

Demographic and Health Surveys
DHS

Centro Latinoamericano de Demografía
CELADE

**República Dominicana:
La esterilización como la opción única.
Una solución ?**

Clara Baéz

Instituto de Estudios de Población y
Desarrollo (IEPD)

(VERSION PRELIMINAR)

CELADE - SISTEMA DOCPAL
DOCUMENTACION
SOBRE POBLACION EN
AMERICA LATINA

Este documento ha sido elaborado en marco del Taller de Planificación Familiar: Necesidades Actuales y
Perspectivas Futuras,
Santiago de Chile, 27 de enero - 28 de marzo de 1992.

REPUBLICA DOMINICANA: LA ESTERILIZACION COMO LA OPCION UNICA:
UNA SOLUCION ?

INTRODUCCION

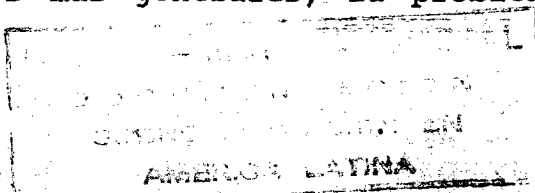
Todas las encuestas demograficas realizadas en la Republica Dominicana en los ultimos tres lustros concuerdan en mostrar crecientes indices de uso de anticonceptivos, determinados fundamentalmente por el aumento de la prevalencia de la esterilizacion que, a primera vista, se perfila como la opcion anticonceptiva unica de las mujeres.

Al mismo tiempo se ha operado un descenso de los indices de fecundidad que esta acorde con la difusion y uso masivos de la anticoncepcion. El descenso de los niveles de fecundidad - precedidos por el descenso de la mortalidad- y la desaceleracion del crecimiento poblacional resultante, evidencian que el pais esta inmerso en un proceso de transicion demografica y, de manera mas especifica, de transicion de la fecundidad, que situa a la tasa global de fecundidad en 3.3 hijos por mujer para el periodo 1988-91, no obstante persistan diferencias importantes en la descendencia final entre grupos poblacionales especificos (Duarte, Baez, Gomez y Ariza, 1988).

La persistencia de grupos importantes de mujeres con niveles de fecundidad aun elevados, no solo en Republica Dominicana sino en numerosos paises de America Latina y el Caribe, obedece a que este proceso de transicion de la fecundidad se ha estado operando con la permanencia de elevados indices de nupcialidad -aun precoz, intervalos entre nacimientos cortos y con un recurso a la anticoncepcion a una paridez elevada. Para expresarlo con palabras de Zavala de Cosio, en estos grupos poblacionales "...la fecundidad se reduce con programas de planificacion familiar, sin...cambios en los valores culturales...conservando las mujeres pautas de reproduccion tradicionales..." (Zavala de Cosio, 1990).

El metodo de Bongaarts ha proporcionado suficientes evidencias del importante rol jugado por la anticoncepcion en los descensos de la fecundidad dominicana y, en general, latinoamericana (Moreno y Singh, 1990). Los programas de planificacion familiar han sido la via de su difusion. ? Podrian estos programas, a traves de politicas especificas, fomentar cambios mas profundos en los patrones de reproduccion ? Creemos que si.

La modernidad y sus normas rigidas de eficacia estan siendo cuestionadas por la postmodernidad y su reconocimiento de que normas de comportamiento flexibles y diversas son plausibles de conducir a objetivos propuestos, es una llamada a la apertura en la busqueda de caminos alternativos para enfrentar la problematica poblacional y, en terminos mas generales, la problematica del desarrollo de los paises.



En este sentido, nos hemos propuesto investigar la evolucion del comportamiento anticonceptivo de las mujeres dominicanas y su privilegio de la esterilizacion, enmarcado dentro de las politicas de planificacion familiar implementadas en el pais, centradas en la busqueda de eficacia y la racionalidad medica. Al mismo tiempo, queremos explorar, de manera inicial, la busqueda de nuevas racionalidades que den fundamento a politicas y programas anticonceptivos desde las perspectivas de las mujeres.

Este trabajo ha sido realizado en el marco del "Taller sobre la Planificacion Familiar: Necesidades Actuales y Perspectivas Futuras", realizado en Santiago de Chile del 27 de enero al 28 de Marzo. El mismo ha sido organizado por el Centro Latinoamericano de Demografia (CELADE) y el Institute for Resource Development (IRD/MACRO) y ha contado con el financiamiento de la Agencia Internacional de Desarrollo (AID) del gobierno de los Estados Unidos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una caracteristica relevante del uso de anticonceptivos en la Republica Dominicana, es una distribucion muy desbalanceada del tipo de metodos utilizados. En efecto, el patron de uso de metodos esta basado fundamentalmente en la esterilizacion y las pastillas, en una relacion cercana a 1 usuaria de pastillas por cada 4 esterilizadas, entre las mujeres casadas. El uso de las pastillas caracteristico en las mujeres de menos de 30 anos es, en general, de corta duracion e ineficiente -presenta la mas elevada tasa de falla de la region (Moreno y Goldman, 1991) y tiende a ser sustituido por la esterilizacion a edades cada vez mas jovenes.

Un estudio reciente, realizado en el pais para investigar los factores que inciden en la alta demanda de la anticoncepcion quirurgica femenina (Baez y de Cordero, 1991), ha mostrado que la Republica Dominicana se coloca en segundo lugar en America Latina y el Caribe -solo despues de Puerto Rico- con relacion a la oferta temprano de la esterilizacion, iniciada por lo menos desde la decada del 1940. Esta oferta era realizada a traves de la consulta ginecologica privada y publica, mucho antes de que se implementaran los programas oficiales de esterilizacion, los cuales datan de 1977, a traves del Consejo Nacional de Poblacion y Familia -adscrito a la Secretaria de Salud Publica- y un ano mas tarde, en 1978, a traves de la Asociacion Pro-Bienestar de la Familia (PROFAMILIA). Esta ultima institucion del sector privado no lucrativo, ofrece servicios subvencionados de planificacion familiar a la comunidad.

Por otra parte, este mismo estudio revelo que ya desde 1971 el Consejo Estatal del Azucar habia creado en el pais el primer programa de esterilizacion femenina, para ofrecer la anticoncepcion quirurgica a las mujeres residentes en los bateyes

azucareros¹. Es el éxito de este programa -cerrado en 1976 aparentemente por diversos tipos de irregularidades- el que crea las bases para el inicio de los programas oficiales de anticoncepción quirúrgica voluntaria a nivel nacional, un año más tarde.

En resumen, esta oferta temprana de esterilizaciones, anterior a los programas oficiales, se realizó a través de tres vías, a saber:

- a) la privada lucrativa a petición de mujeres solventes, iniciada desde la década de 1940;
- b) la pública hospitalaria gratuita pero solo por motivos médicos y no a petición de las mujeres, iniciada hacia 1960;
- c) la pública del Consejo Estatal del Azúcar, también gratuita a petición de las residentes en los bateyes, durante el período 1971-76.

Si recordamos que desde mediados de la década de 1960, la República Dominicana había iniciado el proceso de transición de la fecundidad, es decir el paso de un régimen de alta fecundidad a otro de fecundidad media y, ulteriormente, baja, es lógico pensar que esta oferta temprana de esterilizaciones quirúrgicas coincidía con el deseo de las mujeres de cambiar su patrón reproductivo y, por consiguiente, la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos debía ser muy grande. Por otra parte, el acceso a métodos anticonceptivos para espaciar los nacimientos fue más tardía, pues se inició a nivel privado y de manera programática en 1966, con la creación de PROFAMILIA y, dos años más tarde, en 1968, a nivel oficial, con la creación del Consejo Nacional de Población y Familia.

En este sentido, en este documento se plantea que fue la temprana oferta de esterilizaciones en el país contribuyó a formar el nuevo patrón reproductivo vigente en grandes grupos poblacionales femeninos, en donde el tamaño promedio de la prole disminuye, pero se mantiene una nupcialidad precoz e intervalos intergenesicos más bien cortos, en el cual llegando a un cierto tamaño de familia, las mujeres dan un corte final y relativamente precoz a su capacidad reproductiva. La diferencia con el patrón "natural", de reproducción de las familias -aquel vigente antes del inicio de la transición de la fecundidad- es la disminución del número promedio de hijos por mujer.

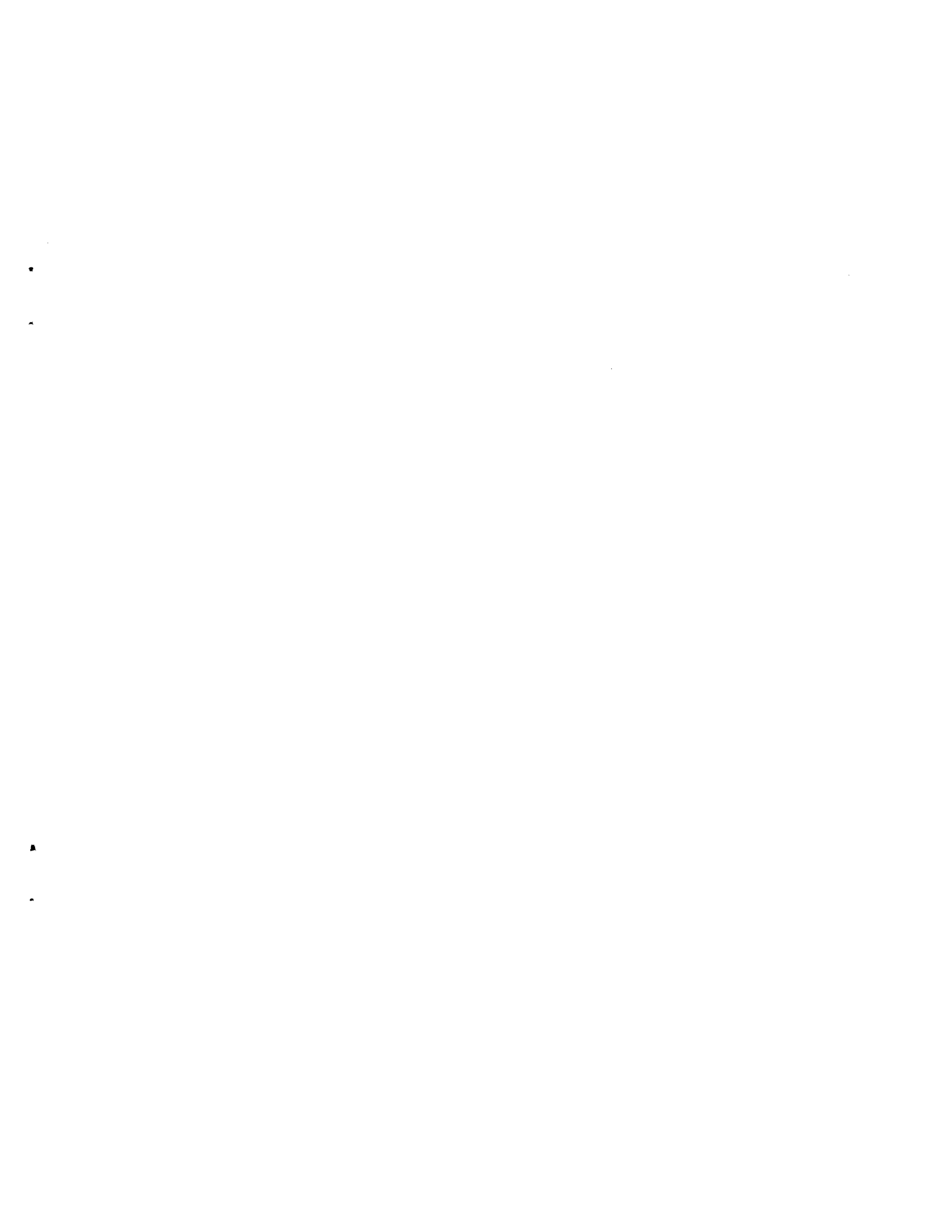
¹ Los bateyes azucareros son comunidades urbanas y rurales donde residen los trabajadores dedicados al corte, acarreo y procesamiento de la caña de azúcar. La mayoría de estos trabajadores residen allí con sus familias.

1

2

3

4



Estos antecedentes fundamentan nuestra preocupacion, en terminos historicos, sobre la idoneidad de las politicas anticonceptivas implementadas en el pais, desde los puntos de vista relativos a la salud de la madre y el nino, los derechos reproductivos de las mujeres y los objetivos demograficos nacionales. Al mismo tiempo, estos antecedentes fundamentan nuestras sugerencias hacia cambios en las politicas anticonceptivas del pais, que van en la misma direccion de las corrientes de opinion de numerosos grupos comunitarios de mujeres dominicanas comprometidas con el movimiento internacional a favor de la salud de la mujer.

1.1 La salud de la madre y el nino

En la Republica Dominicana el logro de los efectos positivos de la planificacion familiar sobre la salud de la madre y el nino se ha manejado principalmente a traves de metas para reducir la proporcion de nacimientos de alto riesgo, definidos en funcion de la edad y la paridez de la madre.

Un enfasis mas escaso se ha hecho en el establecimiento de metas tendientes a alargar los espaciamentos entre nacimientos, a pesar de que notables aportes empiricos han demostrado el efecto positivo mayor que ejercen los intervalos genesicos mas largos en todos los niveles de morbilidad y mortalidad de los ninos (entre 0 y cinco anos de edad) y, ademas, en la salud de la madre, al permitir una completa recuperacion fisiologica y de sus reservas nutricionales antes de iniciar un proximo embarazo (Hobcraft, 1991). Este hecho, a mi juicio, esta relacionado con el patron de uso de metodos anticonceptivos que se ha promovido en el pais, basado, como ya vimos, en la limitacion de los hijos, mas que en su espaciamiento y cuya explicacion racional viene dada por el privilegio de la busqueda de eficacia, antes que en el fomento de la responsabilidad reproductiva que conlleva el ejercicio de la sexualidad en el hombre y -no solo- en la mujer.

Por otra parte, y como factor coadyuvante para mejorar los niveles de salud de la poblacion infantil, existen numerosas evidencias empiricas que muestran que las mujeres que lactan a sus hijos de manera prolongada suelen tener intervalos entre nacimientos mas largos, con efectos positivos comprobados sobre la sobrevivencia de los hijos (Working Group on the Health Consequences of Contraceptive Use and Controlled Fertility, 1989).

Para la poblacion dominicana, inmersa en un proceso avanzado de su transicion de la fecundidad, el diseno e implementacion de politicas orientadas a aumentar la proporcion de mujeres con intervalos entre nacimientos mas largos, la promocion de la lactancia materna, el uso de metodos anticonceptivos para espaciar, redundarian, sin lugar a dudas, en el mejoramiento de la salud materna e infantil.

1.2 Politicas de poblacion y desarrollo

La implementacion de politicas de planificacion familiar como la sugerida, tambien incidiran en la consecucion de los objetivos de la politica poblacional relativos a la reduccion del crecimiento demografico, uno de los instrumentos de la politica global de desarrollo disenada en el pais con la finalidad de racionalizar los recursos escasos de que dispone.

En efecto, se ha observado que la ampliacion de los intervalos genesicos en varios paises de America Latina y el Caribe ha ido a la par con reducciones importantes en la tasa global de fecundidad (Working Group on the Health Consequences of Contraceptive Use and Controlled Fertility, 1989). Establecer politicas deliberadas para lograr este mayor espaciamiento durante todo el ciclo reproductivo de la mujer podria acelerar esta reduccion.

Por ultimo, para la consecucion de los objetivos demograficos limitadores no es posible pensar en un crecimiento "ad infinitum" de la prevalencia de la esterilizacion. Es un hecho evidenciado que importantes grupos poblacionales persisten en el uso de metodos anticonceptivos tradicionales para evitar la concepcion. Inclusive es posible hipotetizar un aumento del uso de los metodos de barrera por efecto de la pandemia producida por el virus VIH. Lograr que el uso de los metodos tradicionales sea mas efectivo, a traves de actividades de informacion, educacion y comunicacion, es una importante tarea pendiente para los programas de planificacion familiar de la Republica Dominicana.

1.3 Los derechos reproductivos de las mujeres y su salud

Desde el punto de vista de los derechos reproductivos, cabria preguntarse si esta distribucion tan desbalanceada del tipo de metodo utilizado por las mujeres dominicanas, no estaria denotando una inclinacion de la oferta hacia el privilegio de estos metodos, en detrimento de los derechos de las mujeres a escoger de manera libre e informada entre todo el abanico de metodos disponibles, independientemente de su grado de eficacia ?

