Crown Agents Consultancy, Inc.; Abt Associates; Fuel Logistics Group (Pty) Ltd.; UPS Supply Chain Solutions; el Manoff Group; y 3i Infotech. El proyecto mejora las cadenas de abastecimiento de los productos e insumos esenciales de salud a través del fortalecimiento de los sistemas de información para la administración logística; el alineamiento de los sistemas de distribución; la identificación de recursos financieros para adquisiciones y para el funcionamiento de la cadena de abastecimiento; y el mejoramiento de los pronósticos y la planificación de adquisiciones. El proyecto también alienta a legisladores y donantes a apoyar la logística como factor crítico del éxito general de sus mandatos en el área de salud.

Cita Recomendada

Aronovich, Dana, Disha Ali, and Nora Quesada. 2008. *Análisis del Mercado de Anticonceptivos en la República Dominicana*. Arlington, Va.: USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 1.

Resumen

La segmentación de mercado constituye una de las herramientas principales para conocer el mercado de anticonceptivos, visualizar dónde se están focalizando los recursos e identificar problemas de acceso y equidad entre quintiles socio-económicos. Este análisis muestra que los esfuerzos por expandir el acceso y el uso de la planificación familiar en la República Dominicana han sido exitosos, pero que aún existen discrepancias en las tasas de fecundidad global y en la tasa de prevalencia anticonceptiva entre los diferentes grupos socio-económicos en la República Dominicana. También, la necesidad insatisfecha alcanza un 11.4 por ciento en 2007 y llega hasta un 15 por ciento en la población ubicada en el quintil más pobre, cuando se analiza la necesidad insatisfecha entre los grupos socio-económicos.

A partir de estos resultados, parece que las poblaciones de los quintiles más bajos no tienen igualdad de acceso a todos los métodos de planificación familiar y que sus necesidades no están siendo satisfechas completamente por los servicios existentes. Por lo tanto, los socios trabajando en PF/SR en la República Dominicana deben esforzarse aún más para expandir el acceso a los servicios e información relacionados a la planificación familiar a todos los sectores de la población.

Fotografía de la Portada: Niños en una escuela de Samaná, República Dominicana. 2009

USAID | PROYECTO DELIVER

John Snow, Inc.

1616 Fort Myer Drive, 11th Floor

Arlington, VA 22209 USA

Teléfono: 703-528-7474

Fax: 703-528-7480

Email: askdeliver@jsi.com

Internet: deliver.jsi.com

Contenido

Siglas.....	v
Introducción.....	7
Objetivos	9
Metodología: Análisis de Quintiles.....	11
Hallazgos.....	13
Tasa Global de Fecundidad.....	13
Prevalencia Anticonceptiva.....	14
Necesidad Insatisfecha y Demanda Insatisfecha para Planificación Familiar	18
Fuente de Obtención de Anticonceptivos.....	21
Análisis de los Usuarios de Anticonceptivos con Seguro Médico	27
Intención de Uso Futuro de Planificación Familiar	28
Conclusiones.....	31
Documentos de Referencia.....	33
Tablas	
Tabla 1. Comparación de la TPA: Urbana versus Rural	16
Tabla 2. Tendencias en la TPA: 2002 - 2007	16
Graficas	
Gráfica 1. Ubicación Geográfica de los Quintiles	12
Gráfica 2. Tendencia de la Tasa Global de Fecundidad: 1986–2007	13
Gráfica 3. Tasa Global de Fecundidad por Quintil.....	14
Gráfica 4. Tendencias en la Tasa de Prevalencia Anticonceptiva, 1986–2007	14
Gráfica 5. Mezcla de Métodos, 1986–2007	15
Gráfica 6. Uso de Anticonceptivos por Quintil.....	17
Gráfica 7. Mezcla de Métodos por Quintil	18
Gráfica 8. Prevalencia y Necesidad Insatisfecha: 2002 y 2007	19
Gráfica 9. Necesidad de Servicios de PF por Quintil	19
Gráfica 10. Necesidad Insatisfecha por Área Geográfica, 2002–2007	20
Gráfica 11. Fuente de Obtención de Anticonceptivos, 1996–2007.....	22
Gráfica 12. Fuente de Métodos por Quintil, 2007	23
Gráfica 13. Fuente de Orales por Quintil.....	23
Gráfica 14. Fuente de DIUs por Quintil.....	24
Gráfica 15. Fuente de Inyectables por Quintil	24
Gráfica 16. Fuente de Esterilización por Quintil	25
Gráfica 17. Fuente de Condones por Quintil	25
Gráfica 18. Fuente de Abastecimiento por Tipos de Seguro Médico, 2007	27

Gráfica 19. Distribución de Usuarios que Tienen Otro Seguro, por Fuente de Abastecimiento y Métodos, 2007.....	28
Gráfica 20. Intención de Uso de PF en Mujeres no Usuarías, 2002 y 2007.....	29

Siglas

DAIA	Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos
DIGEMIA	Dirección General Materno Infantil y Adolescentes (en SESPAS)
ENDESA	<i>Encuesta Nacional de Demografía y Salud</i>
IDSS	Instituto Dominicana de Seguridad Social
IPPF	<i>International Planned Parenthood Federation</i>
DIU	dispositivo intrauterino
ONAPLAN	Oficina Nacional de Planificación
ONG	organización no gubernamental
PF	planificación familiar
PIB	producto interno bruto
PRB	<i>Population Reference Bureau</i>
PROFAMILIA	Asociación Dominicana Pro Bienestar de la Familia
SESPAS	Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
SS	Secretaría de Salud
TGF	tasa global de fecundidad
TPA	tasa de prevalencia anticonceptiva
UNDP	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
WDI	<i>World Development Indicators</i>

Introducción

En América Latina y el Caribe, la República Dominicana se ubica entre los países con indicadores más altos en salud reproductiva. Por ejemplo, 96 por ciento de los nacimientos son atendidos por personal calificado (PRB). La expectativa de vida al nacer es alta (72 años), tanto para hombres como para mujeres, la prevalencia de VIH entre la población adulta (15-49 años) es baja, ubicándose en 1.1 por ciento (2007, PRB 2008). Sin embargo, la mortalidad materna y la mortalidad infantil permanecen un tanto altas en 150 por cada 100,000 nacidos vivos (2000) y 32 por cada 1,000 nacidos vivos respectivamente (PRB). La República Dominicana está clasificada en el rango medio en el número 79 del Índice de Desarrollo Humano del UNDP (entre 177 países), con un PIB per capita de \$8,217 (UNDP) y 29 por ciento de la población viviendo bajo la línea de pobreza (con menos de \$1 al día) (WDI 2006). La clave para mejorar estos indicadores de salud y de desarrollo es asegurarle a la población el acceso confiable a servicios y suministros de salud reproductiva de alta calidad, incluyendo anticonceptivos. Esta meta es conocida como disponibilidad asegurada de insumos de salud reproductiva—o de anticonceptivos (DAIA).

La República Dominicana ha hecho grandes esfuerzos para mejorar la DAIA en el país:

- Creó el comité nacional para la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos-DAIA (2004), que es responsable por velar por la disponibilidad de estos insumos en todas las instituciones que lo conforman. Recientemente (Agosto 2009), amplió su ámbito de trabajo y cambió su nombre a “Comité para la Disponibilidad Asegurada de Insumos y Anticonceptivos” para abarcar otros insumos de salud reproductiva.
- El comité se reúne mensualmente para tratar temas de interés para todas las instituciones, especialmente para evaluar la situación de abastecimiento de las instituciones y buscar soluciones.
- El comité está compuesto por miembros de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), otras instancias del gobierno, ONGs (PROFAMILIA, ADOPLAFAM, MUDE), UNFPA, USAID y otros.
- Las reuniones mensuales han contribuido a la identificación de barreras en el acceso a los servicios de planificación familiar, así como el abastecimiento oportuno de métodos anticonceptivos.

Además, los miembros del comité DAIA han abogado permanentemente para que el Gobierno de la República Dominicana establezca una línea presupuestaria con fondos suficientes para la compra de anticonceptivos. A pesar que aún no cuentan con una línea presupuestaria como tal, la SESPAS ha logrado obtener fondos suficientes para la compra de anticonceptivos desde el año 2006. Sin embargo, es importante continuar abogando por fondos sellados a futuro, para garantizar la disponibilidad suficiente de fondos, a pesar de los cambios de gobierno. Si bien las donaciones de USAID al país—principalmente a las ONGs—finalizaron en el año 2006, USAID ha continuado apoyando al gobierno con asistencia técnica en DAIA, para lograr la sostenibilidad en la provisión de los servicios de PF, a través de la capacitación y el empoderamiento del programa de PF, ahora manejado por DIGEMIA.

Este informe se enfocará específicamente en la demanda y en el uso de anticonceptivos en la República Dominicana del año 2002 al 2007. Además de analizar la mezcla de métodos y necesidad insatisfecha en planificación familiar. También hará un repaso de las fuentes de obtención de anticonceptivos para los usuarios de los diferentes proveedores clave de servicios de planificación familiar en el país para ayudar a comprender de quiénes y de dónde están obteniendo los anticonceptivos los usuarios. El informe revisará específicamente los usuarios de anticonceptivos que tienen seguro privado u otro seguro por método y fuente de obtención para entender mejor el mercado de planificación familiar entre estos usuarios. Finalmente, este informe también analizará el uso de anticonceptivos para considerar las potenciales tendencias futuras en su uso.

La mayoría de estos indicadores se analizarán en mayor detalle por el estatus socio-económico y ubicación geográfica para obtener una perspectiva más clara de quiénes hacen uso de planificación familiar, dónde la obtienen, y cuál es su nivel socio-económico, para comprender de mejor manera el mercado de anticonceptivos. Este entendimiento detallado del mercado ayudará a mejorar el direccionamiento de los recursos, fortalecer los esfuerzos para aumentar el acceso a la planificación familiar y ayudar con la planeación futura de los recursos. Esta información también puede ser utilizada para dar soporte a la estrategia de planificación familiar con el fin de mejorar la equidad en el acceso a la planificación familiar en todo el país.

Objetivos

El objetivo primordial de este estudio es contribuir al fortalecimiento de la DAIA y la equidad en el acceso a los servicios de planificación familiar y anticonceptivos en el país. Al entender y, a su vez, mejorar la asignación de los recursos, el acceso a los servicios e insumos de planificación familiar de alta calidad puede ser mejorado. También es importante que el país continúe mirando hacia los requerimientos futuros y planeando para el retiro futuro del apoyo de anticonceptivos por parte de los donantes.

Según lo mencionado anteriormente, los objetivos específicos de este análisis son:

- Entender mejor las necesidades de las usuarias.
- Ayudar a ser más eficaces y eficientes en el uso de los recursos asignados por cada institución para la prestación de servicios de planificación familiar.
- Contribuir a las estrategias para incrementar el acceso a los servicios e insumos de planificación familiar en toda la población.
- Ayudar con la planeación futura de los recursos.

