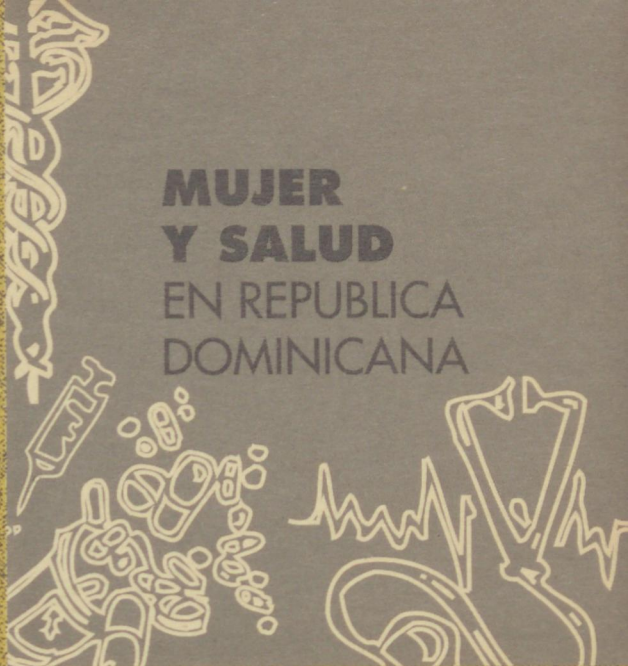


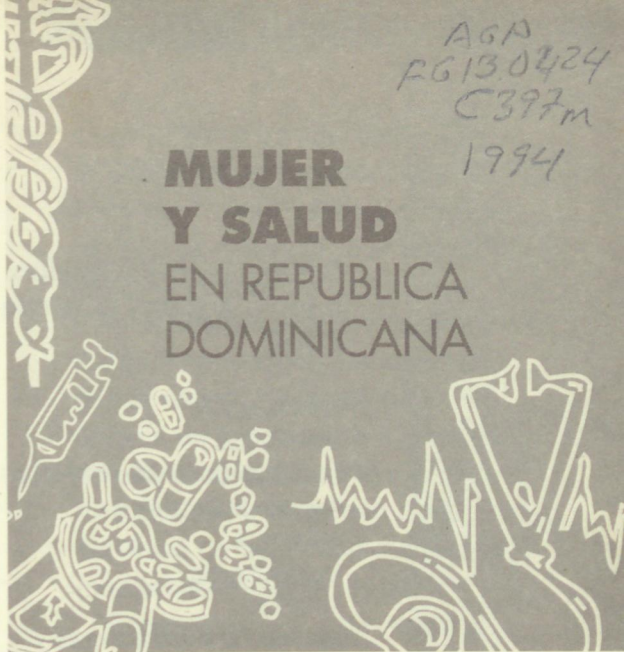
**MUJER  
Y SALUD**  
EN REPUBLICA  
DOMINICANA





AGA  
FG13.0424  
C397m  
1994

**MUJER  
Y SALUD**  
EN REPUBLICA  
DOMINICANA



SECRETARIA DE ESTADO DE CULTURA  
ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN  
DEPTO. DE BIBLIOTECA

Centro de Investigación  
para la Acción Femenina.  
CIPAF

COMPILACION

Aurora Arias

COORDINADORA DEL PROYECTO

Sagrada Bujosa Mieses

ASESORIA

Magaly Pineda

AUSPICIO

Instituto de Investigaciones y  
Capacitación de las Naciones Unidas  
para la Promoción de la Mujer  
(INSTRAW)

FINANCIAMIENTO

Gobierno de Italia

COLABORACION TECNICA

Asociación Italiana para la Mujer en el  
Desarrollo (AIDOS)

CUIDADO DE EDICION

Sagrada Bujosa Mieses

DISEÑO

Lourdes Saleme y Asociados

IMPRESION

Offset y Encuadernaciones

Santo Domingo  
República Dominicana  
Noviembre 1994

## PRESENTACION

Este cuaderno educativo sobre “Mujer y Salud”, está concebido como material de apoyo y consulta para el trabajo que realizas en la mesa de redacción del periódico, para el programa de radio y televisión, los cursos, charlas y/o talleres de formación en la escuela, la organización de base, ONG y/o partidos, en fin, para todas y todos los/as interesadas/os en enriquecer sus conocimientos, conocer nuestra realidad y contribuir a la búsqueda de soluciones a nuestros problemas nacionales.

El mismo forma parte de los productos educativos contemplados en la segunda fase del proyecto “Comunicaciones para la mujer en el Desarrollo”, auspiciada por el Instituto de Investigaciones y Capacitación de las Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer (INSTRAW) y financiado por el gobierno italiano en colaboración con la Asociación Italiana para la Mujer en el Desarrollo (AIDOS).