El concepto de derechos reproductivos de las mujeres, enmarcados en el contexto de la salud de la poblacion femenina, ha sido acunado por el movimiento internacional de salud de la mujer, liderado por mujeres feministas, para reemplazar el termino de planificacion familiar y reintroducirlo dentro de un enfoque holistico, desde la perspectiva de los derechos humanos (Baez, 1991).

Asi, los derechos reproductivos entendidos como "...los derechos de las mujeres de regular su propia sexualidad y capacidad reproductiva, y la exigencia de que los hombres asuman las

responsabilidades de las consecuencias del ejercicio de su propia sexualidad..."(Azeredo y Stolke, 1991). Los mismos incluirían aspectos tan amplios como la educación sexual, la maternidad libre y sin riesgos, el acceso libre e informado a todos los métodos anticonceptivos disponibles, la posibilidad de interrumpir un embarazo no deseado en condiciones sanitarias adecuadas, disponibilidad de servicios de salud en todas las etapas del ciclo de vida de las mujeres, servicios de salud, guarderías y escuelas para hijos e hijas.

El respeto de los derechos reproductivos de las mujeres significa reconocer su posición de sujeto y, por consiguiente, estos derechos deben superar el estrecho marco de las miras demográficas y de los enfoques predominantemente médicos, hacia metas encaminadas a mejorar la salud reproductiva de la población que implican no solamente cambios en los niveles de fecundidad sino también en el comportamiento sexual y reproductivo de las personas.

En este contexto, el acceso a la anticoncepción es uno de los derechos reproductivos fundamentales, cuyo pleno ejercicio debe permitir a las mujeres decidir si quieren tener hijos, cuantos y cuando. Para ello, un conocimiento cabal de su cuerpo y de su función reproductiva, el manejo de información sobre todos los métodos anticonceptivos y la posibilidad de elegir libremente son requisitos para su ejercicio.

II. FUENTES DE DATOS Y METODOLOGIA

Las fuentes de datos básicas utilizadas en el estudio son las dos encuestas sobre demografía y salud realizadas en el país en 1986 y 1991, auspiciadas también por el IRD con el apoyo financiero de la AID, las cuales se han realizado a través de dos instituciones nacionales, a saber, el Consejo Nacional de Población y Familia en 1986 y la Asociación Dominicana pro Bienestar de la Familia en 1991.

La primera "Encuesta Nacional Demográfica y de Salud 1986" se realizó en base a una muestra probabilística ponderada de 7,648 mujeres de 15 a 49 años, representativa a nivel nacional, por zona urbana y rural y para las ocho regiones de salud en que está clasificado el país.

En la segunda "Encuesta Nacional Demográfica y Salud 1991" la muestra fue de 7,320 mujeres en edad fértil y presenta las mismas características muestrales y de representatividad que la encuesta anterior.

También se han utilizado las informaciones publicadas por las encuestas nacionales de fecundidad de 1975 y 1980, auspiciadas por World Fertility Surveys y la encuesta sobre prevalencia de

anticonceptivos en mujeres de 1983-84 auspiciada por IRD/MACRO.

La metodología del estudio combina el análisis de datos transversales y longitudinales, cuya finalidad es separar los efectos coyunturales del periodo y establecer las tendencias del comportamiento anticonceptivo de grupos de cohortes que han convivido experiencias socio-culturales similares.

III. LOS PATRONES DE USO DE ANTICONCEPTIVOS

3.1 El uso actual de metodos anticonceptivos 1975-1991

La prevalencia del uso actual de anticonceptivos para las mujeres en union matrimonial -sea esta legal o consensual- medido por las cinco encuestas demograficas realizadas en el pais durante el periodo 1975-1991, muestra un aumento sostenido de el porcentaje de usuarias que pasa de 31.3 % en 1975 a 56.5 % en 1991 (ver grafico 3.1), lo cual representa un aumento de mas de un 80 % en los ultimos 16 anos.

Grafico 3.1

Notemos que mientras en 1975 menos de un tercio de las mujeres casadas usaba anticonceptivos, para 1991 mas de la mitad de ellas estaba recurriendo al uso de algun metodo para controlar su descendencia. Este nivel de utilizacion coloca a la Republica Dominicana entre aquellos paises subdesarrollados clasificados como de alta prevalencia de la anticoncepcion (IRD, 1991).

3.2 Uso Actual por edad

Las curvas de prevalencia de anticonceptivos por edad, presentadas en el grafico 3.2, muestra que en una primera etapa, entre 1975 y 1980, esta elevacion de los niveles de uso se verifico de manera amplia en todos los grupos de mujeres en edad fertil.

Grafico 3.2

En una segunda etapa, entre 1980 y 1986, a pesar de que la intensidad total de la prevalencia aumenta, se verifican cambios en el calendario de uso. En efecto, los aumentos mas notables en los niveles de uso se verifican sobre todo a partir de los 30 anos. Por el contrario, excepcion hecha del grupo 15-19 anos, el patron de uso por edad no ha variado mucho entre las mujeres mas jovenes, observandose pocos cambios en los niveles de prevalencia entre 20 y 29 anos entre un periodo y otro.

Finalmente, entre 1986 y 1991, vuelve a verificarse un aumento de notable de la prevalencia que abarca a casi a todos los grupos de

edades. La excepcion la constituyen las mujeres de 15-19 anos, que en 1991 muestran un descenso notable de casi un tercio de la proporcion de usuarias con relacion a 1986².

En sintesis, estas cifras evidencian tendencias hacia el aumento de la prevalencia, cuyo calendario varia a partir de 1980, haciendose mas notable la intensidad del uso a partir de los 30 anos. La evolucion de la prevalencia de uso de anticonceptivos entre 15 y 29, a partir de 1980, es menos clara. En efecto, entre 1980 y 1986 hay un aumento de la prevalencia, mas notable entre 15 y 19 anos; lo contrario se observa entre 1986 y 1991, cuando se verifica una disminucion entre 15 y 19 anos al nivel observado en 1980, mientras que en el grupo siguiente, 20-24, la proporcion es superior a la observada en anos anteriores.

3.3 Tipos de metodos anticonceptivos usados

El analisis de los metodos utilizados por las mujeres casadas arroja mas luz para explicar el perfil de las curvas de uso por edad (ver cuadro 3.1 y grafico 3.3). En efecto, es la prevalencia cada vez mayor de la esterilizacion, que durante el periodo se multiplica por mas de tres, lo que esta determinando el perfil de las curvas y explica, en gran medida, los aumentos de la intensidad y los cambios en el calendario del uso de anticonceptivos, como veremos mas adelante.

² Habria que dilucidar si se trata de una disminucion real o si se debe a diferencias debido a errores muestrales de las encuestas de 1986 y 1991 para este grupo de mujeres.

CUADRO 3.1
PREVALENCIA DEL USO ACTUAL DE METODOS ANTICONCEPTIVOS SEGUN AÑO ENCUESTA
Y VARIAS CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

METODO	1975	1980	1983	1986	1991
TOTAL	100.0	100	100.0	100.0	100.0
NO USUARIAS	68.7	58	54.2	50.0	43.5
USUARIAS	31.3	42	45.8	50.0	56.5
USO TOTAL POR EDAD	31.3	42	45.8	50.0	56.5
15-19	13.5	18	18.9	25.2	17.4
20-24	26.5	37	35.8	37.8	42.5
25-29	40.5	50	50.0	51.3	55.0
30-34	40.2	53	57.2	60.7	66.2
35-39	40.1	53	59.0	64.9	71.3
40-44	28.9	41	48.3	54.8	69.0
45-49	18.8	27	33.4	42.1	55.0
USO TOTAL METODO POR TIPO	31.3	42	45.8	50.0	56.5
ESTERILIZACION FEMENINA	11.8	21	27.4	32.9	38.5
PILDORAS	8.0	9	8.6	8.8	9.8
ABSTINENCIA PERIODICA	1.2		1.1	1.4	2.2
RETIRO	3.5		2.5	1.5	2.0
DIU	2.8		3.8	3.0	1.8
CONDON	1.5		1.5	1.4	1.2
ESTERILIZACION MASCULINA	0.1	12	0.1	0.1	0.2
INYECCION*	-		-	0.1	0.1
NORPLANT	-		-	0.2	0.1
DIAFRAGMA	-		-	-	0.1
OTROS METODOS	2.4		0.8	0.6	0.5
NUMERO DE MUJERES	1808	2771		4134	4083

NOTA: EN 1975 EL USO DE PASTILLAS ESTA SOBRESTIMADO PORQUE SE INCLUYO JUNTO CON LA INYECCION.

FUENTES:

ENCUESTA NACIONAL DE FECUNDIDAD 1975.

SEGUNDA ENCUESTA NACIONAL DE FECUNDIDAD 1980.

ENCUESTA NACIONAL DE PREVALENCIA DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS, MUJERES, 1983-84.

ENCUESTA DE DEMOGRAFIA Y SALUD 1986.

SEGUNDA ENCUESTA DE DEMOGRAFIA Y SALUD 1991.

Grafico 3.3

El otro metodo mas importante en terminos de proporcion de usuarias es la pildora, cuyo prevalencia entre 1986 y 1991 ha aumentado un poco y tiende a alcanzar al 10 % de las mujeres en union.

La prevalencia de otros metodos ha sido baja y, en terminos generales, ha tendido a disminuir durante el periodo analizado. En efecto, entre 1975 y 1991 solo la abstinencia periodica aumenta su prevalencia de 1.2 % a 2.2 %. En En el resto de los metodos el incremento no sobrepasa en ningun caso el 2 % de las usuarias.

El resultado para 1991, muestra que la proporcion de usuarias (grafico 3.4) de la esterilizacion y las pastillas representan el 85.5 % de la practica anticonceptiva de las dominicanas.

Sin embargo, el uso de otros metodos, visto en su conjunto, a pesar de que ha ido perdiendo importancia relativa (al igual que las pastillas) dentro del total de usuarias en union, sigue siendo usado por cerca del 15 % de estas mujeres.

Grafico 3.4

3.4 Uso de metodos por tipo y edad

El perfil de uso de las mujeres en union se caracteriza por la combinacion de dos metodos, las pastillas y la esterilizacion. Antes de los 30 anos ellas comienzan con un metodo para espaciar, las pastillas y rapidamente pasan a la esterilizacion, para darle un corte definitivo a su capacidad reproductiva.

Los datos por edad y tipo de metodo (ver cuadro 3.2 y graficos 3.5 y 3.6) disponibles para 1986 y 1991, nos muestran como el uso de las pastillas y de la esterilizacion experimentan variaciones importantes en la intensidad y el calendario entre las mujeres en union usarias de anticonceptivos, mientras que el uso de otros metodos presenta un perfil similar y sin grandes variaciones.

CUADRO 3.2
MUJERES EN UNION SEGUN USO ACTUAL DE METODOS ANTICONCEPTIVOS POR GRUPOS DE EDAD,

METODO	TOTAL	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
ANO 1986								
ESTERILIZACION FEMENINA	32.9	0.1	9.9	28.9	42.2	56.9	47.8	37.1
PASTILLAS	8.8	18.2	16.4	2.5	5.9	2.3	0.7	0.5
ABSTINENCIA PERIODICA	1.4	1.4	2.3	1.7	1.1	0.6	1.1	0.6
RETIRO	1.5	2.8	1.8	1.5	1.2	1.1	1.2	1.3
DIU	3.0	1.0	4.5	3.9	3.2	2.0	1.5	2.0
CONDON	1.4	1.1	1.0	1.8	2.1	0.8	2.4	
ESTERILIZACION MASCULINA	0.1		0.3					
INYECCION	0.1		0.3			0.1		
NORPLANT	0.2		0.5	0.1		0.2		
OTROS METODOS	0.6	0.5	0.9	0.9	0.2	1.0	0.1	0.6
SUB TOTAL OTROS METODOS		6.8	11.6	9.9	7.8	5.8	6.3	4.5
ANO 1991								
ESTERILIZACION FEMENINA	38.5	0.4	10.0	28.4	49.5	62.5	65.4	51.5
PASTILLAS	9.8	12.3	21.8	15.8	6.2	2.0	1.4	0.4
ABSTINENCIA PERIODICA	2.2	2.4	4.0	1.2	3.0	2.4	0.6	0.4
RETIRO	2.0	1.3	2.5	2.6	3.0	1.6	0.5	0.7
DIU	1.8	0.3	1.9	4.0	2.1	0.5	0.2	0.5
CONDON	1.2	0.2	1.5	1.4	1.7	1.3	0.4	0.1
ESTERILIZACION MASCULINA	0.2			0.2	0.1	0.7	0.1	
INYECCION	0.1		0.4	0.3				
NORPLANT	0.1							0.7
DIAFRAGMA	0.1		0.3	0.1			0.1	
OTROS METODOS	0.1	0.3	0.2	0.9	0.4	0.2	0.3	0.7
SUB TOTAL OTROS METODOS		4.5	10.8	10.7	10.3	6.7	2.2	3.1

FUENTES:

ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFIA Y SALUD 1986.

SEGUNDA ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFIA Y SALUD 1991.

Grafico 3.5

Grafico 3.6

En efecto, mientras la maxima prevalencia del uso de las pastillas en 1986 es 18.2 % en el grupo 15-19 anos, para 1991 esta intensidad aumenta a cerca del 22 % y se traslada al grupo de edad 20-24 anos. Con respecto a la esterilizacion observamos que en 1986 la maxima intensidad es de 56.9 entre 35-39 anos y para 1991 sube a 65 % entre 40 y 44 anos.

Que puede significar esto un envejecimiento del calendario de uso de anticonceptivos ? Veremos, mas adelante con datos longitudinales, que por lo menos en el caso de las esterilizaciones, se trata del fenomeno contrario: las mujeres tienden a esterilizarse a edades mas jovenes. Sin embargo, los datos por periodo no son idoneos para revelar esta tendencia.

3.5 La esterilizacion

Los datos de la Encuesta Demografica y de Salud de 1991, muestran que las mujeres esterilizadas en la Republica Dominicana representan el 38.5 % de las mujeres casadas usuarias de anticonceptivos al momento del relevo de la informacion. Esta cifra significa que el 68.1% de las mujeres en union que recurren a metodos para controlar su reproduccion estan esterilizadas.

Esta elevada prevalencia de la esterilizacion ya era notoria en 1975, cuando aun no existian en el pais programas publicos de planificacion familiar. En efecto, los datos de la primera Encuesta Nacional de Fecundidad realizada en el pais para ese ano muestra que el 11.8 % de las mujeres en union estaban esterilizadas. Las encuestas siguientes, realizadas entre 1980 y 1991 no hacen mas que revelar una tendencia hacia el aumento de esta prevalencia, que cada vez se perfila como la opcion anticonceptiva unica de las mujeres (ver supra grafico 3.3 y cuadro 3.1).

Los datos transversales analizados hasta ahora, parecerian indicar que entre 1986 y 1991 ha habido un aumento de la prevalencia a partir de los 25-30 anos, mientras que en las edades mas jovenes la prevalencia habria permanecido practicamente igual. Inclusive pareceria que estaríamos ante el envejecimiento del calendario de las esterilizaciones. Para intentar dilucidar estos hechos vamos a analizar la evolucion del uso de anticonceptivos segun cohortes de mujeres esterilizadas.

3.5.1 La prevalencia en las cohortes de mujeres esterilizadas

Hemos calculado proporciones y tasas de esterilización por cohortes³, para intentar separar el efecto acumulativo del fenómeno, de los cambios ocurridos en su intensidad y calendario.

Previo al análisis de los datos por cohortes verificamos la consistencia de la información y constatamos una gran coherencia entre las informaciones suministradas por las encuestas "Demografía y Salud" en 1986 y 1991.

Una ojeada panorámica de la evolución de las cohortes de mujeres esterilizadas durante el período 1975-1991⁴, destaca el notable aumento que ha experimentado la esterilización en todas las cohortes observadas. En efecto, las curvas de las proporciones de esterilizadas no cesan de aumentar de nivel cuando pasamos sucesivamente de las cohortes más viejas a las cohortes más jóvenes, o lo que es lo mismo, cuando pasamos de 1975 a 1980, 1986 y a 1991 (ver cuadro 3.3 y gráfico 3.7)

CUADRO 3.3

³ El cálculo de las tasas de esterilizaciones por cohortes se ha obtenido con las proporciones de mujeres esterilizadas según edad actual y períodos quinquenales previos a la encuesta en que cada grupo de mujeres se esterilizó. Los datos se graficaron en la edad media del grupo de edad.