Metodología:

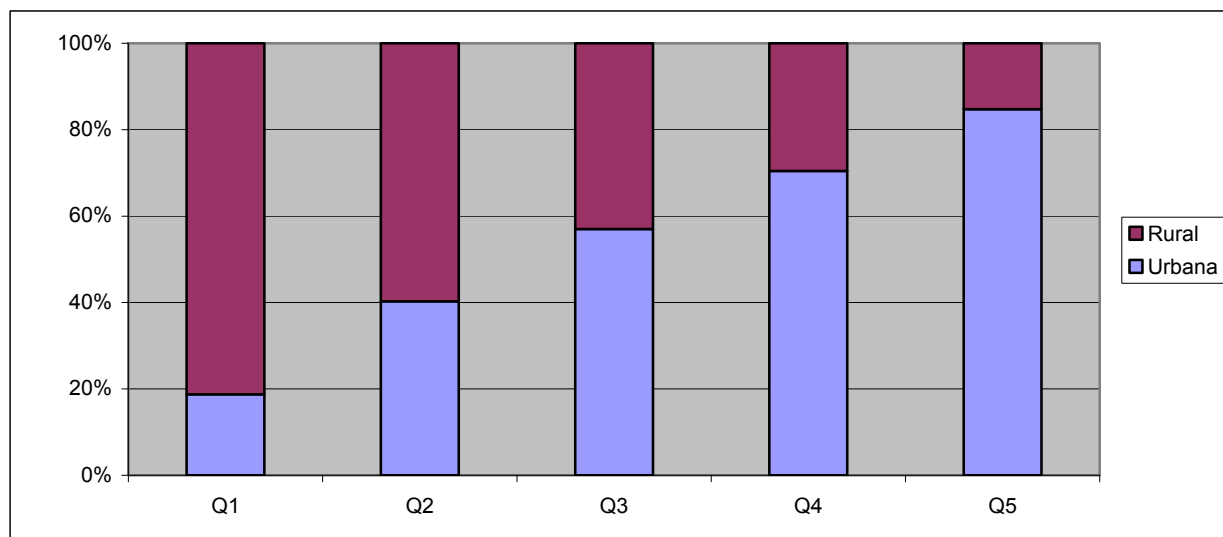
Análisis de Quintiles

La metodología utilizada para este estudio involucra un análisis secundario de la información de las Encuestas Demográfica y de Salud (ENDESA) 2002 y 2007. Estos datos, incluyendo la TPA, la mezcla de métodos, la necesidad insatisfecha y la fuente de obtención de anticonceptivos son analizadas en mayor detalle por quintil socio-económico, el cual provee un indicador aproximado del estatus socio-económico de las usuarias. Esto brinda un panorama más claro y más completo del mercado nacional de anticonceptivos.

Para la ENDESA 2007, se observaron las características de los hogares, incluyendo la calidad de vivienda, servicios sanitarios y la disponibilidad de bienes claves como por ejemplo radio, nevera, medios de transporte, etc. A estas características se les asignaron puntajes y se convirtieron en un índice. Los hogares fueron posteriormente clasificados dentro de este índice como una manera de medir su nivel socio económico. Los hogares fueron posteriormente agrupados dentro de 5 grupos iguales o quintiles, cada uno de los cuales representa al 20 por ciento de la población.

- Q1 representa los extremadamente pobres
- Q2 también se consideran pobres. Aproximadamente el 47 por ciento de ellos están debajo de la línea de pobreza
- Q3 son personas de ingresos medios, que se encuentran alrededor de la línea de pobreza
- Q4 está conformado por personas que pueden tener ingresos excedentes para cubrir sus necesidades básicas y adquirir bienes clave
- Q5 es el quintil más rico e incluye una gran variabilidad en cuanto al nivel de ingresos.

Gráfica I. Ubicación Geográfica de los Quintiles



La Gráfica 1 muestra la distribución de estos quintiles socio-económicos por área geográfica (urbana y rural) en la República Dominicana. No es sorprendente que la gran mayoría del quintil más pobre vive en áreas rurales, mientras que la gran mayoría del quintil más rico vive en áreas urbanas. No obstante, casi 20 por ciento del quintil más rico vive en áreas rurales y casi 20 por ciento del quintil más pobre vive en áreas urbanas. Los quintiles medios están compuestos por una mezcla de población urbana y rural, siendo esta proporción más marcada para el quintil 3, con casi la mitad de población urbana y la otra mitad con población rural. En general, en la República Dominicana aproximadamente el 33 por ciento de la población vive en áreas rurales y el 67 por ciento en áreas urbanas. ***Por lo tanto, asegurar la DAIA en la República Dominicana significa asegurar el acceso a la planificación familiar en todo el país, desde las villas más pequeñas hasta las ciudades más grandes.***

Un análisis de la segmentación del mercado promueve una asignación más eficiente de los recursos, asegurando que los recursos del sector público sean reservados para los grupos más pobres, quienes no pueden pagar por los anticonceptivos. Se puede fomentar entre los grupos más ricos a que acudan a las fuentes privadas donde deberían pagar por los servicios e insumos. Este enfoque de direccionar los recursos del sector público y privado promueve la DAIA, permitiendo así una asignación más efectiva y eficiente de los recursos, en la medida que se asegura el acceso a toda la población.

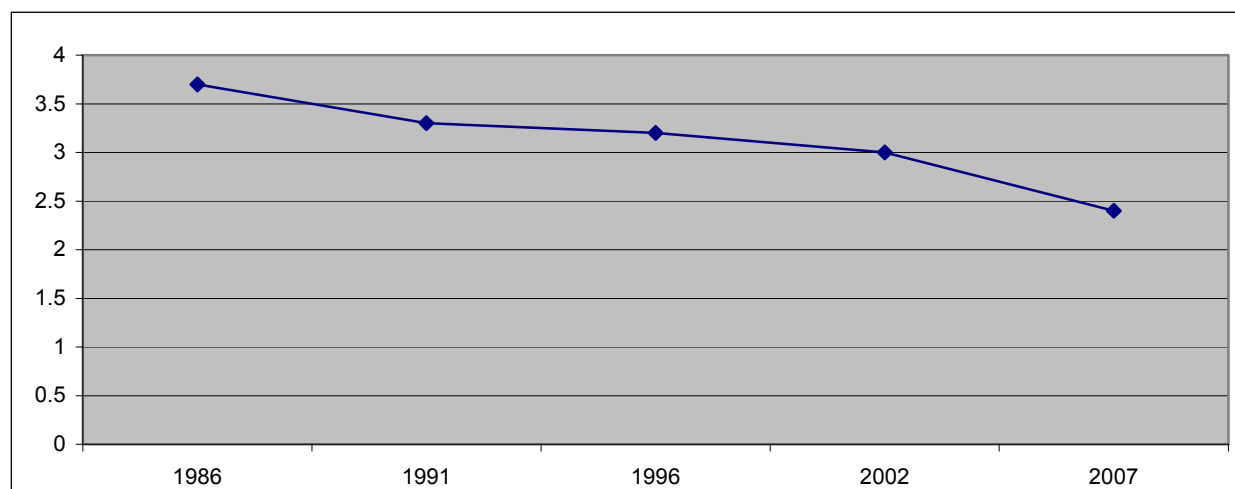
Hallazgos

El siguiente análisis presenta los indicadores claves sobre fecundidad, demanda anticonceptiva, uso, necesidad insatisfecha en planificación familiar y la fuente de obtención de anticonceptivos por parte de los usuarios, por método, por ubicación urbana/rural, y por quintil socio-económico como se describió anteriormente.

Tasa Global de Fecundidad

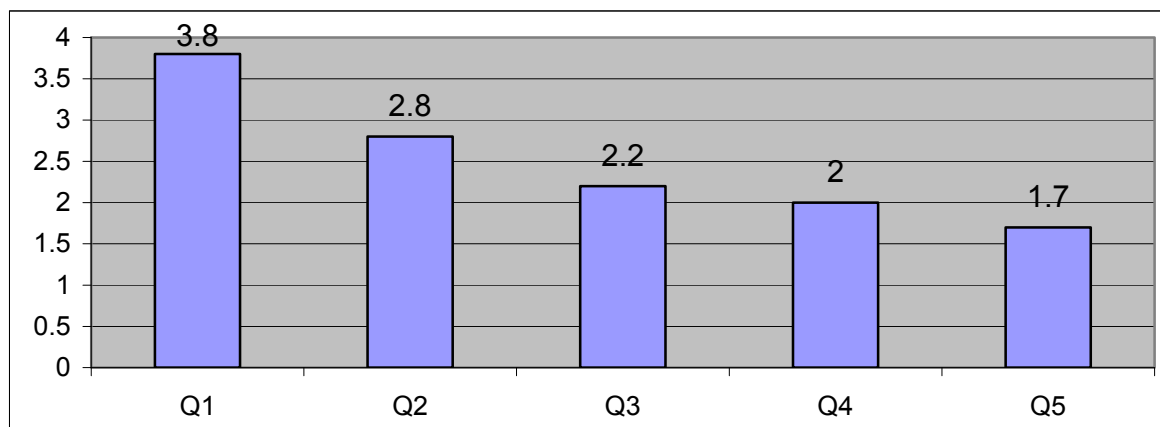
La Tasa Global de Fecundidad (TGF) en la República Dominicana ha declinado un 35 por ciento en 20 años, pasando de 3.7 en 1986 a 2.4 en 2007. Para 2007, la TGF fue 2.3 en zonas urbanas y 2.8 en zonas rurales. Sin embargo, el nivel de educación de las mujeres marca una disparidad aún mayor en la TGF. En las mujeres con mayor educación, la TGF es solamente 1.7, mientras que ésta es más del doble para las mujeres con ninguna educación formal, ubicándose en 4.0. A pesar de esta diferencia entre las mujeres con mayor educación y las que no tienen ninguna educación formal, esta disminución global refleja el incremento en el uso de anticonceptivos durante el mismo período, especialmente de métodos anticonceptivos modernos.

Gráfica 2. Tendencia de la Tasa Global de Fecundidad: 1986–2007



Mirando la TGF por quintiles para 2007 también se ve una tendencia con los extremadamente pobres (Q1) a una TGF de 3.8 y el quintil más rico (Q5) a una TGF de 1.7. Esta diferencia en la TGF entre el quintil más alto y el más bajo refleja la misma tendencia en el uso de anticonceptivos en todos los quintiles. Esto demuestra la necesidad de analizar las diferencias en estos importantes indicadores por quintil socio-económico e investigar las razones de las discrepancias. ***Este análisis ayudará a determinar si estas diferencias son debido a un acceso desigual a la planificación familiar y si ciertos grupos de población están siendo desatendidos.***

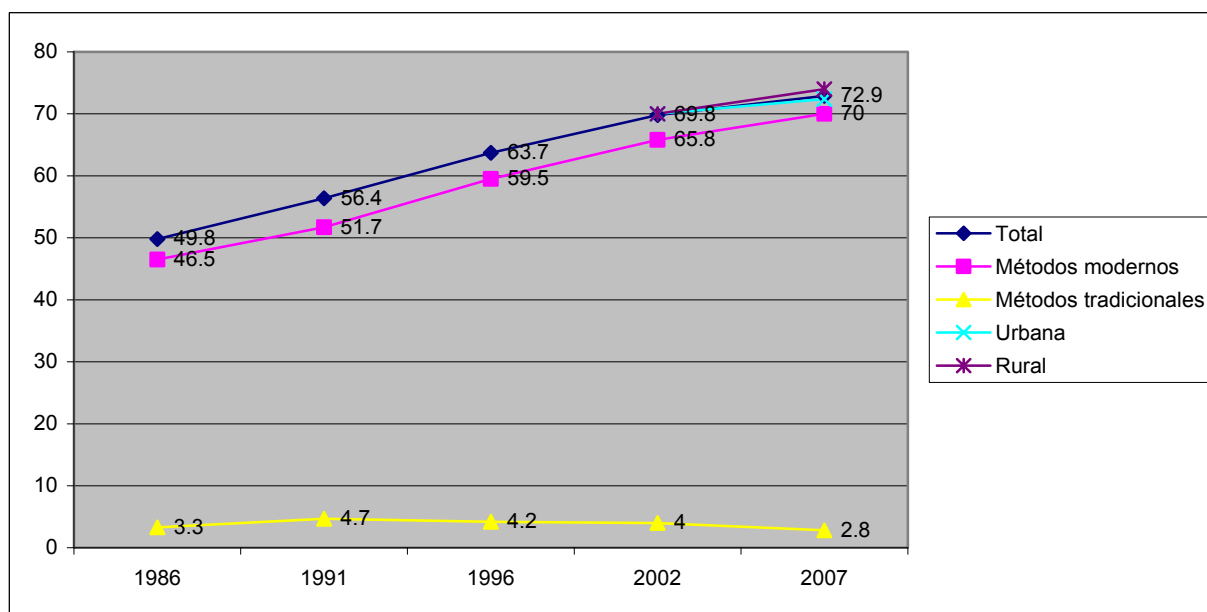
Gráfica 3. Tasa Global de Fecundidad por Quintil



Prevalencia Anticonceptiva

Junto con la disminución en la TGF que vimos anteriormente, se ha presentado un incremento en la Tasa de Prevalencia Anticonceptiva (TPA) total entre las mujeres en unión, pasando de 49.8 por ciento en 1986 a 72.9 por ciento en 2007.