“Mujer y Salud”, es una compilación breve y concisa de diversos aspectos relacionados con este tema como son “Salud y Equidad”, “Mortalidad Materna”, “El aborto en República Domini-

cana”, “Salud y Violencia”, “El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida”, entre otros, con la intención de contribuir a la divulgación y el conocimiento de las más actualizadas informaciones, indicadores y enfoques sobre dicha temática, haciendo especial énfasis en lo referente a la mujer dominicana, su situación respecto a la salud y el acceso a los servicios de salud con que contamos actualmente en el país.

Esperamos que este material sirva de punto de arranque para la reflexión, discusión, el estudio y la concientización de un tema de primordial importancia para el bienestar de todas/os.

## INTRODUCCION

Los nuevos y más dinámicos enfoques han dejado muy atrás el concepto que limita la salud a la ausencia de enfermedad. Ahora se entiende que la salud incluye otras variables de las que no están ausentes cuestiones tan fundamentales como la calidad de vida, que implica el acceso equitativo a bienes y servicios y las condiciones para el pleno desarrollo de las capacidades síquicas y emocionales.

En el caso de las mujeres se ha logrado hacer conciencia de que su salud está condicionada por su situación socioeconómica, por factores biológicos y por as-

pectos relativos a su posición y papel subordinados en la sociedad. Cada uno de estos niveles tiene sus propias particularidades y expresa de manera clara y terminante cómo las relaciones de poder entre los sexos tienen para las mujeres consecuencias enfermantes.

La restricción del gasto social producto de las políticas neoliberales puestas en marcha en la totalidad de los países latinoamericanos y caribeños, ha repercutido como sobrecarga de trabajo para las mujeres y, por tanto, en amenaza creciente para su salud. Igual puede decirse del deterioro de las condiciones medioambientales: a mayor daño del hábitat corresponde una mayor exposición de las mujeres a factores provocadores de enfermedades infecciosas, contaminantes, etc. Esto no obvia, sin embargo, que en el transcurso de las últimas décadas se hayan acumulado logros reflejados estadísticamente, aún cuando las tendencias originadas por las restricciones apuntadas son el estancamiento o el franco retroceso.

Se parte de reconocer que los avances mundiales en materia de salud han sido significativos,

pero al mismo tiempo desiguales. La reducción de la mortalidad de mujeres y hombres menores de 65 años en los países desarrollados, permite que se otorgue mayor importancia, atención y recursos económicos a incrementar los años de vida sana para todos los habitantes.

Similares avances globales han obtenido los países del sudeste asiático, al reducir tanto la mortalidad infantil como las muertes evitables en las edades entre los 5 y los 65 años.

En cambio, en América Latina y el Caribe todavía sigue siendo una tarea fundamental disminuir la mortalidad infantil y las muertes evitables.

Las estadísticas también muestran que en los últimos 20 años se han producido en todo el mundo importantes cambios en la situación de salud de las mujeres. Los indicadores hablan de adelantos, atrasos, penurias y mejorías, de acuerdo a las diferentes regiones y culturas que pueblan el mundo.

En América Latina y el Caribe, por ejemplo, las mujeres del sector urbano han obtenido algunos adelantos en este renglón. Uno de ellos se expresa en la reducción de la tasa media total de fecundidad, la cual pasó de 5.5 hijos(as) por mujer en el período 1965-1970, a 3.6 hijos(as)

entre 1985-1990. Por el contrario, pocos cambios se produjeron en las zonas rurales, donde el deterioro económico sufrido por muchos países latinoamericanos en la década de los 80, influyó negativamente sobre los avances globales.

La esperanza de vida al nacer, tanto de hombres como de mujeres, aumentó en todo el mundo entre 1970 y 1990. En casi todas partes, la esperanza de vida para las mujeres tiende a ser más alta que la de los hombres. Las causas de muertes son también diferentes; hombres y mujeres se enfrentan a peligros distintos. La mortalidad derivada de la maternidad es una causa importante de muerte, principalmente entre las mujeres de las regiones en desarrollo. Igualmente, en muchos de estos países las mujeres siguen muriendo por causas relacionadas con su sexo, como el infanticidio, la quema de viudas, las muertes por dotes y el homicidio doméstico.

Actualmente, más de medio millón de mujeres fallecen cada año a causa del embarazo o del parto. El noventa y nueve por ciento de estas defunciones ocurren en países en vías de desa-

rollo, debido sobre todo a la malnutrición y a la anemia. Tanto en el sector urbano como en el rural, la mayoría de las mujeres están malnutridas y sufren de anemia.

En América Latina y el Caribe, el 30% de las mujeres embarazadas padece anemia. Esto aumenta el peligro de muerte en el embarazo y parto y contribuye a elevar la tasa general de mortalidad. A esta realidad se une el hecho de que más de la mitad de las muertes se producen por abortos ilegales, ocupando el continente el tercer lugar mundial en muertes por esta causa. En los países desarrollados, en forma general, la mujer tiene oportunidad de gozar de buena salud. La tasa de fecundidad en estos países es baja y la esperanza de vida de la mujer es 6,5 años mayor que la del hombre. Pero, en cuanto a los y las emigrantes la situación es muy distinta. Hombres y mujeres provenientes de diferentes partes del mundo en busca de mejores condiciones de vida sufren los embates de la discriminación en todos los órdenes, incluyendo el acceso a los servicios de salud.