⁴ Los datos por cohortes para 1975 y 1980 fueron estimados. Para 1975 solo dispusimos de la prevalencia acumulada para el grupo de edad 45-49. En 1980 estimamos por interpolación lineal ese mismo valor. La distribución por edad fue estimada para ambos años ajustando la distribución observada en 1986 a partir de los datos para el grupo 45-49 años en 1975 y en 1980. Los datos por cohortes según edad actual para 1986 y 1991 se han calculado acumulando la proporción de esterilizadas en una cohorte según períodos quinquenales previos a la encuesta en que cada grupo de mujer se esterilizó. La información se ha graficado en la edad media de cada grupo quinquenal.

PREVALENCIA DE LA ESTERILIZACION POR COHORTES SEGUN EDAD ACTUAL Y PERIODO DE ESTERILIZACION PREVIO A LA ENCUESTA, 1986 Y 1991

EDAD ACTUAL	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34

1986							
15-19	0.1						
20-24	5.4	0.2					
25-29	22.4	3.9	0.2				
30-34	41.1	17.7	1.8	0.0			
35-39	51.9	34.9	9.7	1.0	0.0		
40-44	44.0	34.2	17.3	5.6	1.2	0.0	
45-49	34.0	29.2	18.7	6.6	2.7	0.2	0.0

1991							
15-19	0.1						
20-24	5.8	0.3					
25-29	23.1	4.8	0.2				
30-34	43.4	21.1	4.1	0.1			
35-39	57.4	40.0	15.8	2.5	0.0		
40-44	59.6	54.6	35.6	11.7	1.0	0.0	
45-49	47.5	45.1	36.6	20.0	4.6	0.7	0.0

FUENTES: DHS86 Y DHS91

Grafico 3.7

Ademas, si observamos las diferentes cohortes a edad igual, constatamos que los aumentos de mujeres esterilizadas se verifican en todos los grupos de edades, aun en los grupos mas jovenes, donde generalmente un gran numero de mujeres no ha completado aun su procreacion. Observese, por ejemplo, los importantes aumentos ocurridos en el grupo de mujeres entre 25-30 anos.

Estas curvas por cohorte tambien evidencian que si bien el aumento de las mujeres esterilizadas ha sido muy notable, se ha iniciado un proceso de dismunicion del ritmo de aumento, pues si bien se observan alzas en todos los grupos de edad, las mismas tienden a ser cada vez menores en las cohortes de menos de 40 anos, que podemos observar en 1991. Este escaso crecimiento contrasta con los notables aumentos observados en las mujeres de mas de 40 anos, en todas las cohortes anteriores. Si estas cohortes incompletas observadas en 1991 continuan disminuyendo su proporcion de mujeres esterilizadas en los proximos anos, estariamos en el umbral de un

gran cambio en el calendario y en la intensidad de las esterilizaciones en Republica Dominicana.

En síntesis estos datos no solo muestran un aumento de la prevalencia de las esterilizaciones en el tiempo, que es real y no solo acumulativo dada la naturaleza irreversible del fenómeno, sino que también insinúan un rejuvenecimiento en el calendario de uso y una disminución de la incidencia. Estos dos últimos fenómenos pasaremos a analizarlos con más detalle.

3.5.2 Las tasas de esterilización por cohortes

Las cohortes completas de mujeres observadas en 1986 y 1991, a través del gráfico 3.8, muestran claramente un rejuvenecimiento del calendario de las esterilizaciones para 1991. En efecto, a pesar de que el valor modal de las esterilizaciones se mantiene alrededor de 35 años en ambas observaciones, en 1991 aparece un segundo valor elevado a los 30 años, que muestra una intensidad importante. Se observa además, una disminución de las tasas de esterilización a partir de los 35 años (ver también cuadro 3.4).

Grafico 3.8

Este aumento en la intensidad del fenómeno no es contradictorio con la disminución de la incidencia en periodos recientes, porque es frecuente que el rejuvenecimiento del calendario muestre alzas coyunturales en las tasas, producto de la disminución de la incidencia en las edades más viejas y su concentración en las edades más jóvenes.

Este rejuvenecimiento también es observado en otras cohortes en 1991 (ver gráfico 3.9), que aunque no están completas, muestran aumentos, más o menos, importantes en las tasas de mujeres esterilizadas a los 20, 25, 30 y 35 años.

Grafico 3.9

CUADRO 3.4
TASAS DE ESTERILIZACION POR COHORTES SEGUN PERIODOS PREVIOS A LA ENCUESTA, 1986 y 1991

PERIODOS ESTERILIZACION PREVIOS A LA ENCUESTA							ANO	
1951-56 30-35	1956-61 25-30	1961-66 20-25	1966-71 15-20	1971-76 10-15	1976-81 5-10	1981-86 0-5	NACIMIENTO COHORTES	EDAD ACTUAL
1986								
0.000	0.412	4.938	8.757	17.335	31.926	37.061	1956-61	25-29
	0.000	0.000	0.000	0.327	0.362	0.102	1961-66	20-24
							1966-71	15-19
			7.819	23.468	50.453	46.756	1951-56	30-34
							1946-51	35-39
							1941-46	40-44
							1936-41	45-49
				24.280	33.625	33.894	1966-71	15-19
							1961-66	20-24
							1956-61	25-29
							1951-56	30-34
							1946-51	35-39
							1941-46	40-44
							1936-41	45-49
							1931-36	50-54
							1926-31	55-59
							1921-26	60-64
							1916-21	65-69
							1911-16	70-74
							1906-11	75-79
							1901-06	80-84
							1996-01	85-89
							1991-96	90-94
							1986-91	95-99

INDICE SINTETICO DE ESTERILIZACION POR MIL MUJERES 787

PERIODOS ESTERILIZACION PREVIOS A LA ENCUESTA							ANO	
1956-61 30-35	1961-66 25-30	1966-71 20-25	1971-76 15-20	1976-81 10-15	1981-86 5-10	1986-91 0-5	NACIMIENTO COHORTES	EDAD ACTUAL
1991								
0.000	1.307	2.065	4.908	8.106	9.380	10.871	1966-71	20-24
	0.000	0.000	0.189	0.318	0.697	0.234	1961-66	25-29
							1956-61	30-34
							1951-56	35-39
							1946-51	40-44
							1941-46	45-49
							1936-41	50-54
							1931-36	55-59
							1926-31	60-64
							1921-26	65-69
							1916-21	70-74
							1911-16	75-79
							1906-11	80-84
							1901-06	85-89
							1996-01	90-94
							1991-96	95-99
							1986-91	0-5

INDICE SINTETICO DE ESTERILIZACION POR MIL MUJERES 708

FUENTES: DHS86 Y DHS91

3.5.3 Las tasas de esterilización por periodos

A diferencia de los datos por cohortes, la evaluación de las tasas por periodo muestran algunas inconsistencias entre los datos de las fuentes de 1986 y de 1991. A pesar de ello, ellas permiten dilucidar una clara tendencia a la disminución de la incidencia de la esterilización durante la década de 1980, después de aumentos muy grandes observados durante toda la década del 70, aun antes de que se iniciaran los programas públicos de esterilización en 1977.

Estas aseveraciones son evidentes en los graficos 3.10 donde hemos graficado las tasas por cohortes segun edad y periodos en 1991. Pueden observarse que los aumentos mas notables de la incidencia de la esterilizacion ocurrierron entre los periodos 1971-76 a 1976-81, en donde la tasa de esterilizacion aumento casi al doble en el grupo de edad 30-35 anos. En el periodo 1981-1986, los valores mas elevados son similares a los del periodo anterior y ya para 1986-91 hay una disminucion de la incidencia a partir de los 30 anos.

En los graficos 3.11 al 3.15 hemos graficado los mismos datos del grafico anterior, pero presentando los periodos de dos en dos, para observar con mas detalle el comportamiento de las tasas. Podemos ver mas claramente la gran incidencia de la esterilizacion durante la decada de 1970 y principios de los 80 en los graficos 3.12 y 3.13.

Los graficos 3.14 y 3.15, donde se observan las cohortes mas completas al 1991 puede notarse que ya desde 1981-86 los aumentos mas notables se observan antes de los 30 anos. Todavia en este periodo la incidencia, que permancecio constante a los 30 anos, aumenta a los 35. Pero a partir del periodo 1986-91, el descenso de la incidencia es muy claro a partir de los 30 anos, aunque mas notable a partir de los 40. Al mismo tiempo se da un aumento de dicha incidencia entre 20 y 29 anos.

En estos graficos podemos observar un ensanchamiento de la curva entre 15 y 30 anos (claramente visible si comparamos con los graficos que las cohortes que anteceden), dato que confirma el rejuvenecimiento del calendario de la esterilizacion en las cohortes, observado en las tasas por edad.

Por ultimo, hemos graficado las tasas de mujeres esterilizadas por cohortes segun periodo y grupo de edad (ver grafico 3.16), para mostrar mas claramente los cambios ocurridos en la incidencia segun grupos especificos de edad y ratificar las tendencias de la incidencia observadas: Notemos que salvo los grupos de edad 20-24 y 25-29 -los mas jovenes- los cuales aumentan la incidencia de manera ininterrumpida en todo el periodo observado, el resto de los grupos de edades -los correspondientes a mujeres de 30 anos y mas- muestran descensos claros de la incidencia en el periodo 1986-91. Estos descenso son mucho mas notables a partir de los 40 anos.

3.6 La prevalencia de la esterilizacion y algunas covariables

En el cuadro 3.5 presentamos la prevalencia de la esterilizacion segun anos de estudios, zona y region de salud donde residen⁵. Estos datos evidencian una disminucion de la prevalencia en las mujeres con educacion media (de 9 a 12 anos de estudios) y universitaria (13 y mas anos de estudios), quienes, aparentemente, en la medida que amplian sus conocimientos optan por patrones de uso de anticonceptivos diferentes.

La prevalencia de la esterilizacion es elevada en zona rural y -un poco mas- en zona urbana. Por su parte, las regiones de salud III y VII presentan las mas elevadas tasas de prevalencia, hecho que probablemente obedezca a factores de oferta.

3.7. Tablas de esterilizacion

Para cada una de las encuestas se tomaron los periodos de 5 años inmediatamente anteriores a cada encuesta; es decir 1986-1991 (DHS-91) y 1981-1986 (DHS-86). Para cada uno de estos periodos se obtuvo por edades simples el número de esterilizaciones y el tiempo de exposición de las mujeres en estado de no esterilizada. Con estos dos datos se calcularon tasas de esterilizaciones por edades simples. Esta forma de cálculo implica concebir el fenómeno de la esterilización similar al de la mortalidad (ej. la probabilidad de sobrevivir aquí equivale a la probabilidad de no esterilizarse). A partir de estas tasas se construyeron sendas tablas de vida, las que figuran en la tabla 3.6.

⁵ El país está dividido en ocho regiones de salud, cada una de las cuales comprende las siguientes provincias: Region 0: Distrito Nacional. Region I: Peravia, San Cristobal y Monte Plata. Region II: Santiago, Puerto Plata, La Vega, Espaillat y Monsenor Nouel. Region III: Salcedo, Duarte, Maria Trinidad Sanchez, Samana y Sanchez Ramirez. Region IV: Barahona, Perdernales, Bahoruco e Independencia. Region V: La Romana, La Altagracia, El Seibo, San Pedro de Macoris y Hato Mayor. Region VI: San Juan de la Maguana, Azua y La Estrelleta. Region VII: Valverde, Santiago, Rodriguez, Dajabon y Monte Cristi.

CUADRO 3.5
PREVALENCIA DE LA ESTERILIZACION SEGUN ALGUNAS COVARIABLES

COVARIABLES	PREVALENCIA
ANOS DE ESTUDIOS	
NINGUNO	43.2
1-4 ANOS	45.2
5-8 ANOS	42.5
9-12 ANOS	29.5
13 ANOS Y MAS	33.7
ZONA DE RESIDENCIA	
URBANA	39.2
RURAL	37.4
REGION DE RESIDENCIA	
REGION 0	26.4
REGION I	24.1
REGION II	27.7
REGION III	21.6
REGION IV	18.5
REGION V	27.6
REGION VI	23.9
REGION VII	36.5
TOTAL	38.5

FUENTE: DHS91

Los resultados de este ejercicio confirman los escasos cambios en la incidencia de las esterilizaciones en los últimos diez años. La probabilidad de que una mujer se esterilice, si siguiera el patrón actual, sólo ha disminuido ligeramente (de 62 % a 60 %). Sin embargo cuando se analiza este dato por edad se observa que la probabilidad de que una mujer se esterilice antes de los 25 años ha pasado de 10 a algo más de 11 por ciento. Sin embargo, la probabilidad de esterilizarse a una edad mayor ha disminuido. Así, si la mujer llega a los 35 años sin esterilizarse, la probabilidad de que lo haga antes de completar su período fértil ha disminuido de 28 a 21 por ciento.

Tabla 3.6

Tabla de vida de mujeres esterilizadas, 1986-1991.

Edad	T.Exp.	Esteriliz	Tasa	Tasa (*)	Prob.(**)	Sobrev.	Esteriliz	q(0,x)
15	2015.1	0.4	0.0002	0.0002	0.0002	100000	18	0.0000
16	1947.0	0.0	0.0000	0.0004	0.0004	99982	35	0.0002
17	1882.4	1.7	0.0009	0.0012	0.0012	99947	121	0.0005
18	1855.6	5.1	0.0027	0.0031	0.0031	99826	313	0.0017
19	1749.3	10.1	0.0058	0.0055	0.0055	99513	547	0.0049
20	1723.8	13.8	0.0080	0.0102	0.0101	98966	1003	0.0103
21	1645.4	27.6	0.0168	0.0134	0.0133	97963	1303	0.0204
22	1590.7	24.5	0.0154	0.0226	0.0224	96660	2164	0.0334
23	1527.3	54.6	0.0357	0.0286	0.0282	94496	2665	0.0550
24	1372.9	47.6	0.0347	0.0345	0.0339	91832	3112	0.0817
25	1286.2	42.5	0.0330	0.0380	0.0373	88720	3308	0.1128
26	1155.0	53.5	0.0463	0.0407	0.0399	85411	3407	0.1459
27	1074.0	46.0	0.0428	0.0434	0.0425	82004	3484	0.1800
28	973.9	40.1	0.0411	0.0462	0.0451	78520	3543	0.2148
29	913.1	49.8	0.0546	0.0505	0.0492	74977	3690	0.2502
30	843.3	46.9	0.0557	0.0538	0.0524	71287	3735	0.2871
31	735.1	37.6	0.0512	0.0625	0.0606	67552	4095	0.3245
32	638.0	51.5	0.0807	0.0768	0.0739	63457	4692	0.3654
33	573.8	56.5	0.0984	0.0858	0.0822	58765	4832	0.4123
34	516.1	40.3	0.0781	0.0738	0.0712	53933	3838	0.4607
35	438.4	19.6	0.0447	0.0549	0.0535	50096	2678	0.4990
36	400.6	16.8	0.0419	0.0366	0.0360	47418	1706	0.5258
37	376.5	8.8	0.0233	0.0300	0.0296	45711	1353	0.5429
38	353.0	8.8	0.0249	0.0261	0.0258	44358	1142	0.5564
39	310.5	9.3	0.0300	0.0256	0.0253	43216	1092	0.5678
40	318.0	6.9	0.0218	0.0195	0.0193	42124	815	0.5788
41	305.0	2.1	0.0067	0.0111	0.0110	41309	454	0.5869
42	299.2	1.4	0.0046	0.0099	0.0098	40855	401	0.5915
43	287.3	5.2	0.0182	0.0076	0.0076	40454	307	0.5955
44	292.7	0.0	0.0000	0.0102	0.0102	40146	409	0.5985
45	244.4	3.1	0.0125	0.0049	0.0049	39737	194	0.6026
46	168.2	0.4	0.0022	0.0055	0.0055	39544	216	0.6046
47	140.1	0.3	0.0018	0.0013	0.0013	39328	52	0.6067
48	94.4	0.0	0.0000	0.0006	0.0006	39276	24	0.6072
49	51.2	0.0	0.0000	0.0000	0.0000	39252	0	0.6075

Fuente: DHS-1991.