Gráfica 4. Tendencias en la Tasa de Prevalencia Anticonceptiva, 1986–2007



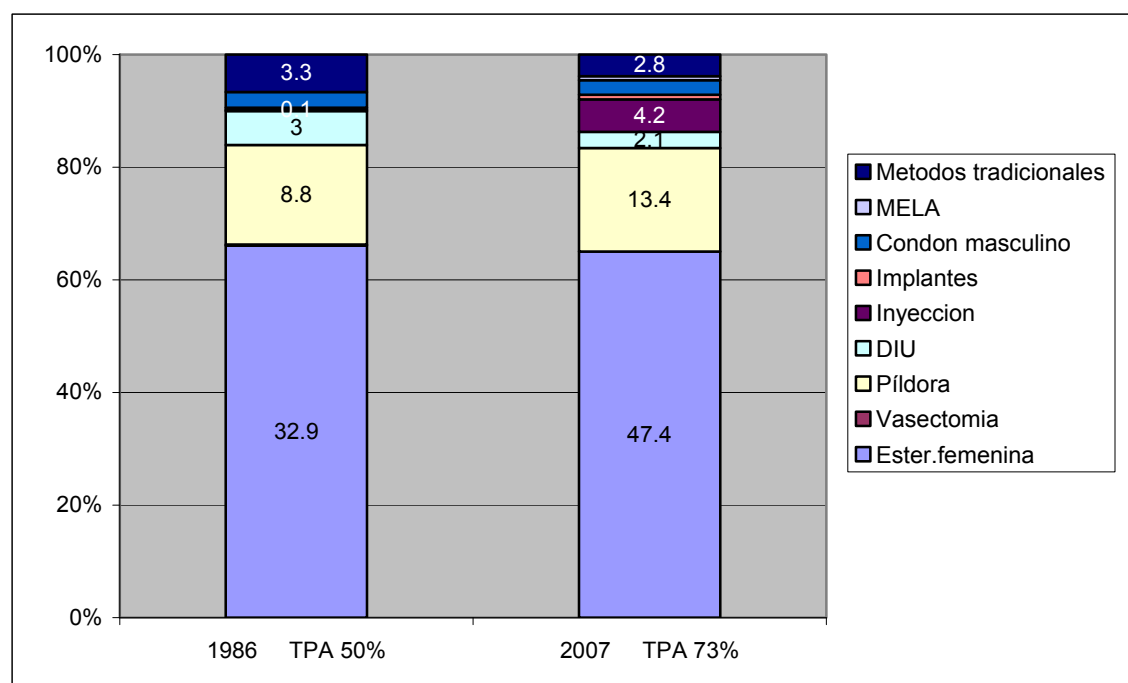
La disminución en la TGF y el incremento en la TPA se reflejan en tres tendencias encontradas durante el periodo 1986 y 2007:

- TPA para los métodos modernos se incrementó de **46.5 por ciento** a **70.0 por ciento** (+46 por ciento).
- TPA para los métodos tradicionales disminuyó de **3.3 por ciento** a **2.8 por ciento** (-15 por ciento).
- La no utilización de anticonceptivos cayó de **50.2 por ciento** a **27.1 por ciento** (-46 por ciento).

A medida que el uso de métodos tradicionales disminuyó, el uso de esterilización femenina, anticonceptivos orales e inyectables aumentó, mientras que el uso del DIU ha disminuido. También, el uso del implantes aumentó durante este período.

A pesar que la prevalencia anticonceptiva total ha incrementado significativamente entre 1986 (50 por ciento) y el 2007 (73 por ciento), la mezcla de métodos no cambió de la misma manera. Por ejemplo, para la esterilización femenina y los ciclos orales—los dos métodos anticonceptivos más populares en la República Dominicana—el porcentaje del total de la mezcla de métodos se mantuvo en 65 por ciento y 18 por ciento respectivamente. El cambio más notable se observa en el incremento del uso de los inyectables y la disminución significativa en el uso del DIU, entre 1986 y 2007, posiblemente éste último como resultado de la popularidad de los inyectables, especialmente en las poblaciones rurales.

Gráfica 5. Mezcla de Métodos, 1986–2007



Nota: los números que aparecen en la gráfica representan las tasas de prevalencia y no los porcentajes de la mezcla de métodos.

Está claro que las mujeres Dominicanas están cambiando de la no utilización al uso de planificación familiar y de los métodos tradicionales a métodos modernos más efectivos. Por otro lado, las principales razones presentadas en la ENDESA 2007 para sustentar el hecho que las mujeres no están usando planificación familiar incluyen: la infertilidad, infecundidad y/o infertilidad de su pareja masculina (32 por ciento), la oposición a usarlos (13 por ciento), el deseo de querer tener más hijos (11 por ciento), razones de salud (9 por ciento), estar menopáusica/histerectomizada (8 por ciento), el miedo a efectos secundarios (6 por ciento) y otras razones no identificadas (6 por ciento). Algunas de estas razones para la no utilización pudieran ser superadas a través de información, educación y programas de comunicación más completos que provean a los dominicanos la información sobre los beneficios de la planificación familiar, el espaciamiento de los nacimientos y de los potenciales, pero manejables, efectos secundarios. Por otro lado, los temas como la falta de conocimiento de las mujeres sobre los métodos o fuentes de anticonceptivos, oposición por parte de la pareja o cónyuge,

creencias religiosas, falta de acceso, y costo *no* fueron mencionados como barreras importantes para el uso de planificación familiar.

En Tabla 1, no hay una diferencia significativa en el uso de anticonceptivos total entre las áreas urbanas y rurales del país. ***Sin embargo, las áreas rurales muestran una TPA un poco mayor en métodos modernos y una TPA un poco menor en métodos tradicionales.***

En la Tabla 2, se presentan las tendencias a través del tiempo, mostrando que la TPA ha variado muy poco en las áreas urbanas, y ha habido un incremento del 5.4 por ciento en las áreas rurales del 70 por ciento a 74 por ciento de 2002 hasta 2007. ***Estos datos confirman que el programa de PF del gobierno y la distribución comunitaria de las ONGs han tenido un impacto importante en mejorar el acceso a servicios de PF en las áreas rurales y de menor acceso.*** Asimismo, las poblaciones rurales parecen estar aceptando los servicios de PF en una proporción mayor a las poblaciones urbanas.

Tabla 1. Comparación de la TPA: Urbana versus Rural

	TPA todos los métodos	TPA métodos modernos	TPA métodos tradicionales	No usa
Urbana	72.4	68.9	3.5	27.6
Rural	74.0	72.5	1.5	26.0
Total	72.9	70.0	2.8	27.1

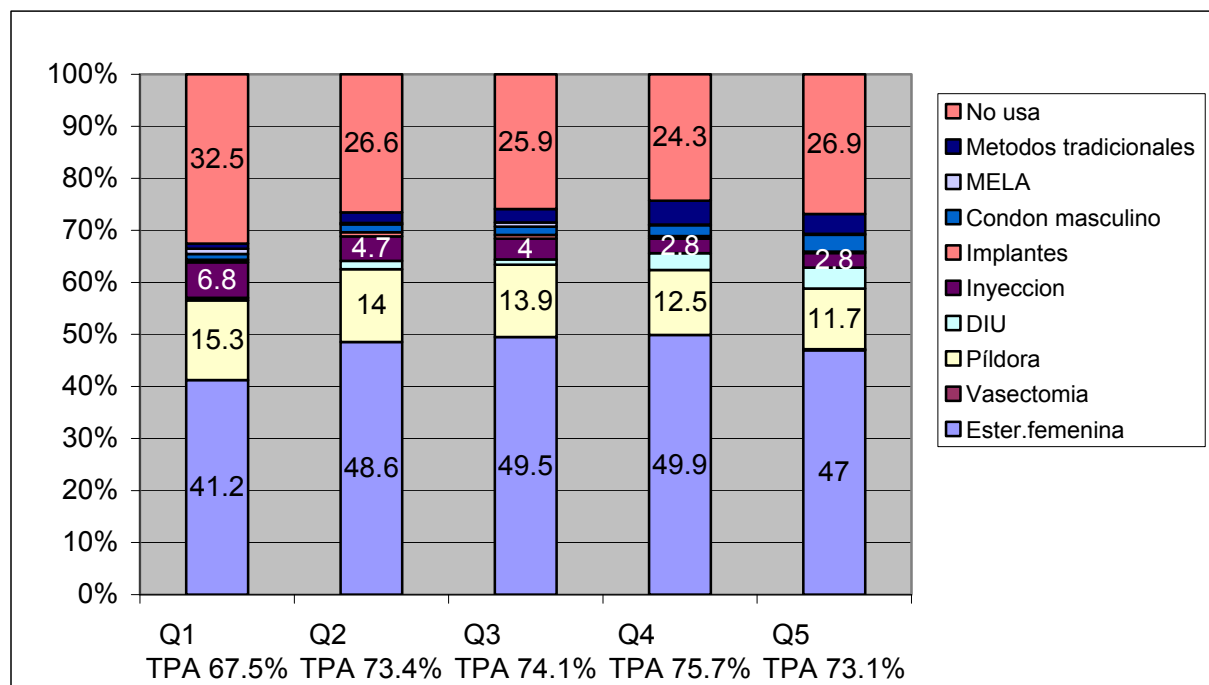
Tabla 2. Tendencias en la TPA: 2002–2007

	2002	2007
Urbana	70	72
Rural	70	74
Total	70	73

Desglosando el uso de anticonceptivos como se reportó en la ENDESA 2007 por quintiles socio-económicos, la TPA es más alta en los quintiles socio-económicos más altos (Q5: TPA es 73.1 por ciento) que en los quintiles más bajos (Q1: TPA es 67.5 por ciento). Sin embargo, la TPA para las mujeres en el quintil más alto es solamente 8 por ciento más alto que para las mujeres en el quintil más bajo. La TPA total por quintil se muestra en la parte inferior del gráfico.