Es el caso de la mayoría de los hispanoparlantes residentes en los Estados Unidos, país donde el tema del sistema y las políticas de salud se encuentra so-

bre el tapete a raíz de las revisiones críticas ejecutadas, debido a sus claras deficiencias.

Los esfuerzos que a través de investigaciones, programas y orientaciones prácticas realizan a diario las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), existentes en todas las regiones del mundo, han ayudado a despertar la conciencia acerca de la real situación de la mujer, tanto en el orden social, como en el económico y político.

Levantar la voz de la equidad, ayudar a evitar que a finales de siglo en algunas zonas del planeta dar a luz sea la principal causa de mortalidad entre mujeres en edad de tener hijos/as, (una mujer africana tiene una probabilidad entre cinco de morir durante el embarazo o el parto, mientras que una mujer noruega tiene una entre cincuenta mil), sigue siendo un importante y urgente propósito.

## **SALUD Y EQUIDAD**

La falta de equidad en las condiciones de vida en América Latina y el Caribe, conduce a aumentar la brecha de mortalidad entre los países y los diferentes grupos sociales de un mismo país. No existe homogeneidad en cuanto a las condiciones de salud en esta región. Problemas de alimentación, condiciones ambientales, desempleo, falta de educación sobre higiene y el difícil acceso a la atención de salud preventiva y curativa, entre otros factores, hacen que las probabilidades de enfermar y de morir prematuramente sea más alta en determinados estratos socio-económicos.

Hoy en día existe una mayor conciencia de la necesidad de tomar medidas que favorezcan a los grupos más vulnerables de la sociedad. La inversión en recursos humanos tiene una estrecha relación con la salud. El mejoramiento de la salud eleva el bienestar de la población y genera un círculo vicioso entre salud, transformación productiva y equidad. El perfeccionamiento de las condiciones de salud de la población —en especial la de quienes tienen mayores necesidades— y la superación de las inequidades más importantes en ese campo son metas factibles de alcanzar en plazos breves, y deben formar

parte del esfuerzo sistemático por aumentar la productividad y la competitividad de la economía. Una población más sana resulta, en definitiva, más creativa y productiva al reducirse los días perdidos en los ámbitos del trabajo, la educación y las más diversas actividades sociales por enfermedad o mortalidad precoz.

### **SUBSISTEMAS DE SALUD CON QUE CUENTA EL PAÍS**

Los subsistemas de salud que tiene el país son cinco: Salud Pública, Seguro Social, Medicina Privada, Sanidad Militar de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional y Organizaciones Privadas sin fines de lucro.

El modelo médico imperante en la República Dominicana se centra principalmente en los aspectos médico-biológicos de los individuos y es más de carácter curativo que preventivo. Los servicios que proporciona a la mujer están condicionados por su maternidad y por los programas materno-infantiles. Todo esto en contraposición a los nuevos enfoques que atribuyen igual importancia a los factores psico-sociales, los derechos humanos, condiciones de vida, etc.

El problema de la salud no debe verse al margen de la pobreza, desnutrición, analfabetismo, desempleo, corrientes migratorias, precarias condiciones de vida, falta de agua potable y servicios sanitarios, etc. De ahí la necesidad de comprometer a todos los sectores de la sociedad en la tarea de elevar nuestra calidad de vida.

La Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social que es el organismo destinado a trazar políticas de salud, a ejercer vigilancia epidemiológica, ofrecer atención primaria, es decir, servicios preventivos, educación en salud y actividades curativas menores, sólo cubre un 40% de la población.

Históricamente, el Instituto Dominicano de Seguros Sociales -IDSS-, ha demostrado una gran incapacidad para proveer servicios adecuados. Tiene una cobertura de apenas un 4%, y se dirige principalmente a trabajadores, esposos e hijos de éstos hasta el primer año de vida, y a los padres de algunos afiliados. Empresarios y empleadores han manifestado muchas veces su inconformidad a las autoridades de este organismo, expresando que a pesar de que se les obliga a pagar una cuota mensual por cada uno de sus trabajadores, no han visto los resultados posi-

tivos en la atención de salud, lo que aumenta el ausentismo por enfermedad.

Sin embargo, a pesar de la realidad mencionada, la salud pública en el país ha logrado en los últimos años ciertos avances, entre los que se encuentran la disminución de las tasas de mortalidad infantil y materna, la prolongación de la esperanza de vida al nacer, la construcción de infraestructura para el saneamiento ambiental, las campañas de vacunación y el desarrollo de la farmacéutica.