* Tasa promedio móvil trienal.

** Probabilidad calculada con fórmula siguiente: $p = (2 * \text{Tasa}) / (2 + \text{tasa})$.

Tabla 3.6 (Continuación)

Tabla de vida de esterilizaciones. Republica Dominicana, 1981-1986.

Edad	T.Exp.	Esteril.	Tasa	Tasa (*)	Prob.(**)	Sobrev.	Esteril.	q(0,x)
15	2349.81	0.00	0.0000	0.0000	0.0000	100000	0	0.0000
16	2322.63	0.00	0.0000	0.0000	0.0000	100000	0	0.0000
17	2204.23	0.00	0.0000	0.0002	0.0002	100000	21	0.0000
18	2150.96	1.33	0.0006	0.0022	0.0022	99979	215	0.0002
19	2037.17	11.93	0.0059	0.0062	0.0062	99764	621	0.0024
20	1911.78	23.46	0.0123	0.0094	0.0093	99143	925	0.0086
21	1771.10	17.70	0.0100	0.0154	0.0152	98218	1498	0.0178
22	1633.72	38.94	0.0238	0.0176	0.0174	96720	1686	0.0328
23	1539.67	29.15	0.0189	0.0241	0.0238	95034	2266	0.0497
24	1388.49	41.13	0.0296	0.0305	0.0300	92768	2784	0.0723
25	1339.87	57.40	0.0428	0.0419	0.0411	89984	3695	0.1002
26	1182.70	63.06	0.0533	0.0475	0.0464	86289	4006	0.1371
27	1072.89	49.81	0.0464	0.0488	0.0476	82283	3920	0.1772
28	976.29	45.57	0.0467	0.0541	0.0527	78362	4130	0.2164
29	880.22	61.01	0.0693	0.0561	0.0546	74232	4053	0.2577
30	783.44	41.07	0.0524	0.0614	0.0596	70179	4183	0.2982
31	661.34	41.39	0.0626	0.0539	0.0525	65996	3466	0.3400
32	620.08	29.01	0.0468	0.0555	0.0540	62530	3378	0.3747
33	578.37	33.08	0.0572	0.0548	0.0533	59152	3153	0.4085
34	539.43	32.54	0.0603	0.0575	0.0559	55999	3129	0.4400
35	539.40	29.63	0.0549	0.0590	0.0573	52870	3030	0.4713
36	490.81	30.30	0.0617	0.0488	0.0476	49840	2373	0.5016
37	447.29	13.28	0.0297	0.0381	0.0374	47467	1775	0.5253
38	425.12	9.74	0.0229	0.0305	0.0300	45692	1372	0.5431
39	418.92	16.29	0.0389	0.0259	0.0255	44319	1131	0.5568
40	423.39	6.68	0.0158	0.0254	0.0251	43188	1085	0.5681
41	401.30	8.69	0.0216	0.0210	0.0208	42103	875	0.5790
42	405.40	10.37	0.0256	0.0188	0.0186	41228	768	0.5877
43	406.19	3.74	0.0092	0.0149	0.0148	40459	599	0.5954
44	397.05	3.96	0.0100	0.0092	0.0092	39860	365	0.6014
45	328.29	2.77	0.0084	0.0078	0.0077	39495	305	0.6050
46	249.36	1.21	0.0048	0.0088	0.0088	39190	345	0.6081
47	173.40	2.29	0.0132	0.0122	0.0121	38845	472	0.6115
48	112.20	2.08	0.0186	0.0106	0.0105	38374	405	0.6163
49	50.80	0.00	0.0000	0.0000	0.0000	37969	0	0.6203

Fuente: DHS- 1986.

* Tasa promedio movil trienal.

** Probabilidad calculada con formula siguiente: $p = (2 * Tasa) / (2 + tasa)$.

3.8 Perspectivas de las esterilizaciones al 2001

Estos grandes aumentos en la prevalencia de las esterilizaciones, que hemos constatado son producto de la conjuncion de dos situaciones. En efecto, previo a un gran aumento de la prevalencia -sobre todo a principios de la decada de 1970- se ha dado un

desciendo de la incidencia de la esterilización en la cohortes mas viejas, específicamente a partir de los 35 años, durante el periodo 1986-91. Al mismo tiempo, se ha verificado un aumento de dicha prevalencia en las cohortes mas jóvenes, evidencias de un cambio en el calendario: las mujeres se están esterilizando a edades mas jóvenes.

Para analizar las perspectivas de esta evolución hemos realizado dos proyecciones de la prevalencia de las esterilizaciones para para los años 1996 y 2001.

Una primera proyección ha partido de la hipótesis de que las tasas de esterilizaciones se mantendrán constantes y similares a las observadas en el periodo 1986-91, a la cual hemos llamado proyección constante. Una segunda hipótesis manejada establece que las tasas de esterilizaciones van a disminuir a partir de los 40 años, mientras que en las edades mas jóvenes aumentará la intensidad; a esta proyección la hemos llamado rejuvenecimiento calendario.

Los datos de ambas proyecciones, presentadas en los cuadros 3.7 y 3.8 y en el gráfico múltiple 3.15. La proyección con la hipótesis constante, muestra que si bien habría un aumento de la prevalencia a partir de los 30 años en 1996 y en 2001, la misma parecería haber llegado a un tope que se sitúa alrededor del 65 % en los grupos de edad 40-49 años para el año 2001. Antes de los 30 años la prevalencia permanecería prácticamente igual, pues los cambios observados son poco significativos.

La hipótesis que supone un rejuvenecimiento del calendario de las esterilizaciones, se realizó siguiendo las tendencias observables en las cohortes. Sus resultados muestran que para 1996 la prevalencia seguiría aun aumentado, con excepción del grupo 35-39 años. En el año 2001, el aumento solo se verificaría entre 15 y 34 años, mientras que por el contrario, la prevalencia disminuiría a partir de los 35 años.

IV. PERFIL DE LAS MUJERES ESTERILIZADAS

4.1 Características generales de las mujeres esterilizadas

Las mujeres esterilizadas constituyen en República Dominicana el grupo mas numeroso de usuarias que actualmente recurren a métodos de planificación familiar y, mas específicamente, a un método de limitación definitiva del tamaño de su descendencia.

CUADRO 3.7
ESTIMACION DE LA PREVALENCIA DE LA ESTERILIZACION PARA LOS PERIODOS 1991-96 1996-2001.
HIPOTESIS CONSTANTE

EDAD ACTUAL	PREVALENCIA EN COHORTE OBSERVADA AL 1991	ESTIMACION HIPOTESIS CONSTANTE			
		TASAS X 100 OBSERVADAS EN 1986-91	PREVALENCIA ESTIMADA AL 1996	TASAS X 100 OBSERVADAS EN 1986-91	PREVALENCIA ESTIMADA AL 2001
45-49	47.5	0.4793	62.0	0.4793	64.8
40-44	59.6	0.9983	62.4	0.9983	65.8
35-39	57.4	3.4847	60.8	3.4847	62.8
30-34	43.4	4.4486	45.3	4.4486	46.2
25-29	23.1	3.6407	24.0	3.6407	23.7
20-24	5.8	1.0871	5.5	1.0871	5.6
15-19	0.1	0.0234	0.1	0.0234	0.1

FUENTES: DHS86 Y DHS91

CUADRO 3.8
ESTIMACION DE LA PREVALENCIA DE LA ESTERILIZACION PARA LOS PERIODOS 1991-96 1996-2001.
HIPOTESIS REJUVENECIMIENTO

EDAD ACTUAL	PREVALENCIA OBSERVADA EN COHORTE AL 1991	ESTIMACION HIPOTESIS REJUVENECIMIENTO			
		TASAS X 100 ESTIMADAS 1991-96	PREVALENCIA ESTIMADA AL 1996	TASAS X 100 ESTIMADAS 1996-2001	PREVALENCIA ESTIMADA AL 2001
45-49	47.5	0.2444	60.8	0.1246	59.5
40-44	59.6	0.2985	58.9	0.0893	57.8
35-39	57.4	2.7993	57.4	1.6230	52.4
30-34	43.4	4.2397	44.3	4.0065	46.8
25-29	23.1	4.1901	26.8	4.4474	29.5
20-24	5.8	1.4339	7.3	1.7308	10.2
15-19	0.1	0.3021	1.5	0.4346	2.2

Nota: Las estimaciones de las tasas fueron realizadas por varios procedimientos. Los grupos de edad 45-49 y 40-44 se estimaron asumiendo los porcentajes de reduccion observados en las tasas de los periodos 1981-86 y 1986-91. Los demas grupos se estimaron por regresion lineal simple y multiple.

FUENTES: DHS86 Y DHS91.

En el cuadro 4.1 mostramos cifras sobre algunas características de estas mujeres. Estas evidencian que cerca de la mitad de las esterilizadas tienen entre 30 y 39 años de edad. A pesar de que la proporción de mujeres de menos de 30 años que ya se han esterilizado es importante, pues representa el 20 %, son las mujeres de 30 años en adelante quienes más recurren a este método, tal y como lo evidencia su distribución poblacional más envejecida con relación al total de mujeres en edad fértil.

La distribución de las esterilizadas según residencia en las zonas urbanas y rurales, presenta un perfil muy similar a la distribución espacial del total de mujeres en edad fértil. La prevalencia de la esterilización en ambas zonas, como ya vimos anteriormente es también similar, aunque un tanto mayor en las ciudades.

Mujeres de todos los niveles educativos recurren a la esterilización, sin embargo las menos educadas recurren con más frecuencia a este método, ya que las esterilizadas con educación media y universitaria (con 9 años de estudios en adelante) están sub-representadas con relación a todas las mujeres de la muestra.

Finalmente, las mujeres esterilizadas casadas o unidas al momento de la encuesta representaban el 84.7 %. El resto estaba separada.

4.2 Conocimiento y uso de anticonceptivos

4.2.1 Primer metodo utilizado

El uso masivo y creciente de metodos anticonceptivos han sido hechos verificados por las encuestas demograficas realizadas en el pais. Sin embargo, una mirada mas en detalle a las mujeres actualmente esterilizadas (cuadro 4.2) nos muestra que poco mas de un tercio de ellas (34.3 %) nunca utilizaron metodos anticonceptivos para espaciar su nacimientos, sino que recurrieron a la esterilizacion como su primer y unico metodo. Esta proporcion se eleva al 43.3 % en las zonas rurales del pais, sobrepasando alli a la proporcion de usuarias de pastillas como primer metodo.

Es el uso de las pastillas, la opcion privilegiada entre las mujeres que previo a la esterilizacion utilizaron algun metodo anticonceptivo para regular la reproduccion de su prole (45.4 %). La misma cuenta con un mayor aceptacion en las zonas urbanas (47.9 %).

El uso de otros metodos, al cual recurrio un quinto de las mujeres actualmente esterilizadas, cubrio un abanico de opciones que vario -en orden de importancia- desde el DIU, la abstinencia periodica, el retiro, el condon y la tableta u otros metodos vaginales. Con excepcion del retiro y las tabletas vaginales, el uso de estos metodos fue mas importante en las ciudades.

CUADRO 4.1
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES ESTERILIZADAS Y DEL TOTAL DE
MUJERES ENN EDAD FERTIL SEGUN VARIAS CARACTERISTICAS EN 1991

CARACTERISTICAS	DISTRIBUCION PORCENTUAL	
	TOTAL	ESTERILIZADAS
EDAD		
TOTAL	100.0	100.0
15-19	23.4	0.1
20-24	19.6	4.4
25-29	17.2	15.5
30-34	14.5	24.7
35-39	11.1	25.0
40-44	7.9	18.6
45-49	6.3	11.7
LUGAR DE RESIDENCIA		
TOTAL	100.0	100.0
URBANA	68.4	66.3
RURAL	31.6	33.7
ANOS DE ESTUDIOS		
TOTAL	100.0	100.0
NINGUNO	2.3	3.5
1-4 ANOS	21.6	31.4
5-8 ANOS	32.0	35.7
9-12 ANOS	31.8	19.9
13 Y + ANOS	12.3	9.5

FUENTE: DHS91.

CUADRO 4.2
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES ESTERILIZADAS
SEGUN PRIMER METODO USADO POR ZONA RESIDENCIA, 1991

PRIMER METODO UTILIZADO	TOTAL PAIS	ZONA URBANA	ZONA RURAL
TOTAL	100.1	100.0	100.0
PILDORA	45.4	47.9	40.6
ESTERILIZACION	34.3	29.7	43.3
DIU	5.8	7.0	3.2
ABSTINENCIA PERIODICA	4.2	5.4	1.9
RETIRO	4.0	3.7	4.6
CONDON	3.5	3.6	3.2
TABLETA U OTROS VAGINALES	1.8	1.7	2.2
INYECCION	0.2	0.2	0.2
OTRO	0.9	0.9	0.8
TOTAL MUJERES	1856	1230	626

FUENTE: DHS91

CUADRO 4.3
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES ESTERILIZADAS SEGUN NUMERO
DE HIJOS AL MOMENTO DE USAR ANTICONCEPTIVOS POR PRIMERA VEZ

NO. HIJOS AL PRIMER USO	TOTAL ESTERILIZADAS		ESTERILIZADA PRIMER METODO	
	TOTAL	URBANA	RURAL	METODO
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0
0 HIJOS	11.7	14.4	6.7	0.3
1 HIJOS	27.2	28.9	24.4	1.9
2 HIJOS	18.1	19.4	15.8	10.1
3 HIJOS	16.2	15.3	18.6	29.7
4 HIJOS Y MAS	26.8	22.5	34.5	58.0

FUENTE: DHS91.

Por otra parte, la mayoría de las esterilizadas (61.1 %) recurrió por primera vez a la anticoncepción -esterilización u otros- después de su segundo hijo, hecho más notorio en las zonas rurales (ver cuadro 4.3). Un comportamiento inverso se observa con el total de mujeres en edad fértil que han tenido hijos, pues la mayoría (59.1 %) recurrió al uso de un primer método con uno o con ningún hijo.

Esta mayor paridez al primer uso de las mujeres actualmente esterilizadas está comandado por la elevada proporción de mujeres que utilizó la esterilización como primer y único método cuando ya tenía 4 o más hijos (58.0 %).

Este hecho es concordante con el patrón reproductivo comúnmente observado en grupos importantes de mujeres dominicanas, a saber, alta paridez e intervalos genésicos cortos, con un corte definitivo y temprano del ciclo reproductivo mediante el recurso a la esterilización.

4.2.2 Conocimiento del uso de las pastillas

También "el conocimiento universal" de los anticonceptivos ha sido prácticamente una constante en las encuestas demográficas realizadas en el país. Sin embargo, cuando se califica este nivel de conocimiento con relación a métodos hormonales, y de manera específica con relación a las pastillas, podemos constatar que más bien se trata de que la mujer maneja la información de la existencia de estos métodos. En realidad ella, en la mayoría de los casos, desconoce la fisiología de la reproducción y, en consecuencia, los mecanismos de funcionamiento correcto de estos anticonceptivos (Baez, 1989).

Las mujeres esterilizadas no son la excepción a la regla. Por el contrario su nivel de conocimiento sobre el uso adecuado de las pastillas, el principal método al que recurrieron antes de esterilizarse, es muy deficiente. En efecto, apesar de que más de dos tercios de las esterilizadas (68.1 %) declaró que sabía usar las pastillas, cuando se las interrogó sobre cómo usarlas de manera

correcta para evitar la concepcion, menos de un tercio (29.6 %) conocia la forma adecuada de uso (ver cuadro 4.4).

A pesar de que no dispusimos de informacion sobre la historia completa de uso de anticonceptivos, no seria muy errado hipotetizar sobre las altas tasas de falla de las pastillas que experimentaron estas mujeres y, en consecuencia, explicar las altas tasas de discontinuacion de uso de este metodo, caracteristico en la Republica Dominicana. Recordemos que ya para Moreno y Goldman en su estudio citado identificaron las mas altas tasas de falla de pastillas en el pais.

4.3 Fecundidad

El descenso de los indices de fecundidad, otro hecho comprobado en la Republica Dominicana, esta acorde con la prevalencia masiva de los metodos anticonceptivos, sobre todo de la esterilizacion. La tasa global de fecundidad cifrada en 3.3 hijos por mujer para el periodo 1988-91, oculta, no obstante, diferencias importantes entre grupos poblacionales diversos.