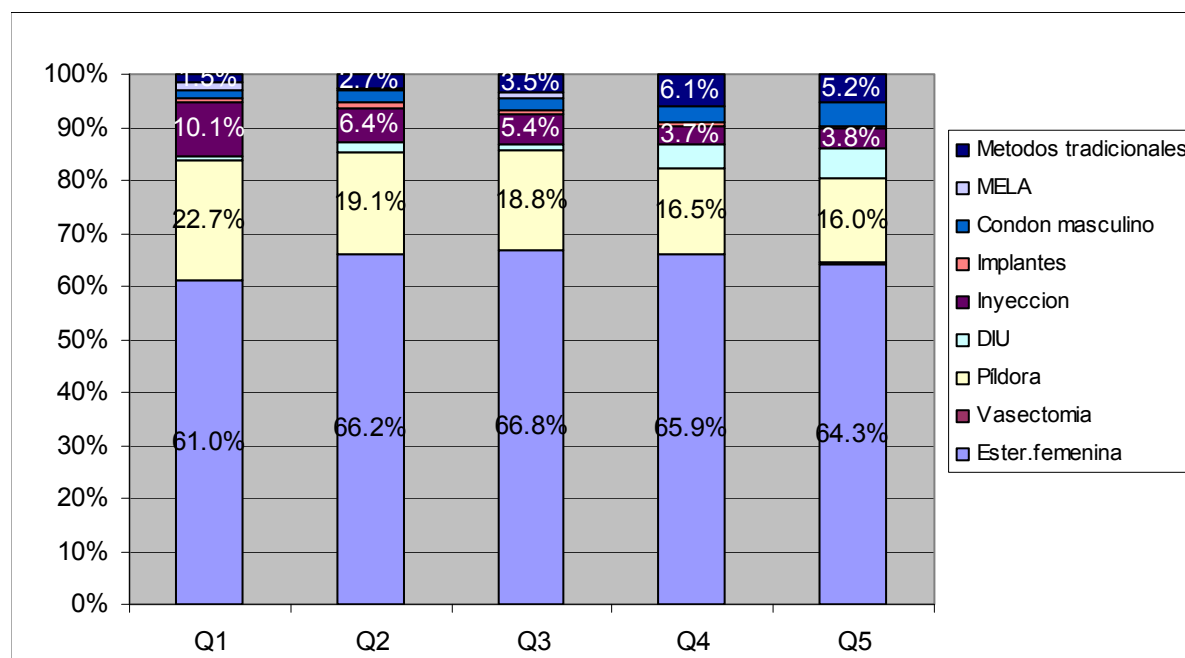
Es también claro que los métodos permanentes y de largo plazo como la esterilización femenina y el DIU, junto con los condones, tienen una mejor aceptación entre los quintiles más ricos, mientras que los inyectables y las píldoras son más populares entre los quintiles más pobres. ***La no utilización es más alta entre los quintiles más bajos y más baja entre los quintiles más altos.*** Esto pudiera ser un reflejo del acceso a los anticonceptivos, y específicamente a los métodos clínicos, ya que los quintiles más altos tienen una probabilidad más alta de ser urbanos y los quintiles más pobres de ser rurales. Por lo tanto, **las mujeres en los quintiles más ricos** (en gran parte provenientes de las áreas urbanas) **tienen mejor acceso a los métodos clínicos**, que representan un mayor costo inicial, mientras que las mujeres en los quintiles más bajos (provenientes en su mayoría de las áreas rurales) tienen menor acceso a los métodos clínicos de largo plazo y son más caros y tienen mayor acceso a los métodos menos costosos y no clínicos.

Gráfica 6. Uso de Anticonceptivos por Quintil



La gráfica de abajo muestra los mismos datos pero tomando en cuenta estrictamente a los usuarios de planificación familiar (es decir, excluyendo a los no usuarios). La mezcla de métodos en República Dominicana no varía significativamente entre los quintiles socio-económicos. Sin embargo, tal como se mencionó anteriormente, los ciclos orales y los inyectables representan la proporción más alta dentro de la mezcla de métodos para los quintiles más pobres, mientras que la esterilización femenina y el DIU representan la proporción mayor en la mezcla de métodos para los quintiles más altos. ***En cuanto a los métodos tradicionales, lo interesante de los datos es que estos métodos son más populares y utilizados entre las mujeres de quintiles más ricos que entre las de quintiles más pobres.*** Posiblemente esto se deba a que el acceso a métodos gratuitos como la píldora y los inyectables están más disponibles a través de establecimientos de salud de la SESPAS, donde raramente acudirían las mujeres de quintiles ricos. Asimismo, la creencia que los métodos hormonales producen ciertos malestares y problemas de salud puede incidir en que estas mujeres, con un nivel de educación mayor, prefieran utilizar un método tradicional correctamente, hasta optar eventualmente por una esterilización.

Gráfica 7. Mezcla de Métodos por Quintil

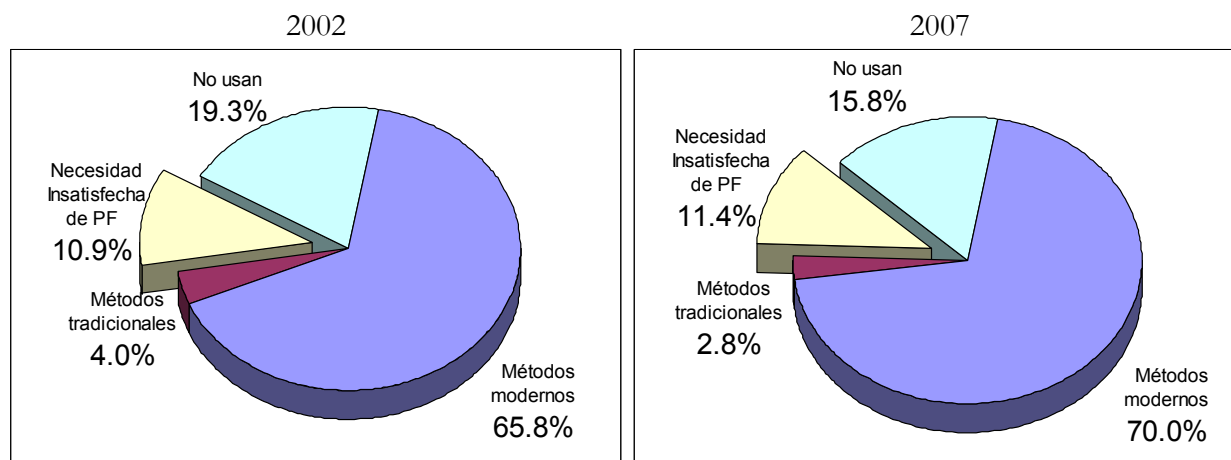


Es evidente que los métodos permanentes y de mayor duración están más accesibles para y son más aceptados por los quintiles más ricos, mientras que las píldoras y los inyectables son más utilizados en los quintiles más bajos. Esto podría indicar que la oferta de métodos como la esterilización femenina y el DIU es aún deficiente para los quintiles bajos, lo cual es especialmente significativo puesto que la esterilización femenina y el DIU son considerados métodos más costo-efectivos.

Necesidad Insatisfecha y Demanda Insatisfecha para Planificación Familiar

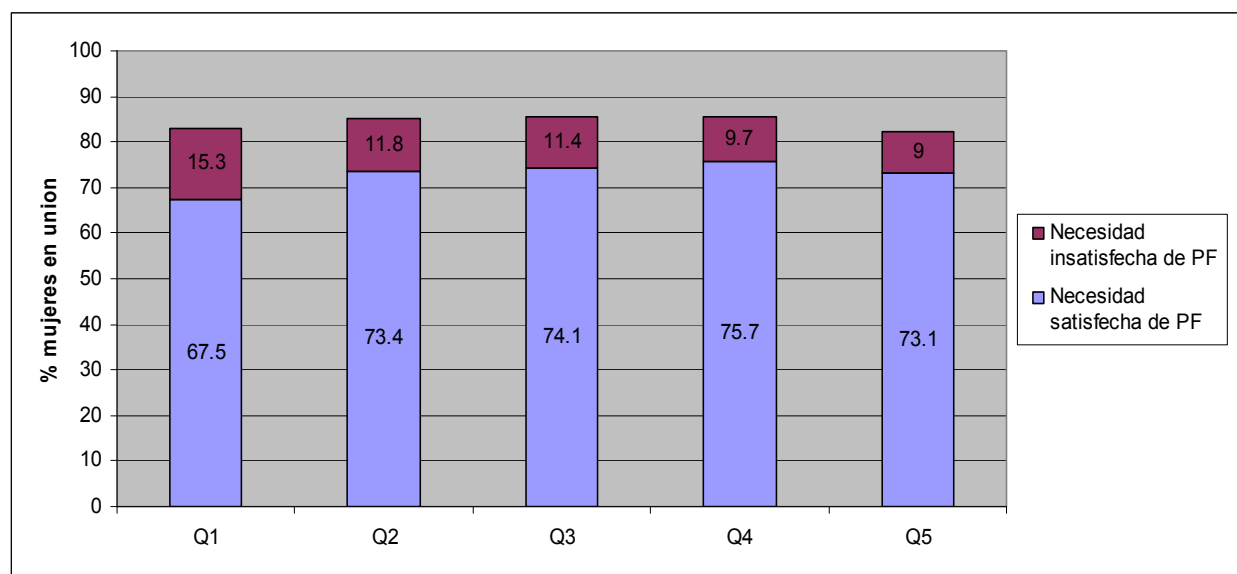
Según la definición tradicional, la necesidad insatisfecha representa a aquellas mujeres que no están embarazadas, no quieren quedar embarazadas, están en riesgo reproductivo y no usan anticoncepción. Las dos gráficas siguientes muestran el cambio en el uso de anticonceptivos y la necesidad insatisfecha del 2002 al 2007. En el 2002, 10.9 por ciento de las mujeres en edad reproductiva en la República Dominicana expresó una necesidad insatisfecha para la planificación familiar. Esto aumentó al 11.4 por ciento en el 2007, un aumento de solamente 5 por ciento. Sin embargo, durante este período, el uso de métodos modernos también aumentó y el uso de métodos tradicionales y el porcentaje de mujeres que no usan disminuyó. Así que, la *demanda* total para planificación familiar (necesidad satisfecha e insatisfecha) en general aumentó del 2002 al 2007. En resumen, esta tendencia indica que *las mujeres están abandonando el “no uso” y métodos tradicionales menos efectivos y pasando a utilizar métodos modernos más efectivos*. Hace 20 años (en 1986), el uso de métodos modernos apenas alcanzaba el 46.5 por ciento.