- La Sanidad Militar de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional abarca otro 4% de la población;

- El sector no lucrativo tiene una cobertura de 4% y dentro del lucrativo, a través del sistema de igualas médicas, los servicios de salud llegan a un 20% de la población.

#### MEDICINA PRIVADA

El sistema de salud privado se caracteriza entre otras cosas por su alto costo, ineficiencia e incapacidad para enfrentar y solucionar los principales problemas de salud de la población. Los que tienen acceso a este servicio se

encuentran además incapacitados para utilizar mecanismos legales ante la ocurrencia de cualquier error de tipo médico. Por otro lado, el monopolio de los sistemas de igualas y seguros médicos perjudica sensiblemente a los médicos que ofrecen sus servicios a muy bajo costo y, especialmente, a la población cotizante, que recibe un pésimo servicio a un elevado costo.

### MORTALIDAD MATERNA (MM)

- El país presenta un perfil de enfermedad y mortalidad propia de sociedades atrasadas donde las enfermedades infecto-contagiosas y parasitarias y la malnutrición por carencia de alimentos, tanto proteicos como calóricos, son las principales causas de daños y muertes;

- Para el quinquenio de 1990-95 se estima una expectativa de vida para el hombre de 65 años y para la mujer de 70 años;

- Mortalidad materna, según la definición de la Organización Mundial de la Salud, es la "defunción de una mujer mientras está embarazada o hasta dentro de los 42 días siguientes al término del embarazo, independientemente de la duración y de la localización del mismo, debido a cualquier causa relacionada con, o agravada por el embarazo mismo o por

su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”;

- Morbilidad materna, es definida como “todas aquellas dolencias o complicaciones en la mujer resultantes del embarazo, parto o puerperio”;

- La mortalidad materna aparenta ser de difícil evaluación, en función de las potenciales muertes por abortos clandestinos que no se registran como tales;

- Las causas médicas directas más comunes de mortalidad materna son la hemorragia, infección, toxemia, aborto y parto obstruido;

- Las causas médicas indirectas más comunes son las enfermedades agravadas por el embarazo y el parto y la hepatitis, hipertensión, anemia, diabetes y hemoglobinopatías;

- Las causas relacionadas con factores reproductivos son la edad materna extrema, alta paridad y el embarazo no deseado;

- Existen también causas de mortalidad materna no médicas, algunas relacionadas con los servicios de salud, como la baja calidad de los servicios, dificultad de acceso a estos, falta de suministros médicos y la falta de cuidado prenatal;

- Otras de estas causas se relacionan con factores socioeconómicos, como la pobreza, el analfabetismo y el trabajo insalubre;

- Muchas de las causas que originan la mortalidad materna pueden ser prevenidas a través de una atención pre-intra y post-parto adecuada. Esto incluye una atención continua desde el inicio de la gestación y durante todo el embarazo, vacunaciones, análisis de laboratorio, toma de peso y tensión arterial, etc., que ayuden a prevenir cualquier eventualidad o anomalía, identificando a tiempo los embarazos y partos de alto riesgo por parte de un personal médico capacitado. También es muy importante la educación para la salud (cuidados, higiene, alimentación adecuada) a todas las mujeres, especialmente a las madres primerizas;

- Para 1980-85, la República Dominicana tenía un porcentaje de 25,6 de muertes de mujeres por toxemia, un 20,1 por hemorragia del embarazo y parto, un 4,1 por complicaciones del puerperio, un 24,4 debido a todas las otras causas directas, un 92,7 por todas las causas obstétricas directas y un 7,3 debido a causas indirectas (como cardiopatías, hepatopatías, etc);

- Las cifras oficiales señalan una mortalidad materna de 5 por

10 mil, observándose una tendencia decreciente, siendo dicha mortalidad mayor en mujeres de 15 a 19 años y de 40 a 49 años. La cifra de mortalidad materna ajustada según el subregistro oficial, es estimada en 10 por 10 mil;

- De un total de 1,158 muertes maternas ocurridas del 1980 a 1989 y registradas por la SES-PAS, el 28.1 % se asoció a toxemia del embarazo, seguido por las hemorragias (21%) e infecciones (13.2) y en 16.6% abortos.

### **EL ABORTO EN LA R.D.**

- Según los últimos estudios, se estima que en todo el mundo ocurren cada año 44 millones de abortos. En América Latina y el Caribe existe una pobre información concreta acerca del aborto clandestino, aunque investigaciones regionales recientes nos hablan de un estimado de 4 millones de abortos por año;

- En República Dominicana se producen unos 82,500 abortos anuales, de los que sólo serían espontáneos el 20%, deduciéndose que 52,000 abortos son inducidos;

- En cuanto al número de mujeres que requieren hospitaliza-

ción médica después de provocarse un aborto, se estima que en nuestro país la proporción es de una de cada cuatro mujeres. Esta cuantificación es importante, pues ayuda a revelar "el peso que los servicios de atención al aborto imponen al sistema hospitalario de un país, y demuestran también que un gran número de mujeres no son contabilizadas porque no necesitan o no buscan tratamiento en un hospital".