Para aproximarnos a los niveles de fecundidad de algunos grupos especificos mujeres hemos calculado indices de paridez, clasificando a dichas mujeres en las siguientes categorias:

- a) mujeres cuyo primer y unico metodo utilizado ha sido la esterilizacion, para limitar de manera definitiva su reproduccion;
- b) mujeres que previo a la esterilizacion utilizaron otros metodos para espaciar los nacimientos;
- c) mujeres que solo han usado metodos para espaciar sus nacimientos.

El comportamiento de los indices de paridez total y por edad, calculados para todas las mujeres muestran el mismo comportamiento: las mujeres que solo han utilizado la esterilizacion tienen, en promedio mas hijos, que los otros grupos de mujeres (ver cuadro 4.5).

CUADRO 4.4
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES ESTERILIZADAS
SEGUN CONOCIMIENTO CORRECTO USO PASTILLAS POR ZONA
DE RESIDENCIA, 1991

CONOCIMIENTO CORRECTO	TOAL PAIS	ZONA URBANA	ZONA RURAL

SABE USAR PASTILLAS ?			
TOTAL	100.0	100.0	100.0
SI	68.1	70.5	63.1
NO	31.9	29.5	36.9
LA USA CORRECTAMENTE ?			
TOTAL	100.0	100.0	100.0
SI	29.6	35.4	16.5
NO	70.4	64.6	83.5

FUENTE: DHS91

En efecto, la paridez promedio total de 4.7 hijos y de 6.2 hijos para el grupo de edad 45-49 años, calculada para las mujeres que solo han utilizado la anticoncepcion para limitar su prole, desciende a 2.2 hijos a nivel total y a 5.2 hijos entre 45 y 49 años, en aquellas mujeres que solo han utilizado metodos anticonceptivos para espaciar los nacimientos.

CUADRO 4.5
 PARIDEZ MEDIA DE LAS MUJERES POR EDAD SEGUN TIPO DE ANTICONCEPTIVO USADO Y
 SITUACION MATRIMONIAL

EDAD	TIPO DE ANTICONCEPTIVO USADOS			
	SOLO ESTERILIZACION	ESTERILIZACION Y OTROS METODOS	SOLO OTROS METODOS	NUNCA HA USADO
	ALGUNA VEZ UNIDAS			
TOTAL	4.7	4.0	2.2	1.0
15-19	(2.0)	-	0.8	0.1
20-24	(2.8)	2.9	1.5	0.4
25-29	3.6	3.3	2.0	1.2
30-34	3.8	3.8	2.6	1.7
35-39	4.8	4.0	3.6	3.0
40-44	5.1	4.6	4.6	3.6
45-49	6.2	6.0	4.4	5.2
	MUJERES EN UNION			
TOTAL	4.7	4.0	2.4	2.7
15-19	2.0	-	0.8	0.7
20-24	2.8	3.0	1.6	1.4
25-29	3.6	3.3	2.1	2.4
30-34	3.8	3.7	2.8	2.4
35-39	4.7	4.0	4.0	3.9
40-44	5.2	4.6	5.4	4.6
45-49	6.6	5.8	6.3	5.8

NOTA: LA CIFRA ENTRE PARENTESIS FUE CALCULADA CON MENOS DE 50 OBSERVACIONES.
 FUENTE: DHS91

Las mujeres que han utilizado metodos para espaciar y luego se esterilizaron se colocan en una posicion intermedia con una paridez promedio de 4.0 hijos y de 6.0 al final de su vida fecunda; este nivel de fecundidad promedio las acerca mas al grupo de las mujeres exclusivamente limitadoras, lo que hace suponer que el uso de metodos temporales fue mas bien un hecho fugaz o de escasa eficacia.

Un analisis mas a profundidad requiere el comportamiento de la paridez media en aquellas mujeres que nunca han utilizado metodos anticonceptivos, ya que presentan niveles de fecundidad menores que las esterilizadas.

Para controlar el efecto de la situacion marital sobre los indices de paridez media, los hemos recalculado para los mismos grupos de mujeres, pero solo considerando a aquellas que estaban en union al momento de la encuesta (ver cuadro anterior). Estos resultados confirman los hallazgos anteriores.

4.4 Sobrevivencia infantil e intervalos genesicos

Existen numerosas evidencias empiricas sobre el efecto positivo de un mayor espaciamiento entre los nacimientos sobre la sobrevivencia infantil y algunos autores han estacado la preponderancia de su incidencia, por sobre los efectos de la edad de la madre y el orden de nacimiento, en los niveles de riesgo de la mortalidad infantil y juvenil (Hobcraft, McDonald y Rutstein, 1985, Hobcraft, 1991).

Tambien se ha destacada los efectos negativos que sobre la salud de la madre ejercen los intervalos genesicos cortos, en el sentido de impedir su recuperacion fisica antes de iniciar un nuevo embarazo (Working Group on the Health Consequences of Contraceptive Use and Controlled Fertility, 1989).

La importancia de promover politicas sanitarias dirigidas a lograr que las madres planifiquen su descendencia a traves de un mayor espaciamiento entre nacimientos tiene, en consecuencia, un alcance mayor, al incidir tanto en la salud de la mujer madre como en la de sus hijos.

No tenemos informacion disponible sobre morbi-mortalidad de la madre. Pero hemos podido calcular la proporcion de hijos fallecidos para los tres grupos de mujeres antes definidos (ver cuadro 4.6). Estos datos concuerdan con el comportamiento observado en la paridez: las mujeres de mas alta paridez promedio, aquellas que solamente han usado la esterilizacion con fines anticonceptivos, muestran la mas alta proporcion de fallecidos, mientras que

aquellas que solamente han sido limitadoras muestran los indices mas elevados de sobrevivencia infantil. Caso aparte de nuevo son las mujeres que nunca han usado anticonceptivos.

En efecto la proporcion de fallecidos de las casadas o unidas son superiores a la de los demas grupos. Este indicador es mucho menor en las mujeres alguna vez unidas, sin embargo aumenta mucho a partir de los 35 anos. Estas mujeres no son el objeto de nuestro estudio, pero seria interesante dilucidar las razones de los comportamientos observados.

Buscando esclarecer, las causas de la mayor paridez y menor sobrevivencia infantil de aquellas mujeres que han privilegiado la limitacion de los hijos a su espaciamento, hemos calculado los intervalos genesicos (anteriores) promedios para los mismos tres grupos de mujeres.

Los datos tabulados en el cuadro 4.7 muestran que las usuarias solo de esterilizacion presentan los intervalos entre nacimientos mas pequenos, cualquiera que sea el numero de orden del nacimiento. Estos intervalos promedios son inferiores a los de las mujeres usuarias de otros metodos, cualquiera que sea este e inferior tambien a los intervalos promedios de las mujeres que no estaban usando ningun metodo al momento de la encuesta. Este resultado, sin embargo, requiere de estudios de mayor profundidad, ya que, el tamaño de los intervalos intergenesicos depende de un conjunto de variables ademas del uso anticonceptivo. Estas variables son la amenorrea postparto, la fecundabilidad, la mortalidad intrauterina y otras variables intermedias.

La evolucion de este indicador segun numero de hijos es mas erratica, aunque se vislumbra cierta tendencia hacia la disminucion del intervalo promedio en la medida que aumenta la paridez.

CUADRO 4.6
 PROPORCION DE FALLECIDOS POR EDAD DE LA MADRE SEGUN TIPO DE ANTICONCEPTIVO
 USADO Y SITUACION MATRIMONIAL

EDAD	TIPO DE ANTICONCEPTIVO USADOS			
	SOLO ESTERILIZACION	ESTERILIZACION Y OTROS METODOS	SOLO OTROS METODOS	NUNCA HA USADO
ALGUNA VEZ UNIDAS				
TOTAL	7.5	5.5	4.6	2.8
15-19	0.0	-	4.7	0.3
20-24	(5.4)	3.5	4.6	1.1
25-29	5.1	4.0	3.6	4.2
30-34	6.7	5.9	4.7	5.1
35-39	5.8	5.9	6.0	8.8
40-44	9.0	5.4	7.5	11.1
45-49	10.2	7.4	5.9	14.1
MUJERES EN UNION				
TOTAL	7.5	5.5	4.6	8.6
15-19	0.0	-	5.2	2.6
20-24	(6.8)	3.5	3.7	4.9
25-29	5.4	4.5	3.7	8.9
30-34	7.0	5.4	4.9	7.9
35-39	6.2	6.0	6.5	11.3
40-44	8.6	5.8	9.5	14.7
45-49	10.3	7.7	7.5	15.6

NOTA: LA CIFRA ENTRE PARENTESIS FUE CALCULADA CON MENOS DE 50 OBSERVACIONES.
 FUENTE: DHS91

CUADRO 4.7
 INTERVALO INTERGENESICO ANTERIOR PROMEDIO EN MESES SEGUN NUMERO DE HIJOS Y SITUACION
 ANTICONCEPTIVA, 1991

SITUACION ANTICONCEPTIVA	NUMERO DE HIJOS					
	2	3	4	5	6	7 Y +
TOTAL	30.9	32.6	31.6	29.7	29.6	28.9
SOLO HA USADO ESTERILIZACION	26.5	27.8	28.1	25.9	28.0	27.7
ESTERILIZACION Y OTROS METODOS	29.5	34.0	32.6	30.5	30.5	28.5
SOLO OTROS METODOS	34.3	35.2	34.4	33.8	31.1	32.9
NUNCA HA USADO	31.3	31.4	30.2	28.3	29.2	28.2

FUENTE: DHS91.

4.5 Algunas características de la esterilización y de las esterilizadas

La encuesta sobre demografía y salud de 1991, incluyó en el cuestionario de recolección de la información un conjunto de preguntas dirigidas solo a las mujeres esterilizadas, cuyos principales resultados presentamos a continuación (cuadros 4.8 al 4.12).

A través del cuadro 4.8 podemos observar que más de la mitad de las esterilizaciones fueron realizadas en el periodo postparto, con una cesarea (27.5 %) o con parto normal (25.8 %).

Interrogadas sobre la posibilidad de embarazarse a pesar de estar esterilizadas, la gran mayoría contestó negativamente. Sin embargo, un 17.9 % respondió que era posible o que no sabía si era posible. Estas mujeres dudaban del carácter irreversible de la esterilización, ya sea porque lo afirmaron directamente (11.5 %), o porque alegaron que habían oído rumores de mujeres que habían quedado embarazada (35.3 %) o porque ellas mismas conocían a mujeres que habían quedado embarazadas estando esterilizadas (31.6 %).

Estas mujeres, en su gran mayoría, discutieron con su esposo la posibilidad de operarse para no tener más hijos por iniciativa propia (69.3 %) y, en menor medida, por iniciativa del marido (16.3 %).

Las principales reacciones del esposo fueron de neutralidad (35.7 %) o de oposición (32.0 %). Muy pocos maridos le dieron un apoyo solidario a sus mujeres (11.6 %) cuando estas decidieron operarse. Empero, no por ello estas mujeres dejaron de esterilizarse.

En la República Dominicana las mujeres, desde la década del 60 -cuando fueron reportadas las primeras esterilizaciones en la encuesta- han recurrido de manera privilegiada al sector privado para esterilizarse. Empero, la importancia del sector público ha ido en aumento, pasando de una proporción de mujeres esterilizadas de 16.7 % en el periodo 1966-71, hasta un 36.7 % en

1986-91 (ver cuadro 4.9).

CUADRO 4.8
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES ESTERILIZADAS SEGUN VARIAS CARACTERISTICAS

CARACTERISTICA	DISTRIBUCION PORCENTUAL
ESTERILIZACION AL PARTO ?	
TOTAL	100.0
SI, POR CESAREA	27.5
SI, NORMAL	25.8
NO	46.7
ESTERILIZACION IMPIDE TENER HIJOS ?	
TOTAL	100.0
SI	82.2
NO	12.2
NO SABE	5.7
PORQUE CREE PODRIA TENER MAS HIJOS ?	
TOTAL	100.0
ES REVERSIBLE	11.5
PUEDE FALLAR	12.1
HA OIDO DE MUJERES EMBARAZADAS	35.3
CONOCE MUJERES SE HAN EMBARAZADO	31.6
OTRAS RAZONES	8.4
NO SABE	1.2
DISCUTIO CON ESPOSO ?	
TOTAL	100.0
SI, POR INICIATIVA ESPOSA	69.3
SI, POR INICIATIVA ESPOSO	16.3
NO	14.4
REACCION DEL ESPOSO ?	
TOTAL	100.0
APOYO	11.6
INDECISO	12.2
NEUTRAL	35.7
OPUESTO	32.0
NO SABE	8.5

FUENTE: DHS91

Para medir el grado de satisfaccion de las mujeres con la esterilizacion se realizaron cuatro preguntas cuyos resultados son tabulados en el cuadro 4.10. La primera pregunta directa sobre si la mujer estaba satisfecha con la esterilizacion el 93.0 % respondió afirmativamente y solo un 7 % declaro no estar satisfecha.

Sin embargo el nivel de insatisfaccion pasa de 7.0 % a 18.4 % dependiendo del tipo de pregunta. Por ejemplo, un 13.3 % respondió que no volveria a esterilizarse si la ocasion se le presentara de nuevo, mientras que un 16.4 % lamentaba estar esterilizada y un 18.4 no recomendaria este procedimiento quirurgico con fines anticonceptivos a sus amigas y familiares.

CUADRO 4.9
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES ESTERILIZADAS SEGUN SECTOR
DONDE SE ESTERILIZO POR PERIODO

SECTOR	PERIODO EN QUE SE ESTERILIZO					
	1986-91	1981-86	1976-81	1971-76	1966-71	1961-66
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
SECTOR PRIVADO	62.8	61.6	60.2	68.6	83.3	100.0
SECTOR PUBLICO	36.7	38.0	39.0	31.4	16.7	-
OTRO	0.6	0.3	0.8	-	-	-

FUENTE: DHS91.

La principales razones alegadas para explicar la insatisfaccion -respondida solo por aquellas mujeres que declararon directamente no estar satisfechas- se relaciona con el deseo de tener mas hijos por parte de la mujer (75.6 %) de el marido (9.4 %). Otra razon alegada -el cambio de estado matrimonial- tambien se refiere al deseo de tener mas hijos, debido al cambio de marido. Muy pocos casos se refirieron a motivos de salud. Estos datos evidencian claramente que es el caracter irreversible de la esterilizacion la principal causa de insatisfaccion de las mujeres con dicho metodo.

CUADRO 4.10
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES ESTERILIZADAS SEGUN NIVEL DE
SATISFACCION CON LA ELECCION DE ESTE METODO

NIVEL SATISFACCION	DISTRIBUCION PORCENTUAL
--------------------	-------------------------

SATISFECHA CON ESTERILIZACION

TOTAL	100.0
SI	93.0
NO	7.0

VOLVERIA A ESTERILIZARSE

TOTAL	100.0
SI	86.7
NO	13.3

LAMENTA ESTAR ESTERILIZADA

TOTAL	100.0
NO	83.6
SI	16.4

RECOMENDARIA ESTERILIZACION

TOTAL	100.0
SI	81.6
NO	18.4

RAZON INSATISFACCION

TOTAL	100.0
QUIERE MAS HIJOS	75.6
ESPOSO QUIERE MAS HIJOS	9.4
RAZONES DE SALUD	3.1
CAMBIO DE ESTADO MARITAL	4.7
OTRA	7.1

FUENTE: DHS91

Por otra parte, a estas mujeres tambien se les pregunto sobre la principal razon por la cual escogio la esterilizacion como metodo para evitar la concepcion (cuadro 4.11). La mitad de ellas respondio que no queria mas hijos. Las motivaciones de salud y la recomendacion de un medico privado representan el 32.3 % de las respuestas.

Pocas mujeres reportaron problemas con la esterilizacion. La mayoria de estas (47.1) no dieron una razon especifica. Aquellas que explicitaron su problemas senalaron los efectos colaterales del metodo (34.1 %) y las preocupaciones de salud (18.8 %). Ambas razones aparentan referirse problemas de salud que ellas relacionan con la esterilizacion (ver cuadro 4.12).