Gráfica 8. Prevalencia y Necesidad Insatisfecha: 2002 y 2007



Estas gráficas son aún más reveladoras cuando se desglosa la necesidad insatisfecha por quintil socio-económico. La necesidad insatisfecha es más alta (en porcentaje) entre los quintiles más bajos y más baja entre los quintiles más altos indicando una diferencia clara en el patrón de uso entre estos grupos. La *demanda* total para la planificación familiar (necesidad satisfecha y insatisfecha) es prácticamente igual en todos los quintiles (aproximadamente 82-85 por ciento). Sin embargo, el porcentaje de la demanda total satisfecha (necesidad satisfecha dividida entre la demanda total) aumenta de 81 por ciento en el quintil más bajo a 89 por ciento en el quintil más alto. ***La población más pobre es la más desatendida y tiene el menor acceso a los servicios e insumos de planificación familiar que desean.***

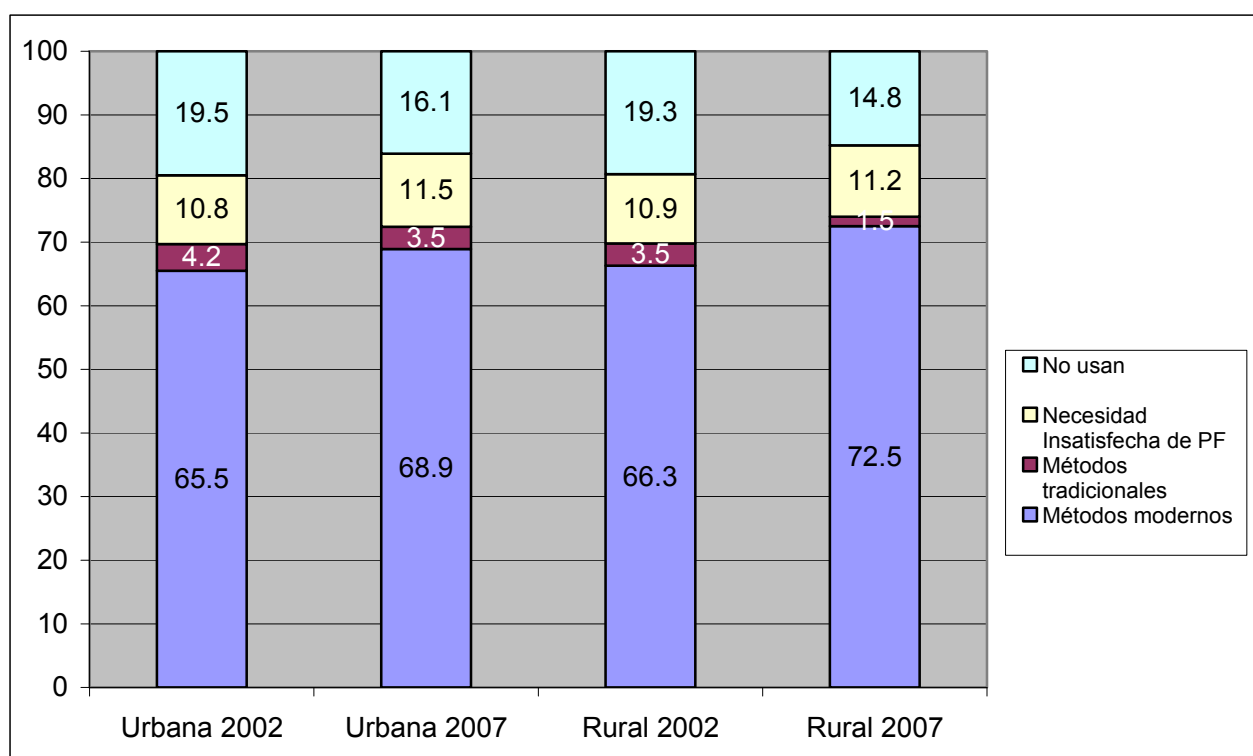
Gráfica 9. Necesidad de Servicios de PF por Quintil



En general, cuando se analiza el desglose de la necesidad satisfecha e insatisfecha por área geográfica del 2002 al 2007, no hay diferencias significativas en el uso de métodos modernos entre la población

de áreas urbanas y rurales. El “no uso” ha disminuido entre las mujeres tanto del área rural como de la urbana. La necesidad insatisfecha ha permanecido relativamente constante a lo largo del tiempo y en ambas áreas geográficas. Sin embargo, en el año 2007 hay una pequeña diferencia en el uso de métodos modernos y el “no uso” de planificación familiar entre estos dos grupos. Un dato interesante es que el “no uso” es MAYOR y el uso de métodos modernos es MENOR en mujeres del área urbana que en aquellas del área rural. Como se mencionó anteriormente, posiblemente esto se deba a que el acceso a métodos gratuitos como la píldora y los inyectables están más disponibles a través de establecimientos de salud de la SESPAS, donde raramente acudirían las mujeres de quintiles ricos. Asimismo, la creencia que los métodos hormonales producen ciertos malestares y problemas de salud puede incidir en que estas mujeres, con un nivel de educación mayor, prefieran utilizar un método tradicional correctamente, hasta optar eventualmente por una esterilización.

Gráfica 10. Necesidad Insatisfecha por Área Geográfica, 2002–2007



Mientras que la TPA global en las áreas **urbanas** se mantuvo constante del 2002 al 2007, la utilización de métodos modernos se incrementó levemente, y las tasas de uso de métodos tradicionales y la no utilización disminuyeron. Sin embargo, esto estuvo marcado por un incremento en la proporción de mujeres que expresaron una necesidad insatisfecha.

En áreas **rurales**, la TPA total aumentó del 70 por ciento al 74 por ciento, la mayor parte compuesta por usuarios adicionales de métodos modernos. La no utilización entre las mujeres del área rural también disminuyó en relación a las mujeres en edad reproductiva; sin embargo, nuevamente aquí, algunas de estas mujeres se han trasladado de la no utilización a una necesidad insatisfecha expresada, ya que la necesidad insatisfecha incrementó levemente en este período.

Fuente de Obtención de anticonceptivos

La fuente de obtención de anticonceptivos entre los usuarios actuales de los métodos modernos está dividida casi equitativamente entre los proveedores del sector público y privado (51 por ciento y 46 por ciento, respectivamente, con 3 por ciento sin información). Los principales proveedores de planificación familiar en la República Dominicana incluyen los siguientes (ver ENDESA 2007 para obtener más detalles):

SECTOR PÚBLICO:

- SESPAS y Promotor(a) de SESPAS
- IDSS
- FF.AA/P.N.
- Consultorio/dispensario
- Clínica rural
- Otras fuentes públicas.

SECTOR PRIVADO:

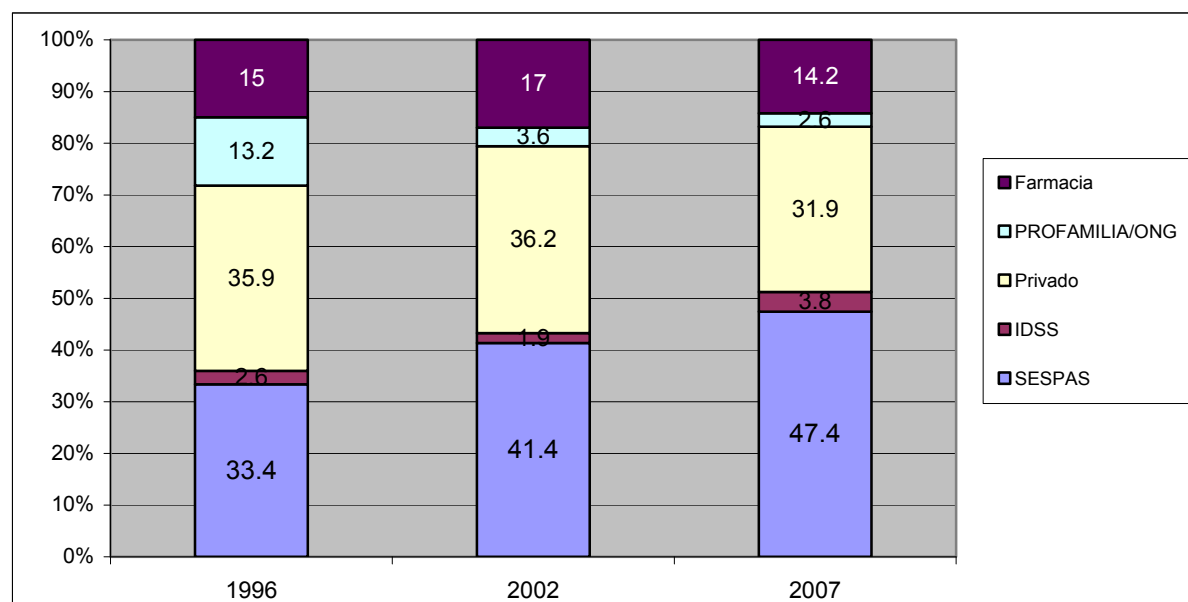
- Clínica/médico privado
- Clínica de PROFAMILIA
- Farmacia
- Promotor(a) de ONG
- Otras fuentes privadas (incluyendo colmado/supermercado, hotel/motel, etc.).

Dentro de estas grandes categorías, las fuentes principales de anticonceptivos en el sector público son la SESPAS (la mayoría) y el IDSS, mientras que en el sector privado las clínicas/médico privado y las farmacias son por mucho los proveedores más grandes de anticonceptivos.

Al comparar la fuente de obtención de anticonceptivos durante el período de 1996–2007 mostrado en la Gráfica 11, la mezcla de métodos experimentó un leve cambio durante el período de 10 años:

- PROFAMILIA y las ONG disminuyeron 80 por ciento como proporción de las Fuentes de obtención total, entre 1996 y 2007.
- Las farmacias se han mantenido relativamente constantes en relación a todos los proveedores de anticonceptivos, aunque las otras fuentes privadas han disminuido aproximadamente 10 por ciento como proporción de las fuentes de obtención total. (Nota: para las siguientes gráficas en esta sección del informe, “privado” incluye clínica/médico privado, otro privado, y otras fuentes como colmado/supermercado, hotel/motel, otra fuente, sin información).
- SESPAS aumentó 40 por ciento como proporción dentro de las fuentes de obtención total, entre 1996 y 2007. (Nota: para las siguientes gráficas en esta sección del informe, “SESPAS” incluye FF.AA/P.N., los promotore(a)s de SESPAS, las clínicas rurales, consultorio/dispensario y otros centros públicos.)

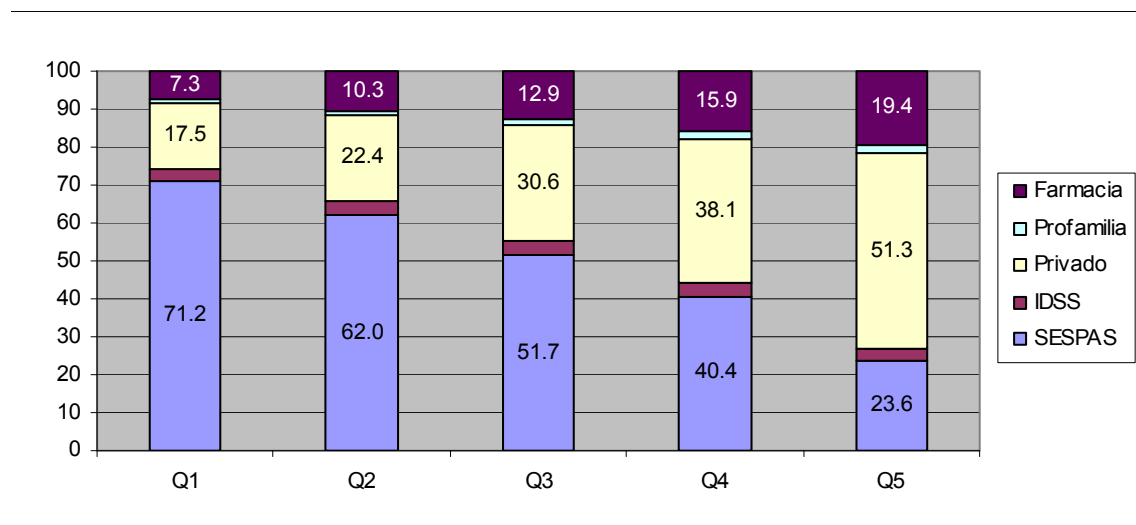
Gráfica II. Fuente de Obtención de Anticonceptivos, 1996–2007



Esta tendencia muestra que la proporción del sector público en relación a las fuentes de obtención de anticonceptivos en efecto ha incrementado, sustituyendo a las fuentes privadas, PROFAMILIA y las ONGs en las fuentes de obtención total. En 1996, el sector público representó solo un 36 por ciento de las fuentes de obtención total, comparado con un 64 por ciento del sector privado. Para el año 2007, el sector público representó el 51 por ciento de las fuentes de obtención total, comparado con un 49 por ciento del sector privado. Cabe mencionar que el apoyo de UNFPA a través de donaciones

Al examinar las fuentes de obtención de anticonceptivos por quintil de la ENDESA 2007, está claro que el sector público atiende a una porción más grande de los clientes de planificación familiar de los quintiles socio-económicos más bajos, mientras que las fuentes del sector privado atienden a una mayor porción de los clientes más ricos. IDSS atiende aproximadamente el mismo porcentaje en cada uno de los quintiles. SESPAS y otras fuentes públicas (incluyendo FF.AA/P.N., los promotor(a)s de SESPAS, las clínicas rurales, consultorio/dispensario y otros centros públicos) son mucho más populares entre los quintiles más pobres, cubriendo un 74 por ciento del quintil más pobre, mientras que las fuentes privadas como las farmacias, y otras fuentes privadas (incluyendo clínica/médico privado, otro privado, y otras fuentes como colmado/supermercado, hotel/motel, otra fuente, y sin información) son mucho más populares entre los quintiles más ricos, cubriendo el mismo porcentaje (73 por ciento) del quintil más rico. Esto pudiera ser un reflejo de la capacidad de pago—los clientes más ricos pueden costearse servicios e insumos del sector privado, mientras que los clientes más pobres son mucho más dependientes del sector público. O, pudiera ser un reflejo del acceso a los servicios de planificación familiar y a los anticonceptivos, ya que los quintiles más pobres (concentrados en las áreas rurales) pudieran tener menos opciones del sector privado, mientras que los quintiles más ricos (mayormente residentes urbanos) tienen muchas opciones del sector privado.