(fuente: Aborto clandestino: una realidad latinoamericana, The Alan Guttmacher Institute).

- El 16.6% de las muertes maternas están asociadas a abortos. Actualmente, el aborto constituye la segunda causa de mortalidad materna en República Dominicana.

### **ENFERMEDADES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE (E.T.S)**

- Actualmente, en República Dominicana no existen estadísticas diferenciadas entre hombres y mujeres sobre la incidencia de las enfermedades transmitidas sexualmente;

- Para 1991, la blenorragia (37.5%) y la sífilis (37.4%) constituían las ETS más frecuentes, seguidas por el linfogranuloma venéreo (11.5%), la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (8.8%) y el chancro blando (4.6%);

- En forma general, las E.T.S constituyen un problema importante de morbi-mortalidad de íntima relación con la higiene personal, educación, factores culturales y pobreza.

### **EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)**

La pandemia del Sida ha dado un giro. De constituir un problema que comprometía a poblaciones con determinados comportamientos, ha pasado a ser una causa grave de muerte que debemos enfrentar. A diferencia del pasado reciente, hoy se habla de una patología cuya transmisión está básicamente ligada a contactos de tipo heterosexual, situando a la mujer en una posición de mayor vulnerabilidad biológica, epidemiológica y social.

En 1983 se identificaron los primeros casos nacionales de la enfermedad. Para junio de 1994, se habían registrado 2,376 casos, de los cuales 725 corresponden a mujeres y 1,635 a hombres. Más del 50% de los mismos son casos de transmisión heterosexual, la mayoría concentrados en el Distrito Nacional (42.6%) y correspondien-

tes a individuos en edades entre los 25 y los 34 años.

La vigilancia nacional de esta enfermedad se coordina en la Sección de Vigilancia Epidemiológica del PROCETS. En general, las limitaciones operativas del sistema de notificación de casos de sida son las propias del sistema de notificación obligatoria de enfermedades: desconocimiento y falta de compromiso por parte del personal de salud local, limitaciones para llevar a cabo la confirmación diagnóstica de los casos, un sistema de referencia y contrareferencia poco eficiente que se traduce en la pérdida de seguimiento a pacientes, la falta de integración entre las actividades de los servicios de los diferentes subsectores público y privado y de la seguridad social, y diferentes niveles de compromiso que hacen más difícil implementar con criterios uniformes las normas de vigilancia.

En 1991, la notificación por los servicios de salud de la SES-PAS disminuyó a un 32%. Si bien se reporta un considerable aumento de la notificación de otros sub-sectores (especialmente los sin fines de lucro), la misma no fue compensatoria. Esto tuvo como consecuencia una disminución artificial de los casos de sida para el año 1991 con relación al anterior. Esta baja en la

notificación de casos (de 248 en 1990 a 179 en 1991) se atribuye principalmente a la escasez de reactivos para la detección de anticuerpos VIH en los laboratorios de los hospitales, lo que afectó la oportunidad de confirmar casos sospechosos en ese año.

A través del tiempo han ocurrido cambios importantes en los patrones de la epidemia del sida en República Dominicana. Estos reflejan el paso de un modelo predominante de transmisión sexual en la población homosexual-bisexual a un modelo de transmisión en la población heterosexual. La transmisión a través de bisexuales masculinos está creando un rápido aumento de los casos de infección en mujeres y niños. Los casos en mujeres se relacionan cada vez más con parejas infectadas. Estas características colocan al país en una posición intermedia entre los patrones epidemiológicos mundiales I y II (WHO, Capsule Summary, September 1990); en consecuencia, la proporción de casos heterosexuales, la proporción de casos femeninos, así como los casos por transmisión perinatal, están en aumento:

- **Mujeres embarazadas:** Las mujeres que buscan atención prenatal constituyen un grupo importante para el análisis de las características epidemiológicas de la infección VIH. Este grupo sirve para monitorear indirectamente la diseminación de la infección en la población general. La magnitud de la infección en este grupo se traduce en casos de transmisión vertical del sida a los nacidos vivos. Hasta 1991, sólo se han publicado en el país dos estudios de seroprevalencia en este grupo. Los valores relativamente altos (3%) encontrados en estudios previos se obtuvieron de encuestas transversales realizadas en muestras selectivas de embarazadas; por ejemplo, embarazadas con historia previa de enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, las encuestas centinelas realizadas durante 1991 reportan niveles de seroprevalencia en esta población que oscilan entre 0% y 1.5%. La tendencia de la infección VIH en embarazadas se mantiene sin cambios durante los dos años de medición (1991-92) de las encuestas centinelas;

- **Trabajadoras sexuales:** Entre 1986 y 1989 se publicaron dos encuestas en muestras relativamente grandes de mujeres que comercian con sexo y captadas en sus centros de trabajo.