CUADRO 4.11
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES SEGUN RAZON
PRINCIPAL PARA EL USO DE LA ESTERILIZACION

RAZON PRINCIPAL	DISTRIBUCION PORCENTUAL
TOTAL	100.0
RECOMENDACION MEDICO PRIVADO	15.0
NO QUIERE MAS HIJOS	50.1
RAZONES DE SALUD	17.3
DESEABA METODO MAS EFECTIVO	4.0
EFFECTOS SECUNDARIOS OTROS METODOS	2.2
PREFERENCIA MARIDO	1.2
PRECIO CONVENIENTE	1.1
OTRAS RAZONES	9.1
NUMERO MUJERES	1858

FUENTE: DHS91

CUADRO 4.12
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES SEGUN RAZON
PRINCIPAL PROBLEMA CON LA ESTERILIZACION

PRINCIPAL PROBLEMA	DISTRIBUCION PORCENTUAL
TOTAL	100.0
EFFECTOS COLATERALES	34.1
PREOCUPACIONES SALUD	18.8
QUIERE TENER MAS HIJOS	1.2
OTRA RAZON	47.1
NUMERO MUJERES	85

FUENTE: DHS91

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

La Republica Dominicana es clasificada hoy dia entre los paises subdesarrollados de alta prevalencia de la anticoncepcion, producto del aumento ininterrumpido de los indices de uso, durante el periodo 1975-1991.

Esta alta prevalencia esta determinada de manera fundamental por el incremento sustancial de las esterilizaciones, ya que el uso del resto de los metodos disponibles ha tendido a disminuir entre las mujeres casadas o unidas. La resultante es un patron de uso de metodos con una distribucion muy desbalanceada, cuya logica radica en la busqueda de eficacia, mas que en el fomento de la responsabilidad reproductiva de los hombres y -no solo- de las mujeres.

La oferta de la esterilizacion con fines anticonceptivos ha sido privilegiada, en el sentido de que ha sido el primer metodo de los denominados "modernos" accesible en el pais, por lo menos, desde la decada de 1940; primero a traves de clinicas privadas y mas tarde en hospitales y en un consultorio publicos.

Por otra parte, aunque su disponibilidad a traves del Programa Nacional de Anticoncepcion fue tardia pues se inicio a traves del Consejo Nacional de Poblacion y Familia en 1977 y en PROFAMILIA en 1978, la misma se ofrecio con una excelente estrategia de accesibilidad a traves de clinicas privadas subvencionadas y hospitales publicos gratuitos. No es hasta finales de la decada de 1980, cuando los metodos para espaciar son tambien ofrecidos a traves de las clinicas subvencionadas.

El patron de uso de la esterilizacion se combina, en la mayoria de los casos, con el uso de las pastillas para espaciar los nacimientos en las edades mas jovenes, pero rapidamente se pasa a darle un corte definitivo y precoz a la funcion reproductiva, mediante la esterilizacion. Sin embargo, poco mas de un tercio de las mujeres actualmente esterilizadas nunca uso ningun otro metodo espaciador.

La paridez media de las mujeres esterilizadas, es siempre mayor que aquella de las mujeres que han recurrido a metodos espaciadores, independientemente de si estaban o no unidas al momento de la encuesta. Tambien la proporcion de hijos fallecidos asi como los intervalos genesicos promedios son superiores en este grupo de mujeres.

Es necesario estudiar en detalle las razones por las cuales las mujeres esterilizadas presentan indices de fecundidad, mortalidad de los hijos e intervalos genesicos promedio superiores a los observados en las mujeres que nunca han usado anticonceptivos.

El analisis de los datos longitudinales, siguiendo a traves del tiempo la evolucion de las mujeres esterilizaciones segun cohortes quinquenales de nacimientos, muestran que durante el periodo de 16 anos analizado, ha habido aumentos de la prevalencia de la esterilizacion en las ocho cohortes observadas en 1991.

Los mas grandes aumentos de la incidencia de la esterilizacion ocurrieron durante el periodo 1971-76, precisamente antes de que se iniciara el Programa Oficial de Esterilizacion Quirugica Voluntaria.

Al contrario de lo que insinuaba el analisis de los datos transversales, el aumento de las esterilizaciones se ha verificado tambien en todos los grupos de edades, desde las mujeres mas viejas hasta las mujeres mas jovenes. Sin embargo, es claro que hay una desaceleracion del ritmo de aumento en las cohortes con menos de 40 anos en 1991.

Las evidencias del comportamiento por edad de las cohortes analizadas, tambien nos informan que si bien el aumento de las mujeres esterilizadas ha sido muy notable, se ha iniciado un proceso de disminucion de la incidencia, que se esta dando a la par -como ya senalamos- con un rejuvenecimiento de la edad en que las mujeres se estan esterilizando. Hecho logico, ya que precisamente son las mujeres mas viejas quienes mas han recurrido a la esterilizacion en las cohortes de mas edad y, para 1991, ya estaban, en su gran mayoria, esterilizadas.

En resumen, podemos afirmar que el aumento de la prevalencia de las esterilizaciones en el tiempo es real y no solo acumulativo dada la irreversibilidad del fenomeno en estudio. Sin embargo, hay tendencias claras hacia una disminucion de la incidencia y un rejuvenecimiento del calendario de las esterilizaciones. En este sentido, las perspectivas futuras apuntan hacia una estabilizacion o disminucion del numero de esterilizaciones, a pesar de que la tasa de prevalencia total, por su caracter acumulativo, seguira en aumento.

Por otra parte, el perfil de las mujeres esterilizadas nos muestra una poblacion un poco mas vieja que el total de mujeres en edad fertil, residentes mayoritariamente en zonas urbanas, casadas o unidas en el 85 % de los casos y de todos los niveles educativos, pero con una mayor proporcion de las mujeres menos educadas.

La mayoria inicio su historia anticonceptiva con el uso de las pastillas, empero el 70.4 % desconocia la forma correcta de utilizarlas, ignorancia que conlleva a la falla del metodo y que podria estar a la base de las elevadas tasas de discontinuacion de uso que presenta este metodo en el pais.

Mas de la mitad de las esterilizaciones fueron realizadas en el periodo postparto, por cesarea o parto normal, en clinicas privadas y, en menor medida, hospitales publicos. A pesar de que la mayoria discutio con sus esposos la posibilidad de esterilizarse, pocos le dieron su apoyo solidario, pero no por ello dejaron de operarse.

El grado de satisfaccion con la esterilizacion varia entre 97.0 % y 81.6 % en funcion del tipo de pregunta hecha. El mayor grado de conformidad resulto cuando se le pregunto de manera directa. Pero cuando se le formulaba la pregunta de manera indirecta (si volveria a esterilizarse en caso de presentarse de nuevo la opcion, si lamentaba estar esterilizada o si recomendaria la esterilizacion a amigas y parientes), el grado de satisfaccion va en descenso. El caracter irreversible de la esterilizacion es la principal razon alegada de la insatisfaccion. Sin embargo, algunas mujeres tenia dudas sobre la imposibilidad de volverse a embarazar, ya que habian oido rumores o conocian mujeres que habian concebido estando esterilizadas.

5.2 RECOMENDACIONES

Dentro del marco de un uso futuro de las esterilizaciones estabilizado o en descenso y dado que el país está inmerso en un proceso avanzado de transición de la fecundidad, con una tasa global cercana a 3 hijos por mujer, pero con diferencias notables en la paridez media de importantes entre grupos poblacionales específicos, las recomendaciones de este trabajo se dirigen al establecimiento de políticas de planificación familiar centradas en el logro de un mayor espaciamiento entre el nacimiento de los hijos.

Ello implica fomentar el uso de métodos anticonceptivos para espaciar los nacimientos, sean estos hormonales, de barrera o el DIU, elevando sus niveles de eficacia -muy notable en los países desarrollados- a través de actividades de información, educación y comunicación que enfatizan el conocimiento de la fisiología de la reproducción, el mecanismo de acción de los métodos y la responsabilidad individual y de pareja en la reproducción biológica y social de los hijos.

La aparente universalidad del conocimiento no debe nublar a las personas responsables de los programas de planificación familiar en el país. La realidad es que un conocimiento limitado, probablemente incoherente, puede ser más dañino que el desconocimiento total.

También implica trasladar el énfasis de los programas de planificación familiar de la eficacia de los métodos modernos, al conocimiento de cómo funciona eficazmente la anticoncepción en una gama más amplia de métodos.

La promoción de la lactancia materna, por su doble efecto en la amenorrea postparto y la nutrición infantil, es otra importante vía de espaciamiento fuertemente recomendada.

La resultante podría ser el surgimiento de un nuevo patrón reproductivo espaciador, en sustitución del patrón limitador, que mantiene elevadas paridades en determinados grupos de mujeres, a pesar del corte precoz del ciclo fértil de la mujer, cuyas

repercusiones podrian ser posititivas para el desarrollo del pais.

En efecto, el alcance de politicas de planificacion familiar espaciadoras es vasto, pues incide en objetivos fundamentales del desarrollo. Por un lado, esta su incidencia en el mejoramiento de los niveles de salud de la madre y el nino.

Por otra parte, el reconocimiento y el respeto de los derechos reproductivos de las mujeres, concebidos dentro del marco vasto de los derechos humanos, conlleva a la ampliacion de la democracia y, por consiguiente, a una mayor participacion social de las mujeres.

Finalmente, el efecto disminuidor de los niveles de fecundidad que ejerce la ampliacion de los intervalos genesicos, coadyuva al logro de los objetivos de disminucion poblacional que persigue el pais, en la busqueda de conciliar los recursos escasos con la demanda poblacional.

BIBLIOGRAFIA

Azeredo, Sandra y Stolke, Verena: Derechos Reproductivos. Concurso de Pesquisa sobre Derechos Reproductivos. PRODIR. Fundacao Carlos Chagas.

Baez, Clara: Hacia la regionalizacion de los servicios de planificacion familiar. PROFAMILIA. 1989. Inedito.

Baez, Clara: Mujer, Salud y Organizacion: El potencial politico-organizativo de estas experiencias en America Latina y el Caribe. Centro Dominicano de Estudios de la Educacion y Coordinadora de Organizaciones No Gubernamentales del Area de la Mujer. Seminario Mujer Urbana y Salud. Santo Domingo, 1991. En edicion.

Baez, Clara y de Cordero, Carmela: Factores que inciden en la demanda de la anticoncepcion, quirurgica voluntaria en la Republica Dominicana. Asociacion Dominicana pro Bienestar de la Familia e Instituto de Estudios de Poblacion y Desarrollo. Santo Domingo, 1991. Inedito.

Duarte, Isis; Baez, Clara; Gomez, Carmen y Ariza, Marina: Poblacion y Condicion de la Mujer. Instituto de Estudios de Poblacion y Desarrollo. Estudio No. 6. Santo Domingo, 1988.

Hobcraft, John: Child Spacing and Child Mortality. Demographic and Health Surveys World Conference. Washington, 1991.

Hobcraft, J., McDonald, J. y Rutstein, S.: Demographic Determinants of Infant and Early Child Mortality: A Comparative Analysis. En: Population Studies. Vol. 39, No. 3. Noviembre 1985.

Institute for Resource Development: Comparative Studies 6. Knowledge and use of contraception. IRD. Columbia, 1991.

Instituto de Estudios de Poblacion y Desarrollo, Oficina Nacional de Planificacion y Demographic and Health Survey IRD/Macro: Republica Dominicana. Encuesta Demografica y de Salud 1991. Informe Preliminar. Santo Domingo, 1991.

Moreno, Lorenzo y Goldman, Noreen: Tasas de falla de anticonceptivos en países en desarrollo: Evidencia de las encuestas de Demografía y Salud. En: Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar. Número especial 1991.

Moreno, Lorenzo y Singh, Susheela: Fertility Decline and Changes in Proximate Determinants in the Latin American Region. IUSSP Committee on Comparative Analysis of Fertility, Centro Latinoamericano de Demografía y Centro de Estudios de Población. Seminar on Fertility Transition in Latin America. Buenos Aires, 1990.

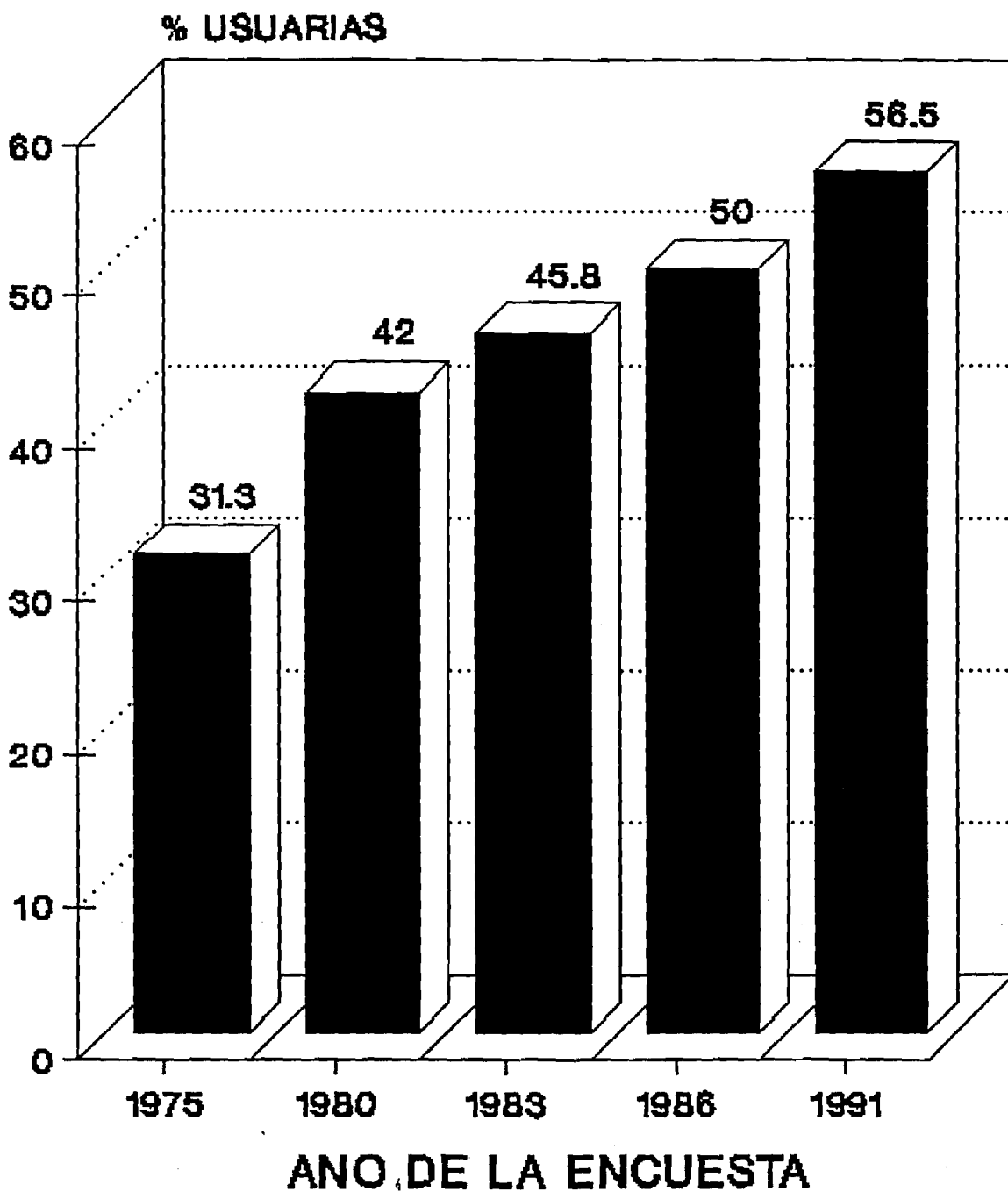
Ramirez, Nelson: República Dominicana: Implicaciones de los hallazgos de la DHS-86 para las políticas y programas de salud y planificación familiar. Development Associates. Demographic and Health Surveys World Conference. Washington, 1991.

Working Group on the Health Consequences of Contraceptive Use and Controlled Fertility: Contraception and Reproduction. Health Consequences for Women and Children in the Developing World. National Academy Press. Washington, 1989.

Zavala de Cosío, María: La transición demográfica en América Latina y el Caribe. IUSSP Committee on Comparative Analysis of Fertility, Centro Latinoamericano de Demografía y Centro de Estudios de Población. Seminar on Fertility Transition in Latin America. Buenos Aires, 1990.