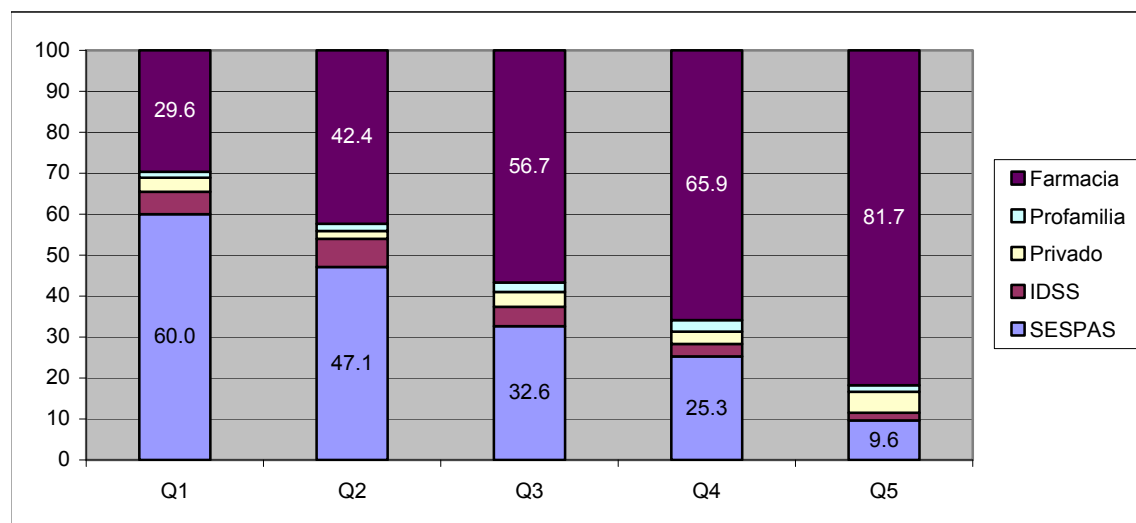
Gráfica 12. Fuente de Métodos por Quintil, 2007



Las siguientes cinco gráficas muestran la fuente de obtención de anticonceptivos por método y por quintil socio-económico para orales, DIUs, inyectables, esterilización femenina y condones como se reportó en la ENDESA 2007. Los gráficos abajo muestran una tendencia consistente en la fuente de suministro para la mayoría de estos métodos: los clientes más ricos obtienen sus anticonceptivos a través del sector privado, mientras que para los quintiles más pobres, la mayoría de mujeres obtienen sus suministros a través del sector público, con excepción de los condones (ver Gráfica 17). Las categorías presentadas en las siguientes gráficas se describieron anteriormente.

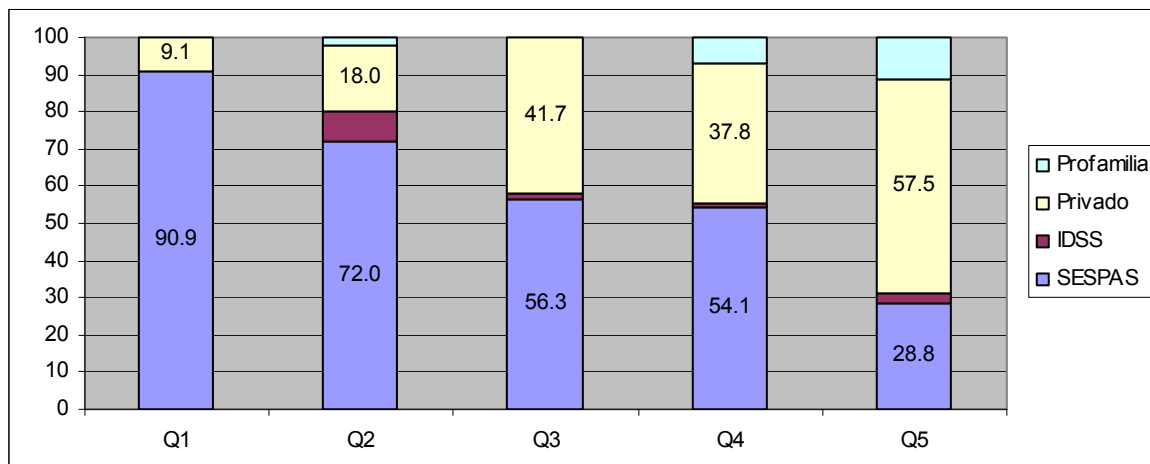
Como se mencionó antes, para los clientes más ricos, los orales son en su mayoría suministrados por el sector privado (88 por ciento del quintil 5), mientras que para los quintiles más pobres, la mayoría de mujeres obtienen sus orales a través del sector público (65 por ciento del quintil 1). El uso de orales es bastante uniforme en todos los quintiles y, en general, el 30 por ciento de los usuarios obtienen sus suministros del sector público y 70 por ciento los obtiene de una fuente del sector privado.

Gráfica 13. Fuente de Orales por Quintil



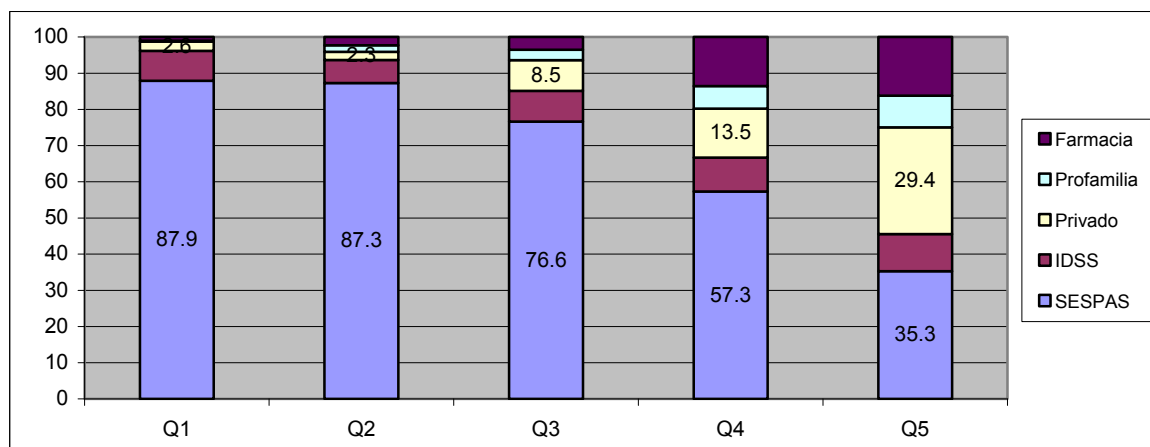
Para el DIU, la tendencia es la misma pero aún más pronunciada—la mayoría en los quintiles más bajos obtiene sus suministros del sector público (91 por ciento del quintil 1), mientras que una proporción más grande de los quintiles más altos los obtiene del sector privado (70 por ciento del quintil 5). Como se mencionó anteriormente, el uso de DIUs es mucho mayor entre los quintiles más altos que en los quintiles más bajos. En general, el 55 por ciento de los usuarios obtienen sus suministros del sector público y el 45 por ciento los obtiene de una fuente del sector privado, una participación casi equitativa entre los sectores público y privado.

Gráfica 14. Fuente de DIUs por Quintil



Para los inyectables, la tendencia es la misma, con casi todas las mujeres en los quintiles 1 y 2, y la mayoría de los quintiles 3 y 4 también, obteniendo sus inyectables del sector público, mientras que más de la mitad del quintil 5 obtiene sus inyectables del sector privado. En general, el uso de los inyectables es más alto entre los quintiles más bajos que los quintiles más altos y el 80 por ciento de todos los usuarios de inyectables obtienen sus suministros del sector público y el 20 por ciento los obtiene de una fuente del sector privado. ***Sin embargo, un porcentaje importante de usuarios en los quintiles 3, 4 y 5 obtienen este método del sector público, lo que puede indicar barreras de acceso y disponibilidad a través del sector privado/comercial.***

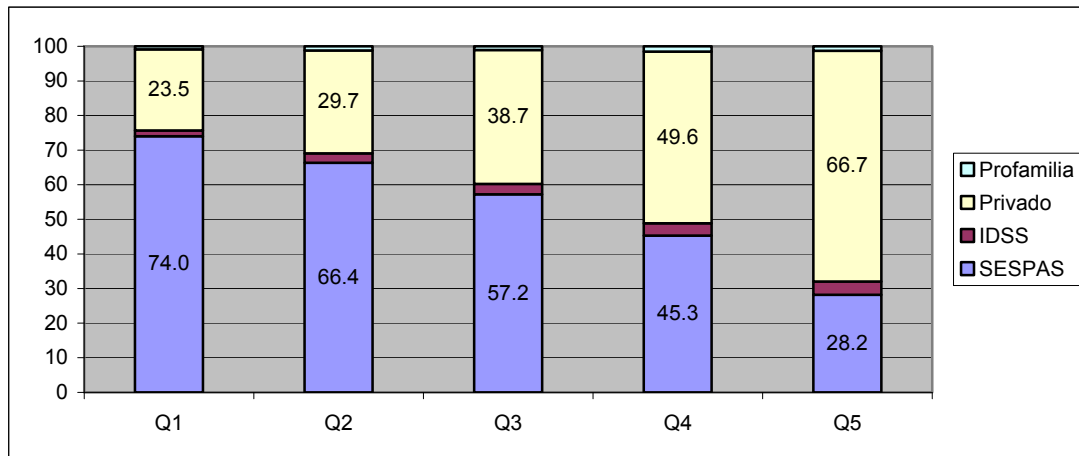
Gráfica 15. Fuente de Inyectables por Quintil



La SESPAS y las clínicas/médicos privados cubren casi todas las usuarias de esterilización, pero con un porcentaje alto de los quintiles más bajos utilizando el sector público y un porcentaje alto de los quintiles más

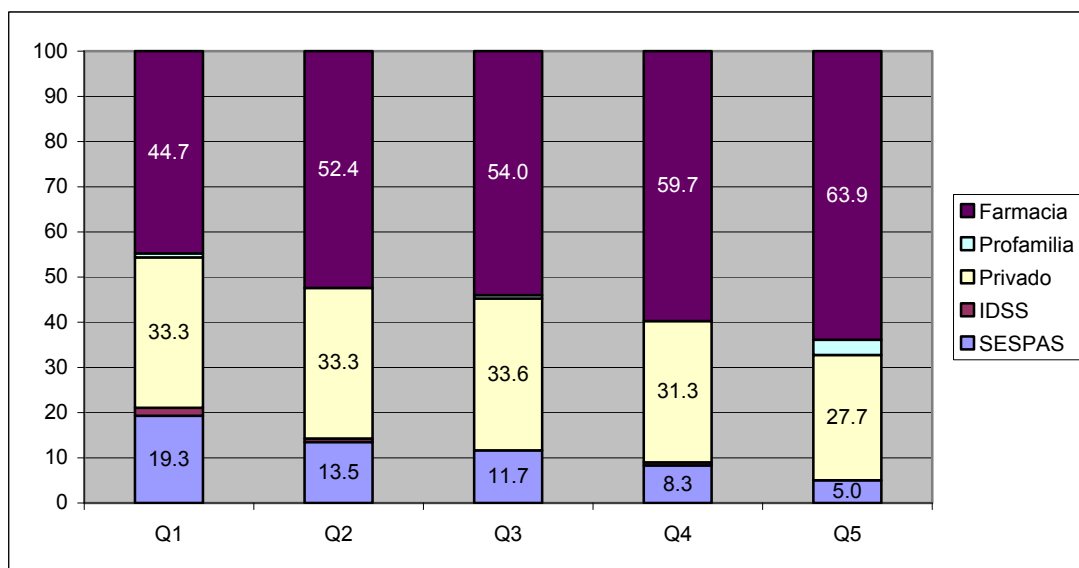
altos utilizando el sector privado. El uso de la esterilización femenina es casi igual en todos los quintiles, aunque sigue siendo un poco más bajo en los quintiles más pobres. En general, el sector público atiende a un porcentaje mayor de las usuarias de esterilización (58 por ciento), en comparación con el sector privado (42 por ciento).