La prevalencia de infección en estos estudios osciló entre 1.3% y 1.4%. Durante 1989, el programa móvil del Centro de Orientación Integral (COIN) realizó un total de 3,713 pruebas no anónimas y ligadas con este grupo, observándose una prevalencia de 3.6% (PROCETS, 1992).

Aunque PROCETS supervisa directamente un grupo de clínicas de ETS en el Distrito Nacional cuyas acciones están casi exclusivamente dirigidas a esta población, no garantiza la detección rutinaria de anticuerpos VIH en las trabajadoras sexuales por limitaciones financieras que impiden la obtención de reactivos. Por lo tanto, la información disponible en esta fuente es muy limitada, pudiendo incluso subestimar la seroprevalencia en trabajadoras sexuales y dificultar la interpretación de su rol en la transmisión del VIH. El sistema de vigilancia centinela iniciado en 1991 incluyó una clínica de ETS del Distrito Nacional para trabajadoras sexuales. En este año se reportó una prevalencia de 3.5% con intervalos de confianza de un 90% que oscilan entre 1.6% y 6.4%. Preocupa la prevalencia de la infección encontrada en el gru-

po de trabajadoras sexuales en la segunda medición realizada en el 1992, que alcanza un 7%, aumento considerable, aunque no en términos estadísticos, que exige una revisión de las intervenciones que se realizan con el objetivo de impactar la diseminación del virus en la misma;

- Siguiendo los criterios de definición de casos de la Organización Mundial de la Salud, la tasa anual promedio de casos identificados es de 3.8 por cada mil habitantes, con las observaciones pertinentes en relación a la pasividad del sistema de vigilancia y sus dificultades operativas;

- En nuestro país, la relación hombre/mujer seropositivos es, en promedio, 2.3 hombres por cada 1.0 mujer, manteniéndose más o menos estable en todos los grupos de edad. Un porcentaje importante de los casos son jóvenes heterosexuales (36.0%). La transmisión de madre a hijos(as) mostró un discreto aumento hasta 1990 (de 0.9 en 1987 a 2.0% en 1990). La disminución observada en 1991 (0.6%) se mantuvo en 1992 (0.5%), lo que podría deberse a los problemas propios de notificación en menores de 4 años, agudizados durante estos años;

- Los casos asociados a transmisión por sangre contaminada tienden a disminuir (5.6% en 1987 y 2.8% en 1991), aun-

que preocupa el aumento proporcional de los casos asociados a esta vía en el año 1992 (6.4%). Es notable la mayor ocurrencia de casos femeninos asociados a transfusiones de sangre (9.5% en mujeres vrs. 3.2% en hombres);

- En 1991, en 11 mil individuos estudiados se encontró una prevalencia de seropositividad confirmada de 0.20 %, lo cual señalaría una tasa de infectados de 207 por cada 100 mil habitantes, equivalente a 14 mil 490 individuos infectados ese año;

- La tendencia de la epidemia al aumento de los casos femeninos, predominando la enfermedad en los heterosexuales, lleva la relación hombre-mujer a 2/1. De aceptarse la prevalencia en adultos infectados que hubo en 1991, tendríamos un total de 4 mil 830 mujeres infectadas, principalmente en la edad fértil.

### **TASAS DE MORTALIDAD ENTRE 1 Y 4 AÑOS POR SEXO**

Durante el período 1981-91, la población femenina entró en la etapa final de la transición de la fecundidad. La tasa global de fecundidad, que representa el nú-

mero promedio de hijos por mujer al final de su vida fecunda, descendió de 4.3 hijo(a)s en 1980-82 a 3.3 hij(as)os en 1988-91. Se estima que para principios del año 2,000, esta tasa será de dos hijos(as) por mujer. Por consiguiente, el crecimiento de la población dominicana podría estabilizarse.

Sin embargo, esta disminución de la fecundidad de las mujeres dominicanas está acompañada de un alto costo humano en morbi-mortalidad materna, como ya mostramos.

---

#### **TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD SEGUN PERIODO**

| AÑO     | TASA |
|---------|------|
| 1980-82 | 4.3  |
| 1983-85 | 3.7  |
| 1988-91 | 3.3  |

(Fuente: Consejo Nacional de Población y Familia. Encuesta Demográfica y de Salud, 1986. Conapofa. 1992)

---

### **ANTICONCEPTIVOS SEGUN TIPO**

1983-1986 y 1991

- En 1980, el número de mujeres casadas o unidas entre 15 y 49 años que utilizó algún método anticonceptivo fue ya elevado, pues representaba el 42% del total de estas mujeres. Durante la década, el uso de anticonceptivos aumentó de manera ininterrumpida. Para 1991, la prevalencia fue de 56.6% para el total del país y de 60.0% para la zona urbana.

PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FERTIL QUE UTILIZAN ALGUN  
METODO ANTICONCEPTIVO SEGUN TIPO Y AÑO

| TIPO DE METODO           | 1980 | 1983 | 1986 | 1991 |
|--------------------------|------|------|------|------|
| Total                    | 42   | 45.8 | 50.0 | 56.5 |
| Esterilización Femenina  | 21   | 27.4 | 32.9 | 38.5 |
| Píldoras                 |      | 8.6  | 8.8  | 9.8  |
| Abstinencia periódica    |      | 1.1  | 1.4  | 2.2  |
| Retiro                   | 2.5  | 1.5  | 2.0  |      |
| Diu                      |      | 3.8  | 3.0  | 1.8  |
| Condón                   |      | 1.5  | 1.4  | 1.2  |
| Esterilización masculina |      | 0.1  | 0.1  | 0.2  |
| Inyección                |      | 0.1  | 0.1  |      |
| Norplant                 |      |      | 0.2  | 0.1  |
| Diafragma                |      |      |      | 0.1  |

- El uso de anticonceptivos en el país se caracteriza por una distribución muy desbalanceada del tipo de método utilizado. Por ejemplo, ha aumentado el uso de la esterilización femenina, que pasó de 21% en 1980 a 38.5% en 1991.

- Esto significa que de cada cien usuarias de métodos, 68.1% utiliza la esterilización. El otro método más importante en términos de proporción de usuarias es la píldora. Sin embargo, la prevalencia de ambos métodos ha variado poco, pasando de 8.6% en 1983 a 9.8% en 1991. Es así que la esterilización y la píldora representan el 85.5% de las usuarias en 1991.

- La prevalencia del uso de

otros métodos ha sido baja y, en términos generales, ha tendido a disminuir durante la década de los '80. Sólo la abstinencia periódica pasa de 1.1 a 2.2 entre 1983 y 1991.

- Los indicadores muestran que el 9% de las mujeres que habían tenido por lo menos un(a) hijo(a) entre 1985 y 1991 presentaban deficiencias crónicas de energía, medida a través del índice de masa cuerpo (IMC), el cual permite determinar la falta o exceso de peso de la mujer según su talla.

- Esta deficiencia de energía es mayor entre aquellas madres sin educación o con educación universitaria, y entre las mujeres residentes en las zonas rurales.

- La desnutrición de las madres, estimada a través de la medición de la circunferencia del brazo, arroja una prevalencia de un 12%, siendo más elevada entre las residentes rurales y en la región suroeste (la más pobre del país), y entre las menores de 20 años y con algún(a) hijo(a) nacido(a) vivo(a).

### **PORCENTAJE DE MUJERES EMBARAZADAS VACUNADAS CONTRA EL TETANO**

1986 Y 1991

- La prevención del tétano en mujeres embarazadas presenta buenos niveles de cobertura durante la década de los '80. Para 1980, 67.8% de las mujeres que habían estado embarazadas en el último año, fueron vacunadas contra el tétanos (CONAPOFA, 1980). Durante el período 1981-86, esta proporción aumenta al 87.2% (Conapofa, 1987);

- Para el período 1986-91, el 77.7% de las mujeres embarazadas habían recibido dos o más clases de vacunas antitetánicas y, por consiguiente, estaban bien protegidas. Si se suma la proporción de mujeres con algunas do-

sis de vacunación, la proporción de estas mujeres sube a 90.9% (fuente: I.E.P.D. Encuesta Demográfica y de Salud).

### **CANCER**

En América Latina y el Caribe, los tipos de cáncer de mayor incidencia en la población femenina son el de mama, del cuello uterino y del estómago. La alta incidencia y mortalidad regional por cáncer del cuello uterino es atribuida a la frecuente exposición a riesgos y a la baja cobertura del diagnóstico y del tratamiento precoz.

### **SALUD Y VIOLENCIA**

- La violencia contra la mujer, tanto dentro como fuera del hogar, se da en todas las regiones, clases y culturas y tiene múltiples manifestaciones. La violencia se expresa a través de maltrato físico, tortura psicológica, privación de las necesidades básicas y abuso sexual;

- El silencio, la falta de pruebas y los obstáculos sociales y jurídicos continúan haciendo difícil la reunión de datos exactos sobre la violencia contra la mujer que, según muchos(as) criminólogos(as), es el delito menos denunciado;

- En República Dominicana, por razones diversas, las agresiones contra mujeres no son denunciadas en la misma magnitud

con que se presentan. Pero, a pesar del subregistro, los datos dan cuenta de que el problema va en aumento;

- Un estudio realizado por el Instituto de Población y Desarrollo en 1990, encontró que la ciudad de Santo Domingo el homicidio constituía la sexta causa de muerte de mujeres en las edades de 15 a 49 años;

- O sea, el feminicidio cometido por cónyuges, novios, compañeros, concubinos, etc, es una causa mayor de muerte de mujeres que la hepatitis, la eclampsia y el puerperio;

- Sin embargo, nuestra sociedad no reconoce la violencia doméstica ejercida contra la mujer como un problema social y de salud pública, reduciéndola al marco de lo individual y familiar;

- Las estadísticas señalan que en el país uno de cada 6 hogares conoce alguna forma de violencia. Se sabe, además, que el 80% de las mujeres que piden asistencia a los(as) terapeutas sexuales en la ciudad de Santo Domingo, son víctimas de violencia doméstica;

- La violencia es una permanente amenaza a la integridad y a la salud tanto física como men-

tal de la mujer. Depresión, suicidio, diferentes tipos de neurosis, baja autoestima, y en casos extremos, la muerte, son algunas de las consecuencias derivadas de las diferentes manifestaciones de violencia que convierten este problema en una epidemia invisible.