GRAFICO 3.1

PREVALENCIA USO ACTUAL ANTICONCEPTIVO EN MUJERES EN UNION, 1975-1991

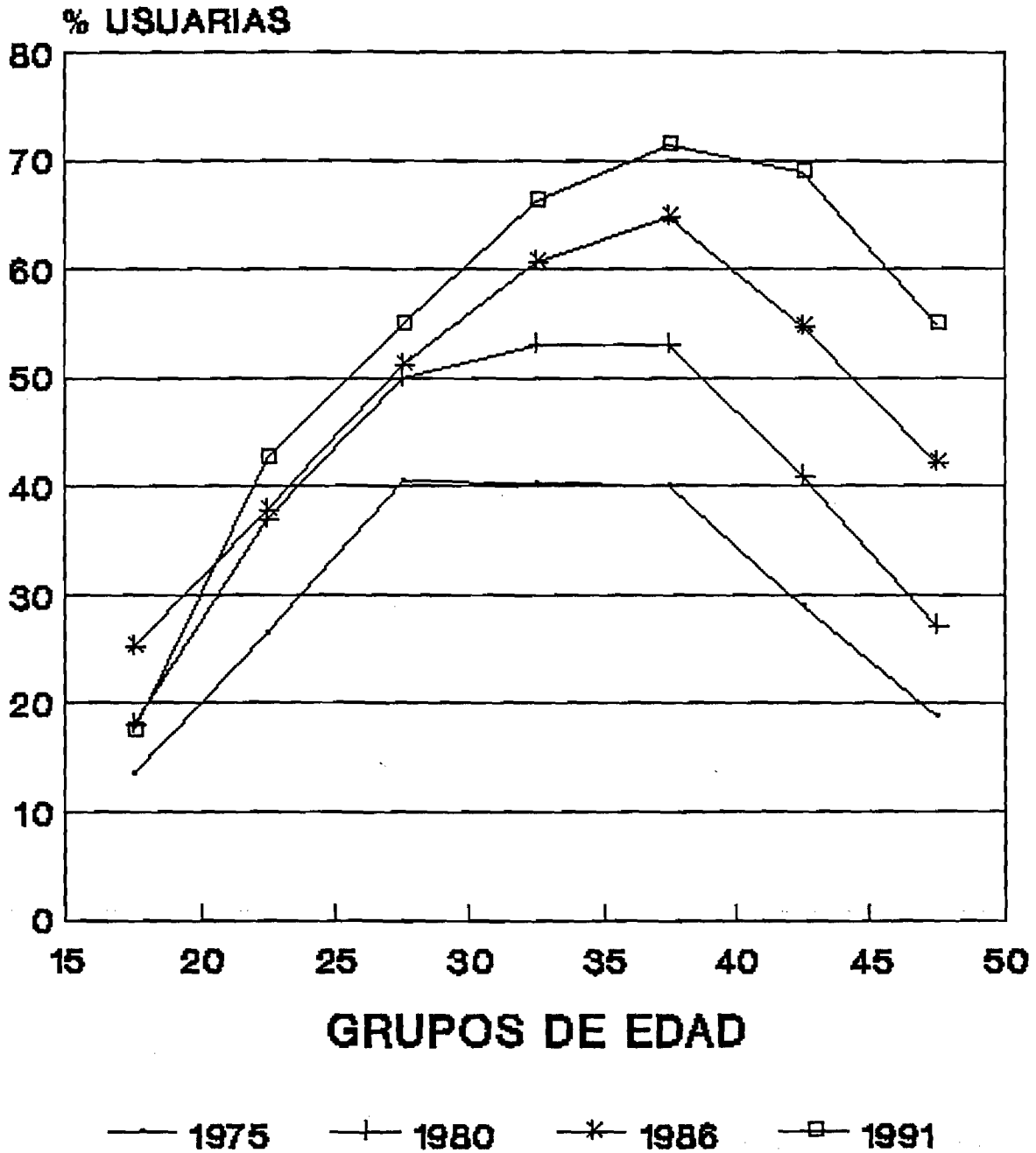


WFS75, WFS80, CPS83, DHS86 Y DHS91

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

GRAFICO 3.2

PREVALENCIA USO ACTUAL ANTICONCEPTIVO SEGUN EDAD EN MUJERES EN UNION, 1991

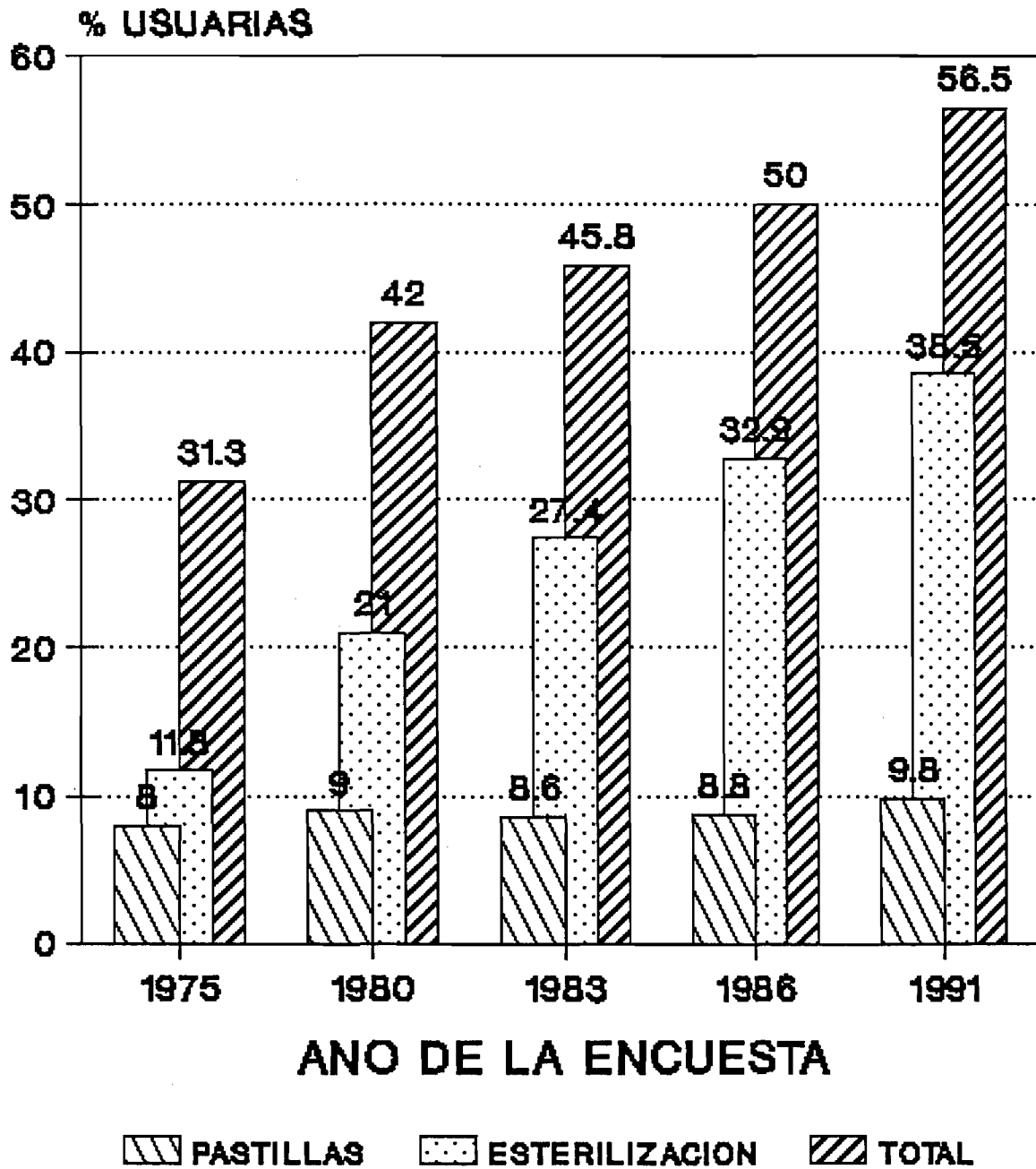


WFS75, WFS80, DHS86 Y DHS91

WFS75, WFS80, DHS86 Y DHS91

GRAFICO 3.3

PREVALENCIA USO ACTUAL ANTICONCEPTIVO EN MUJERES EN UNION, 1975-1991

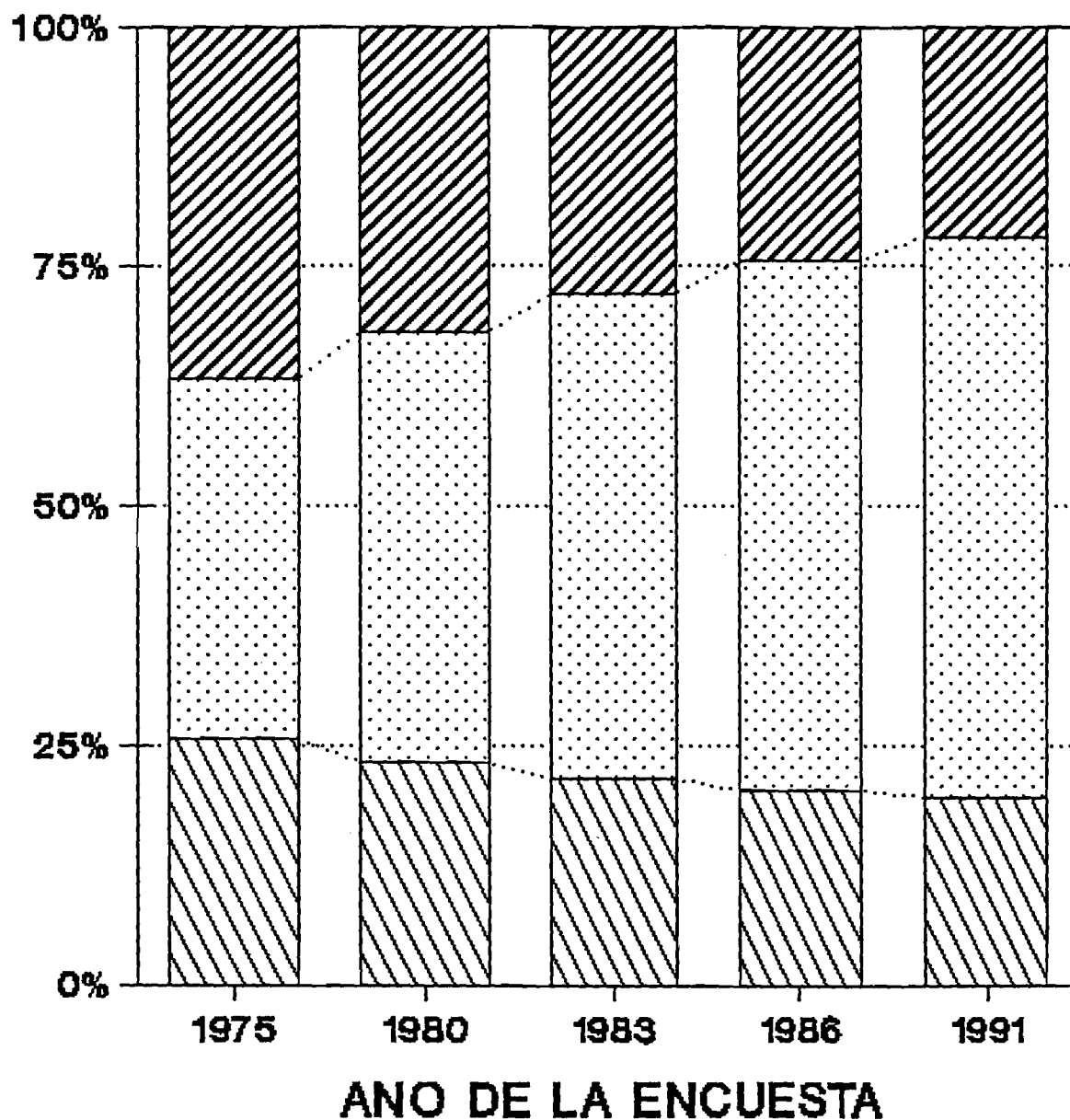


WFS75, WFS80, CPS83, DHS86 Y DHS91

WFS75, WFS80, CPS83, DHS86 Y DHS91

GRAFICO 3.4

**DISTRIBUCION PORCENTUAL ANTICONCEPTIVOS
EN MUJERES EN UNION, 1975-1991**



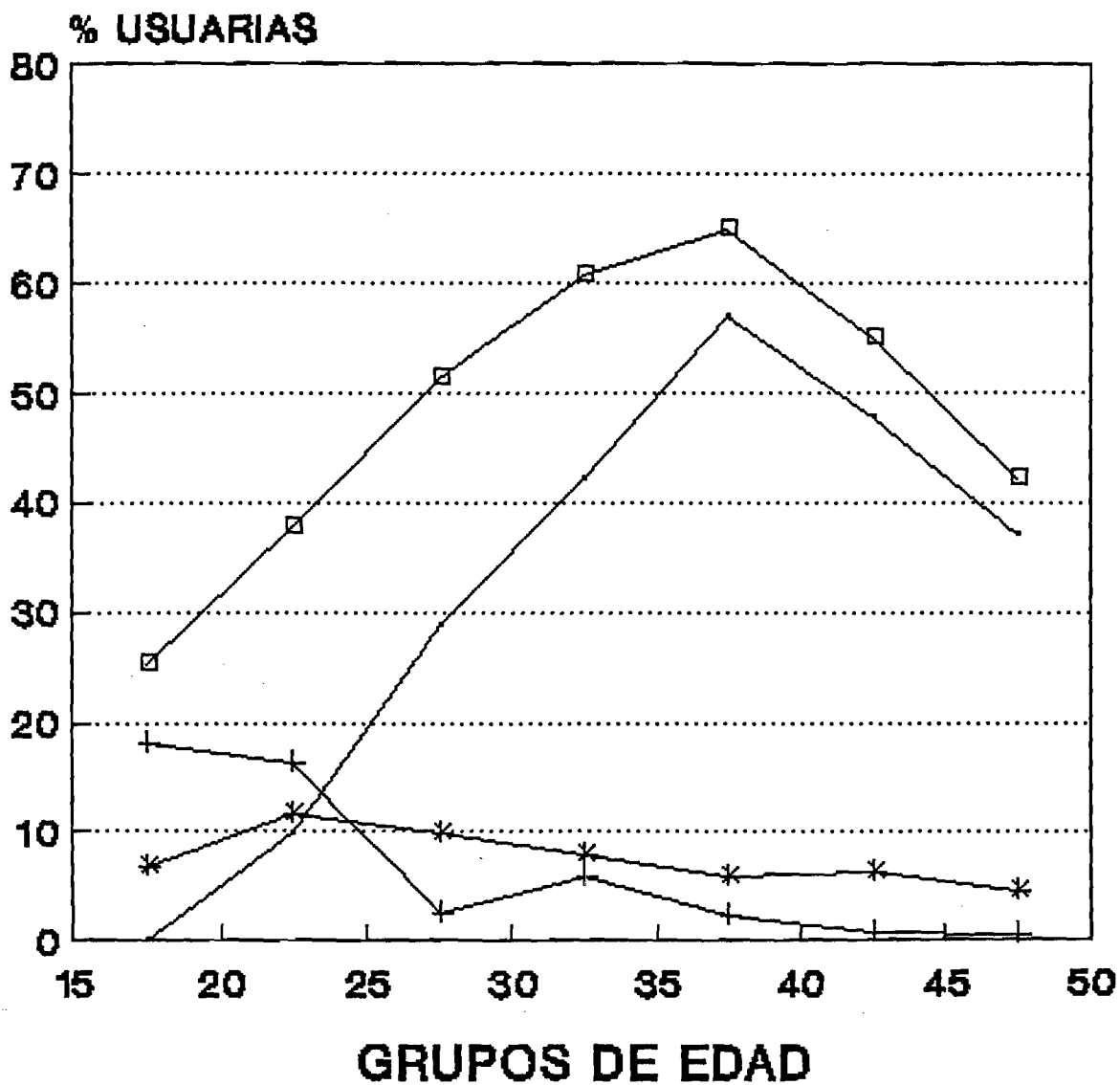
PASTILLAS ESTERILIZACION OTROS

WFS75, WFS80, CPS83, DHS86, Y DHS91

WFS75, WFS80, CPS83, DHS86, Y DHS91

GRAFICO 3.5

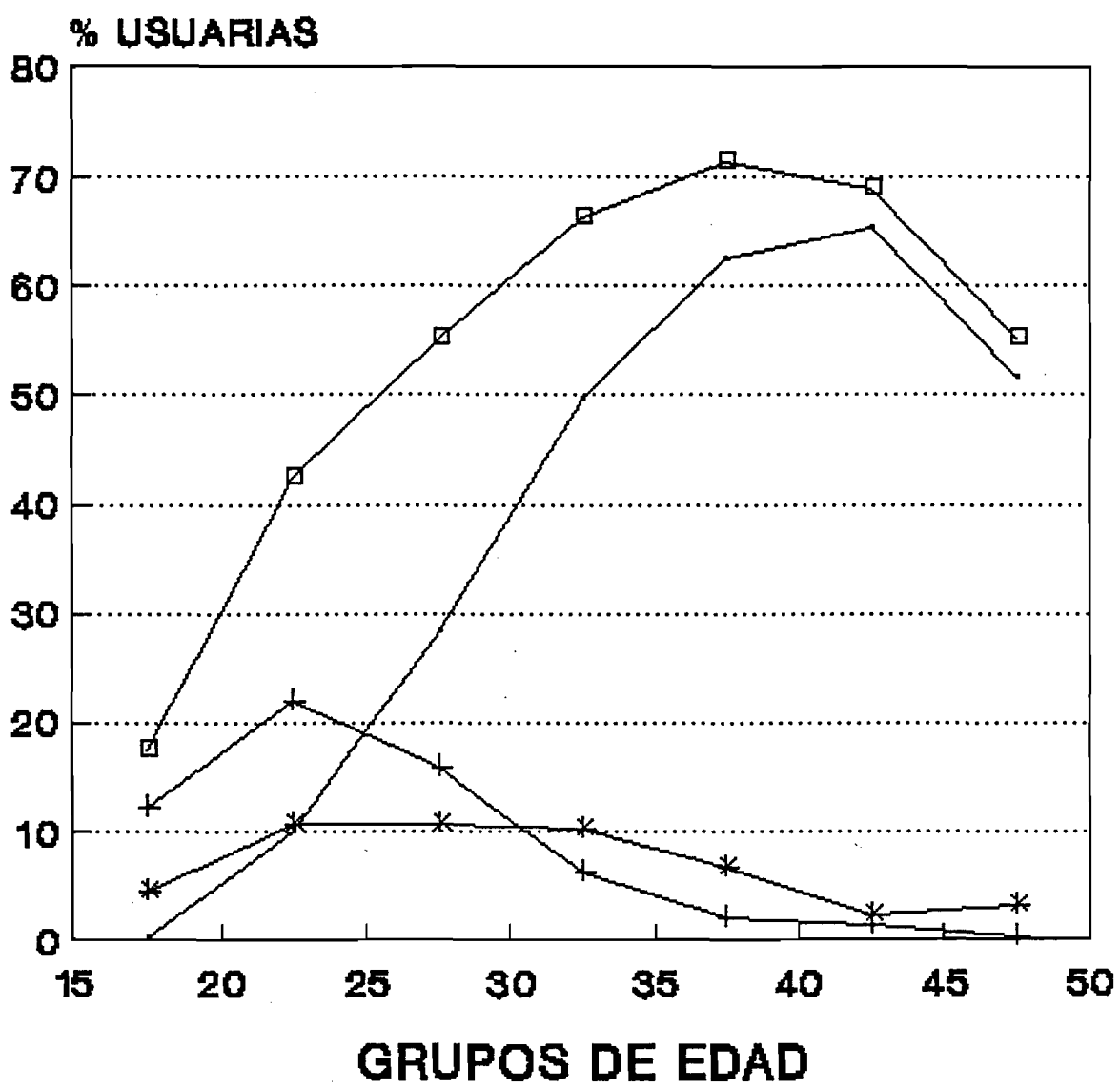