Gráfica 16. Fuente de Esterilización por Quintil



Finalmente, para el uso de condones, la mayoría de los usuarios de todos los quintiles acceden a estos insumos a través del sector privado: 80 por ciento del quintil más bajo y 95 por ciento del quintil más alto. Sin embargo, una proporción importante de los usuarios de condones de los quintiles más altos obtienen sus insumos de las farmacias, mientras que es más común observar que los usuarios de los quintiles más bajos obtienen sus condones de otras fuentes privadas, a diferencia de los quintiles más altos. En general, el uso de condones es más alto entre los quintiles más ricos y los usuarios acceden a estos insumos a través del sector privado en una proporción mayor (91 por ciento) que a través del sector público (9 por ciento).

Gráfica 17. Fuente de Condones por Quintil



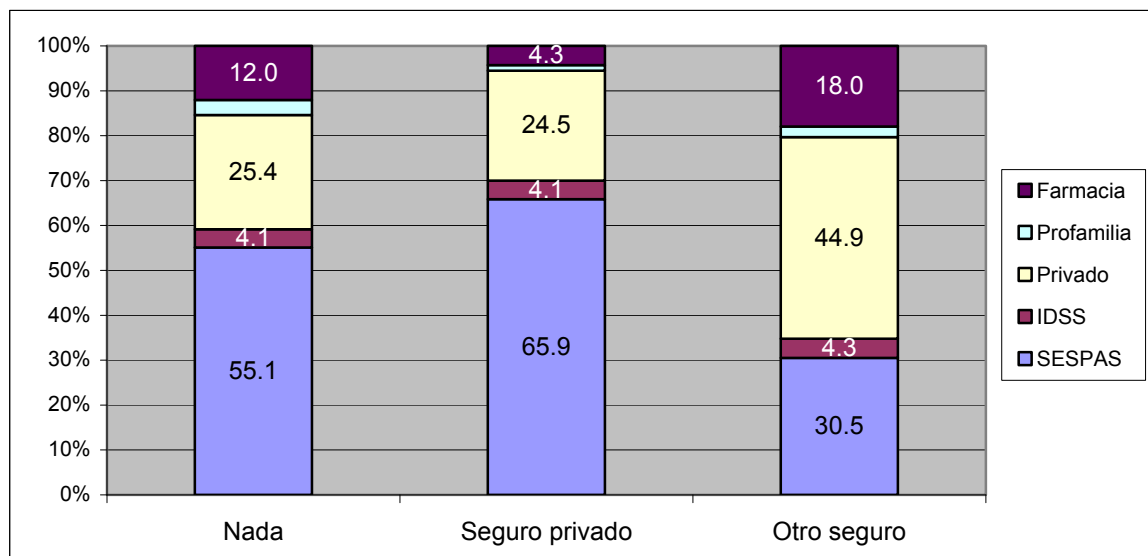
Todos estos gráficos sobre la fuente de suministro por quintil socio-económico y método refuerzan que el mercado de anticonceptivos en la República Dominicana parece estar bien segmentado. Esto es, el

sector privado está atendiendo a los clientes más ricos y el sector público está atendiendo a los clientes más pobres.

Análisis de los Usuarios de Anticonceptivos con Seguro Médico

Esta sección presenta un análisis de los usuarios de anticonceptivos que tienen seguro médico. En República Dominicana, el 72 por ciento de las mujeres en edad fértil y en unión no tienen seguro médico; sólo el 6 por ciento tiene seguro médico privado y el 22 por ciento tienen otro tipo de seguro no privado. La siguiente gráfica muestra la fuente de obtención de anticonceptivos para este grupo de mujeres que tienen algún tipo de seguro. Se observa cierta variación en las fuentes de obtención entre todos estos grupos. Por ejemplo, las mujeres sin seguro médico obtienen sus anticonceptivos en el sector público en un porcentaje un poco mayor que las que los obtienen en el sector privado (59 y 41 por ciento respectivamente). Esta tendencia es aún más acentuada entre las mujeres que cuentan con un seguro médico privado: el 70 por ciento obtienen sus insumos a través de una institución del sector público y solo el 30 por ciento los obtiene de alguna fuente privada. Lo opuesto sucede entre las mujeres que cuentan con un seguro médico no privado: solo el 35 por ciento obtienen sus anticonceptivos del sector público, mientras que la mayoría, 65 por ciento, los obtienen de una fuente privada. El IDSS atiende a un porcentaje bien pequeño de estas mujeres (aproximadamente 4 por ciento en cada grupo).

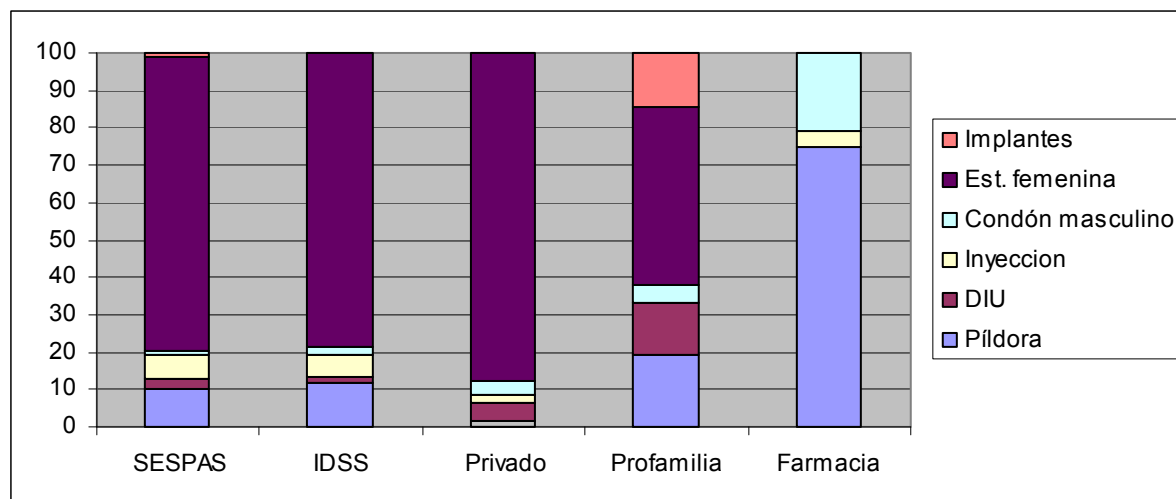
Gráfica 18. Fuente de Abastecimiento por Tipos de Seguro Médico, 2007



Asimismo, es interesante analizar la mezcla de métodos en cada uno de estos grupos. La muestra utilizada se vuelve realmente pequeña para este análisis y por esa razón los datos no se presentan con mayor detalle. Sin embargo, cabe anotar que las mujeres que no tienen ningún seguro médico son menos propensas a utilizar métodos de planificación familiar que aquellas que sí cuentan con algún tipo de seguro y en caso que optaran por un método serían (lo más probable) los temporales tales como las píldoras y los inyectables, en vez de los de más larga duración. Las mujeres que tienen un seguro médico privado o algún tipo de seguro son más propensas a utilizar un método de planificación familiar de larga duración, tales como la esterilización femenina o el DIU.

La siguiente gráfica muestra los usuarios, por método de elección y fuente de suministro, que cuentan con otro seguro, para mostrar dónde están acudiendo y por cuáles métodos.

Gráfica 19. Distribución de Usuarios que Tienen Otro Seguro, por Fuente de Abastecimiento y Métodos, 2007



Para estas mujeres con un seguro no privado, el sector público (incluyendo SESPAS, IDSS, FF.AA/P.N., promotores(as) de SESPAS, clínicas rurales, consultorio/dispensario y otros centros públicos) y las fuentes privadas (incluyendo clínica/médico privado, otro privado, y otras fuentes como colmado/supermercado, hotel/motel, otra fuente, sin información) brindan principalmente esterilización femenina. Asimismo, entregan píldoras orales, DIUs, inyectables y condones, pero en menor medida. PROFAMILIA también brinda servicios de esterilización femenina a estas mujeres, así como píldoras, DIUs, implantes y condones, pero en menor medida. Finalmente, las farmacias principalmente suministran píldoras y en menor medida, condones e inyectables. Es muy evidente que SESPAS, las clínicas/médicos privados y PROFAMILIA son los principales proveedores de métodos clínicos y de larga duración para estas mujeres.

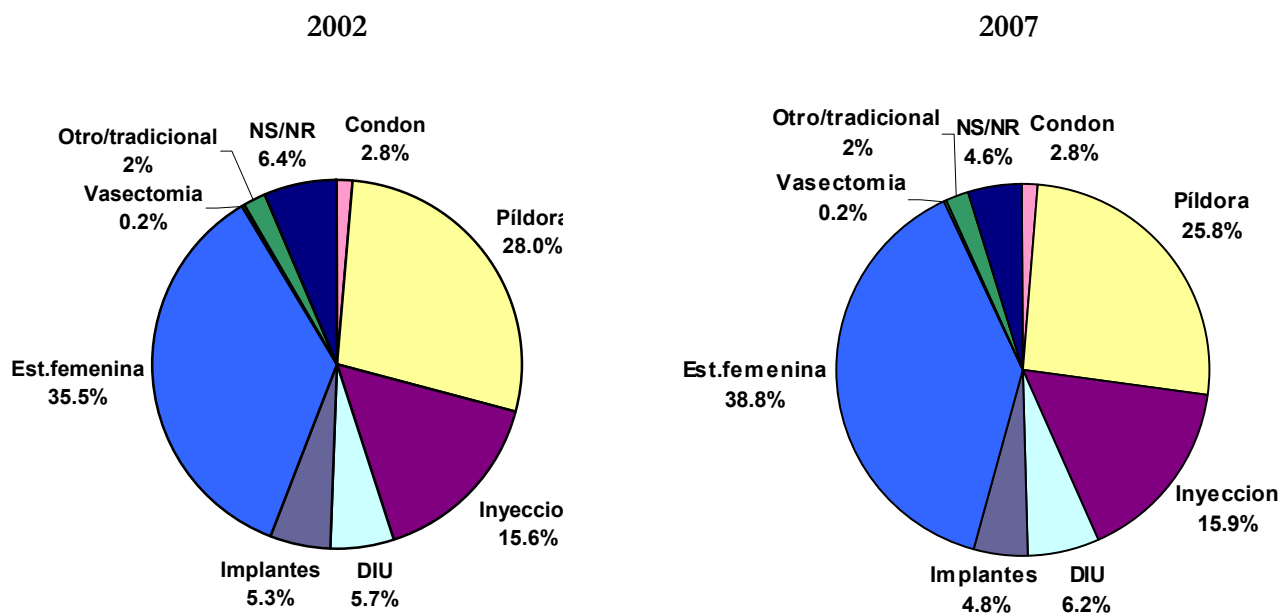
Intención de Uso Futuro de Planificación Familiar

Los gráficos abajo muestran la intención de uso futuro de planificación familiar en mujeres no usuarias, según los datos de la ENDESA 2002 y la ENDESA 2007. Estos porcentajes representan el porcentaje de mujeres en edad reproductiva que no está utilizando actualmente planificación familiar y que usarían un método si deciden comenzar a usar PF en el futuro.