## **AGUA MEDIO AMBIENTE Y SALUD**

- Para 1993, el 38% de la población en República Dominicana, no tenía acceso al agua potable, mientras que el 40% no tenía acceso a saneamiento, situación que incide negativamente en el estado de salud de hombres, mujeres y niños/as;

- Actualmente, en nuestro país, muchas comunidades carecen y demandan agua y saneamiento y deben enfrentarse a graves problemas a la hora de manejar adecuadamente los desechos;

- La mujer en particular, se ve grandemente afectada por esta situación, debido a que es la que generalmente se encarga de los quehaceres del hogar, lo que incluye la higiene y limpieza de la casa y la elaboración y preparación de los alimentos. Es decir, que los efectos negativos de la crisis ambiental en la salud de las mujeres se ven potenciados por los roles genéricos que éstas

cumplen. La deforestación, la erosión, la pérdida de productividad de los terrenos agrícolas, la modificación del régimen de los ríos y arroyos, la contaminación de las aguas y la degradación de las costas, inciden directamente en las tareas que a diario cumplen las mujeres: recoger leña, acarrear agua, eliminar la basura, limpiar los hogares, etc.

#### TOMADO DE:

La situación de la salud en la R.D. Insalud. Memorias del Primer Foro Nacional de Salud. Junio 1992.

Rep. Dom. Informe Nacional sobre la Mujer para la 4ta Conferencia Mundial de la Mujer. Acción Para la Igualdad, el Desarrollo y la Paz. Naciones Unidas.

Violencia contra la mujer a través de múltiples miradas. Centro de Apoyo Aquelarre. Enero 1993.

Revista Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. No. 3. 1991.

Salud, Equidad y Transformación Productiva en América Latina y el Caribe. Onu. Ops/Oms. 1994.

Situación de la mujer en el mundo. Tendencias estadísticas 1970-1990. Naciones Unidas.

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el Sida. La epidemia en República Dominicana. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Programa control de enfermedades de transmisión sexual (Pro-cets).

La epidemia del VIH/Sida.

Informe sobre Desarrollo Humano. PNUD. 1993.

## **ALGUNAS PREGUNTAS PARA INICIAR EL DIALOGO Y LA REFLEXION**

1. ¿Qué diferencia existe entre salud y ausencia de enfermedad?
2. ¿Qué importancia tiene la calidad de vida para el desarrollo pleno de todo ser humano?
3. En forma general, ¿cómo incide la situación de subordinación de la mujer en su estado de salud? En particular, ¿cómo incide tu propia situación y calidad de vida en tu estado de salud?
4. ¿Qué importancia tiene la medicina preventiva y su contribución a un buen estado de salud?
5. ¿Qué avances y qué atrasos has notado dentro de tu entorno o comunidad, en cuanto al acceso a los servicios médicos, a los métodos de planificación familiar, vacunas, etc?
6. Como comunicadora, educadora, animadora cultural, etc, ¿cómo contribuye el medio de comunicación u organización en el que trabajas a informar, investigar y crear conciencia sobre la situación de salud de la mujer en República Dominicana?
7. ¿Qué se puede hacer para mejorar la situación de salud de la mujer dominicana en cuanto a equidad, calidad de vida, acceso y calidad de los servicios médicos, etc?
8. ¿Cuál es tu opinión acerca del aborto?
9. ¿Qué opinas acerca de la ley y los artículos de nuestro Código Penal que castigan la práctica del aborto en todos los casos? ¿Crees que es justa, o no te parece válida?
10. Ante la realidad que representa actualmente el aborto como segunda causa de mortalidad materna en República Dominicana, ¿cómo piensas que se podría paliar esta situación?
11. ¿Qué niveles de concientización existen dentro de tu comunidad o entorno social acerca del aborto?

**12.** ¿Qué niveles de información existen dentro de tu comunidad o entorno social acerca de la actual incidencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida)?

**13.** ¿Qué importancia tiene la preservación del medio ambiente para la preservación de una buena salud?

**14.** ¿Qué niveles de concientización existen dentro de tu comunidad o entorno social, en cuanto a la violencia doméstica y sexual como una amenaza a la integridad y a la salud tanto física como mental de la mujer?

BIBLIOTECA **A G N**



026656



CIPAF/AIDOS/INSTRAW

Hemeroteca-Biblioteca



026656