La mezcla de métodos estimada según el uso futuro no cambió entre el 2002 y el 2007. La esterilización femenina se ha mantenido como la opción potencial más popular para las mujeres Dominicanas. En 2002, el 35.5 por ciento de las mujeres no usuarias hubieran escogido la esterilización femenina para su uso futuro, incrementándose a 38.8 por ciento en 2007. Los orales también mantuvieron una popularidad similar del 2002 al 2007, en 28 y 26 por ciento respectivamente. Las inyecciones ocupan el tercer lugar en preferencia dentro de los usuarios futuros, representando un 16 por ciento tanto en el 2002 como en el 2007.

En general, en 2002 el 47 por ciento hubiera escogido un método de largo plazo/permanente como la esterilización, el DIU o los implantes; este porcentaje permaneció similar en 50 por ciento para el 2007. La esterilización masculina (vasectomía), los condones y los métodos tradicionales han sido opciones no significativas para los usuarios futuros Dominicanos.

Gráfica 20. Intención de Uso de PF en Mujeres no Usuaras, 2002 y 2007



Estos datos pueden ser útiles para la planeación de financiamiento futuro, estimación de necesidades y requerimientos de recursos. Los métodos que requieren de reabastecimiento como los inyectables, orales, condones y en menor grado los DIU, requieren cadenas de suministro eficientes y efectivas que puedan mantener cantidades de suministros adecuados, de forma ininterrumpida y de alta calidad, evitando desabastecimientos como una prioridad crítica. De igual forma, los DIU y la esterilización femenina requieren proveedores capacitados y unas condiciones clínicas estériles, junto con ciertos suministros consumibles y otro equipamiento. Los potenciales incrementos futuros en la utilización de estos métodos por parte de las mujeres deben tomarse en consideración al planear los recursos humanos, financieros y de infraestructura. En general, los proveedores y los sistemas deben estar preparados para ofrecer servicios e información de alta calidad a los actuales y futuros usuarios de planificación familiar.

Conclusiones

A partir de este análisis, está claro que los esfuerzos por expandir el acceso y el uso de planificación familiar en la República Dominicana han sido exitosos. Los socios trabajando en planificación familiar de todos los sectores claramente han tenido éxito en mejorar el acceso a anticonceptivos en todo el espectro geográfico y socio-económico. La tasa global de fecundidad continúa su disminución a medida que la tasa de prevalencia anticonceptiva se ha elevado a un ritmo constante en los años recientes y la no utilización está disminuyendo. El uso de anticonceptivos está aumentando en las áreas rurales y en todos los grupos socio-económicos; asimismo, más mujeres están cambiando de los métodos tradicionales a los métodos modernos de anticoncepción. No obstante, todavía queda mucho trabajo por hacer para alcanzar la meta de lograr la DAIA.

Las discrepancias persisten en las tasas de fecundidad global y en la tasa de prevalencia anticonceptiva entre los grupos socio-económicos en la República Dominicana. La fecundidad global es dos veces más alta entre las mujeres en el quintil más pobre que las mujeres en el quintil más rico. Asimismo, la TPA es baja entre las mujeres del quintil 1. Sin embargo, es bastante parecida entre todos los otros quintiles, ubicándose en un 75 por ciento de las mujeres unidas en edad fértil, con excepción de las mujeres del quintil más pobre. Esta alta TPA sugiere que la mayoría de las mujeres en República Dominicana tienen acceso a la planificación familiar y que su nivel económico no parece afectar su capacidad de utilizar métodos de PF. Igualmente, las mujeres de las áreas rural y urbana utilizan métodos de planificación familiar en similares proporciones; por lo tanto, la localización geográfica no parece ser una barrera para el acceso y la utilización de dichos métodos. En la República Dominicana, tanto el área rural como urbana tienen una mezcla más variada de grupos socio-económicos que el resto de los países en la región, donde por lo general las áreas rurales tienden a estar compuestas por las poblaciones más pobres, mientras que las urbanas tienden a estar compuestas por poblaciones con mayores ingresos. Por otro lado, cuando se analiza la necesidad insatisfecha por quintil socio-económico, ésta es más alta en los quintiles más bajos. Esto indica que a pesar que las mujeres en los quintiles más bajos tienen una TPA alta, aún existen mujeres que les gustaría utilizar un método de PF, pero no lo están haciendo aún. Sus necesidades y las barreras que les impiden el uso de métodos de PF deben ser analizadas más a profundidad.

La mezcla de métodos se inclina en forma significativa hacia los métodos permanentes, ideales para mujeres que han alcanzado el tamaño de familia deseado. Sin embargo, los métodos temporales son igualmente importantes para las mujeres que quieren espaciar sus embarazos. En general, el uso de métodos tradicionales no es generalizado en la República Dominicana. La mezcla de métodos ha permanecido relativamente constante en el tiempo, con excepción del incremento significativo del inyectable, en especial entre las mujeres más pobres. Métodos permanentes tales como la esterilización femenina son utilizados por más de la mitad de las usuarias de PF y por casi la mitad de las mujeres en todos los quintiles. Sin embargo, los métodos permanentes y los de larga duración como la esterilización y el DIU son más utilizados por las mujeres de quintiles más altos, mientras que los métodos temporales como las píldoras e inyectables son más utilizados por las mujeres más pobres. Esto parece reflejar que es la capacidad de pago y no el acceso geográfico el que determina que las mujeres de quintiles altos accedan a métodos permanentes y de larga duración, aunque sean más caros.

En términos de la fuente de obtención para los métodos anticonceptivos modernos, mientras que los sectores públicos y privados en la República Dominicana poseen partes casi iguales del mercado en el 2007, la tendencia en los últimos 10 años sugiere que el sector público se está haciendo cargo de una parte aún más grande del mercado. A medida que los donantes gradualmente reducen sus donaciones de anticonceptivos a los países, el gobierno necesita re-evaluar su estrategia de segmentación del mercado. Si los usuarios se están moviendo hacia el sector público, eventualmente el gobierno será responsable de la cobertura de todos estos usuarios y tendrán que asignar los recursos correspondientes. Sin embargo, en general, el sector público efectivamente atiende a un porcentaje más grande de los clientes de planificación familiar de los quintiles socio-económicos más bajos, mientras que las fuentes del sector privado atienden a una mayor porción de los clientes más ricos. ***Esto sugiere que los sectores público y privado están focalizando sus recursos en los grupos socio-económicos apropiados.***

En cuanto a las usuarias que tienen seguro médico, se observa que obtienen sus métodos anticonceptivos del sector público, en un porcentaje mayor que las que no tienen ningún seguro médico. Lo opuesto se observa para las mujeres que cuentan con seguros no privados, puesto que la mayoría obtienen sus métodos anticonceptivos de fuentes privadas. A pesar que la muestra para este análisis es bastante pequeña, es importante hacer notar que las mujeres que no tienen ningún seguro médico tienen menos posibilidades de utilizar algún método anticonceptivo que aquellas que sí tienen algún seguro y que si optaran por un método lo harían por métodos temporales como las píldoras y los inyectables, en vez de métodos como la esterilización y el DIU.

Finalmente, es importante tomar en consideración la intención de uso futuro de servicios de PF para planear el financiamiento, los recursos y los requerimientos futuros. De acuerdo a la ENDESA 2007, el 50 por ciento de las mujeres seleccionarían un método de larga duración/permanente como la esterilización (39 por ciento), el DIU (6 por ciento) o los implantes (5 por ciento), el cual requiere un establecimiento clínico estéril y proveedores altamente capacitados para ofrecer estos métodos. Por otra parte, 26 por ciento de las mujeres seleccionarían los orales y 16 por ciento escogería las inyectables, dos métodos que requieren un suministro ininterrumpido y confiable.

En resumen, los datos muestran que no hay barreras financieras ni geográficas significativas que impidan el uso y acceso a la planificación familiar en la República Dominicana. Sin embargo, hay diferencias notables en la mezcla de métodos entre los diferentes grupos socio-económicos, lo cual sugiere que el costo no influye en la decisión sobre qué método escoger y mucho menos en la decisión de utilizar algún método anticonceptivo. La DAIA requiere que todas las mujeres puedan obtener el método de su escogencia, cuando y donde lo necesiten. Además, el mercado parece estar bien segmentado tanto en el sector público como en el privado. Sin embargo, el incremento en la cobertura del sector público en los últimos años, dentro del mercado total, debe ser analizado en detalle, para garantizar que los recursos disponibles actuales y futuros podrán responder a la demanda total de la población sujeta de servicios de PF en el país.

Documentos de Referencia

- Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM), PROFAMILIA, ONAPLAN y Macro International Inc. Junio 1997. *Encuesta Demográfica y de Salud de la República Dominicana (ENDESA) 1996*. Santo Domingo, República Dominicana y Calverton, Maryland: CESDEM y Macro International Inc.
- Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM) y ORC Macro/MEASURE DHS+. Octubre 2003. *Encuesta Demográfica y de Salud de la República Dominicana (ENDESA) 2002*. Santo Domingo, República Dominicana y Calverton, Maryland: CESDEM y ORC Macro/MEASURE DHS+.
- Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM) y Macro International Inc. Mayo 2008. *Encuesta Demográfica y de Salud de la República Dominicana 2007*. Santo Domingo, República Dominicana y Calverton, Maryland: CESDEM y Macro International Inc.
- Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM) y Macro International Inc. 2008. *Encuesta Sociodemográfica y sobre VIH/SIDA en los Bateyes Estatales de la República Dominicana 2007*. Santo Domingo, República Dominicana y Calverton, Maryland: CESDEM y Macro International Inc.
- International Bank for Reconstruction and Development (IBRD)/World Bank. 2006. *World Development Indicators 2006*.
- Population Reference Bureau. Marzo 2005. *Mujeres de Nuestro Mundo 2005*. Washington, D.C.: Population Reference Bureau. www.prb.org
- Population Reference Bureau. 2008. *Cuadro de la Población Mundial 2008*. Washington, DC: Population Reference Bureau. www.prb.org
- Population Reference Bureau. Septiembre 2008. *Datafinder* at www.prb.org
- United Nations Development Programme. 2007. *Human Development Report 2007/2008: Fighting Climate Change: Human solidarity in a divided world*. New York: UNDP.

Para más información, visite deliver.jsi.com.

USAID | PROYECTO DELIVER

John Snow, Inc.

1616 Fort Myer Drive, 11th Floor

Arlington, VA 22209 USA

Télefono: 703-528-7474

Fax: 703-528-7480

Email: askdeliver@jsi.com

Internet: deliver.jsi.com