PREVALENCIA DE LA ANTICONCEPCION SEGUN EDAD EN MUJERES EN UNION, 1986



— ESTERILIZACION + PASTILLAS
—* OTROS METODOS —□ TOTAL

GRAFICO 3.6

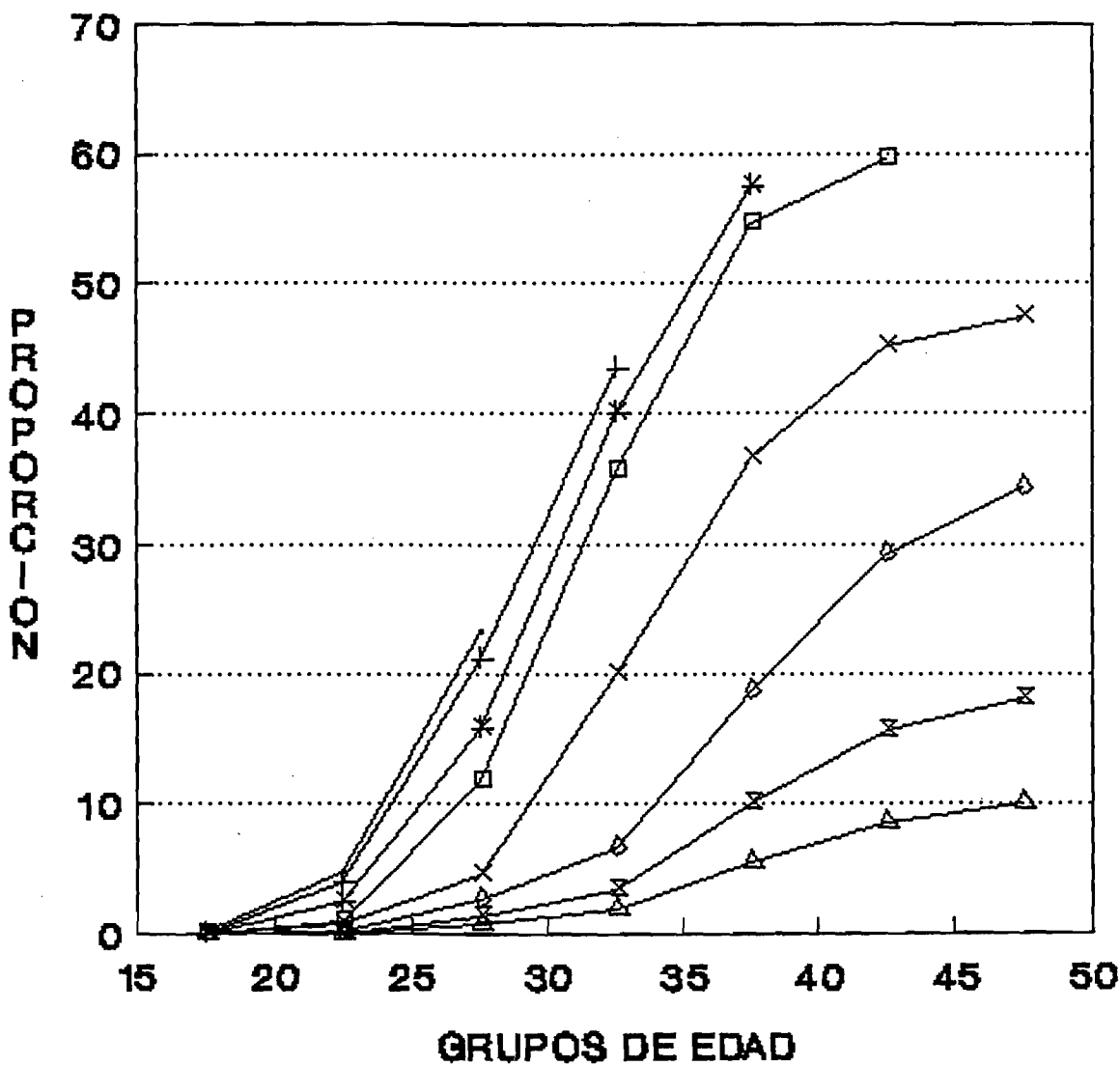
PREVALENCIA DE LA ANTICONCEPCION SEGUN EDAD EN MUJERES EN UNION, 1991



— ESTERILIZACION + PASTILLAS
* OTROS METODOS □ TOTAL

GRÁFICO 3.7

PROPORCIÓN DE ESTERILIZADAS POR COHORTES SEGUN EDAD AL 1991

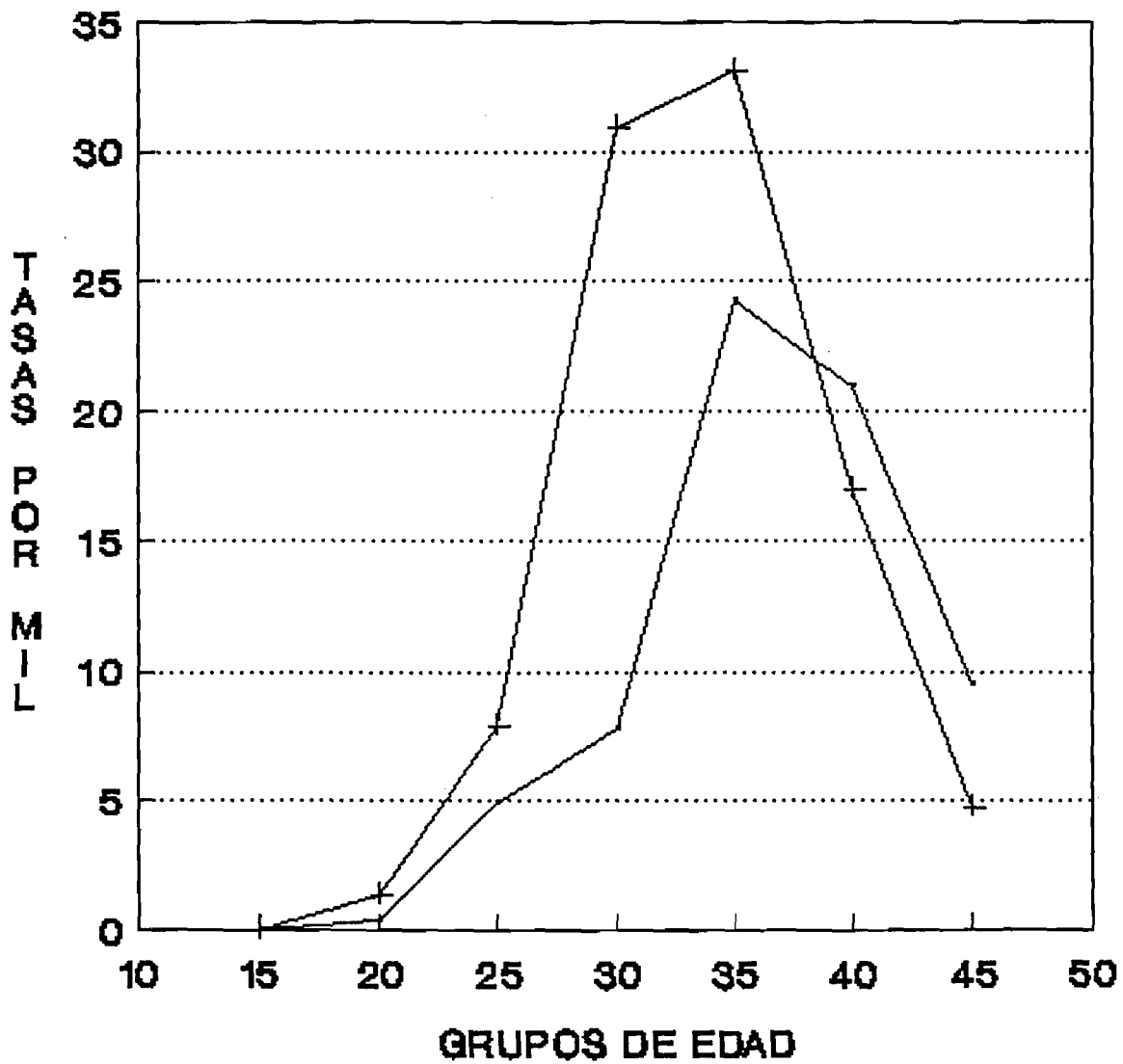


WFS75, WFS80, DHS85 Y DHS91

WFS82, DHS87, DHS92, DHS95

GRAFICO 3.8

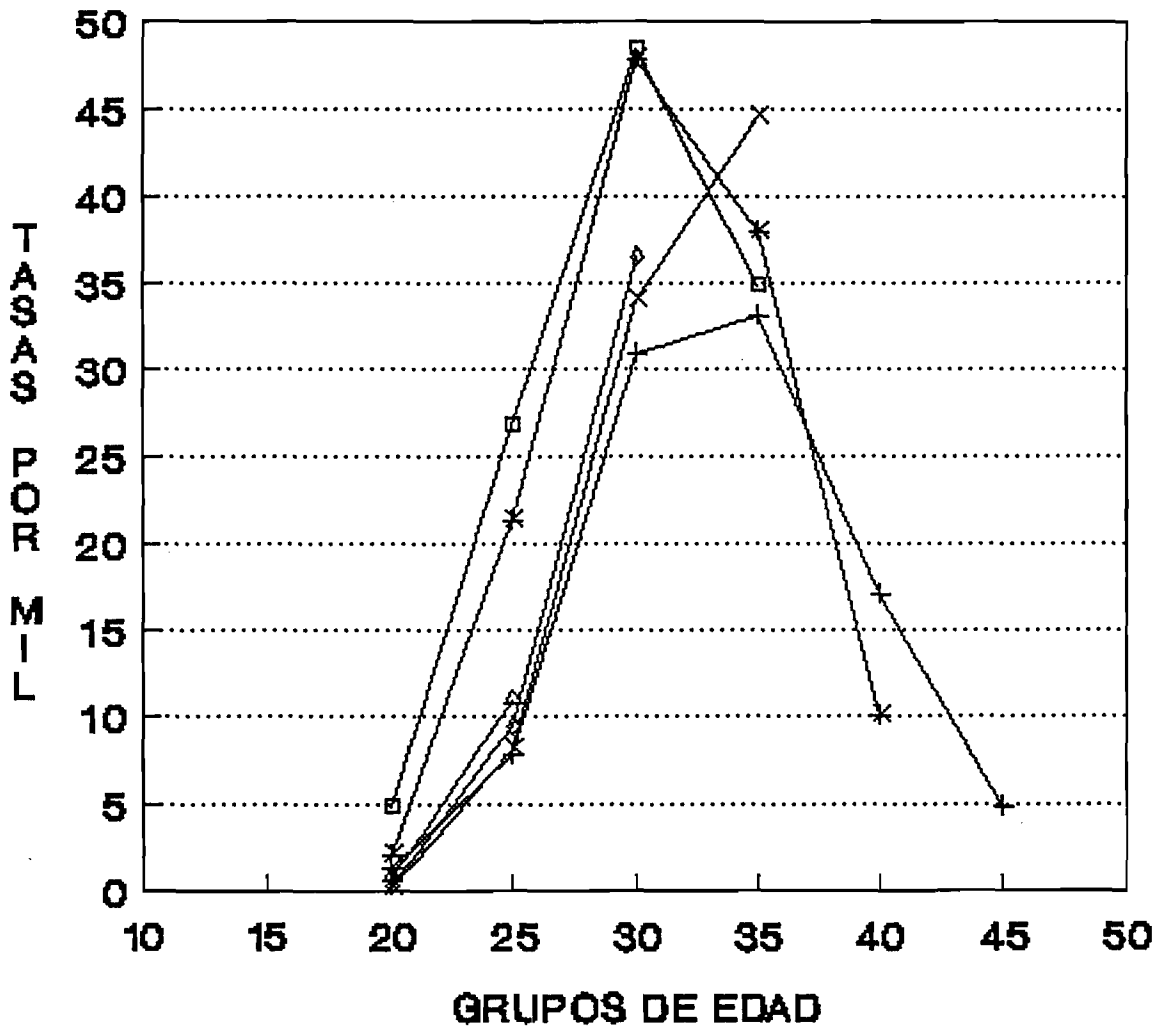
**TASAS DE ESTERILIZACION POR COHORTES
SEGUN EDAD, OBSERVADAS EN 1986 Y 1991**



COHORTES
— 1936-41 (1986) —+ 1941-46 (1991)

Gráfico 3.9

TASAS DE ESTERILIZACION POR COHORTES SEGUN EDAD EN 1991



COHORTES

+ 1941-45

* 1946-51

□ 1951-56

× 1956-61

◇ 1961-66

△ 1966-71

GRAFICO 3.10

**TASAS DE MUJERES ESTERILIZADAS POR
COHORTES SEGUN EDAD Y PERIODOS, 1991**

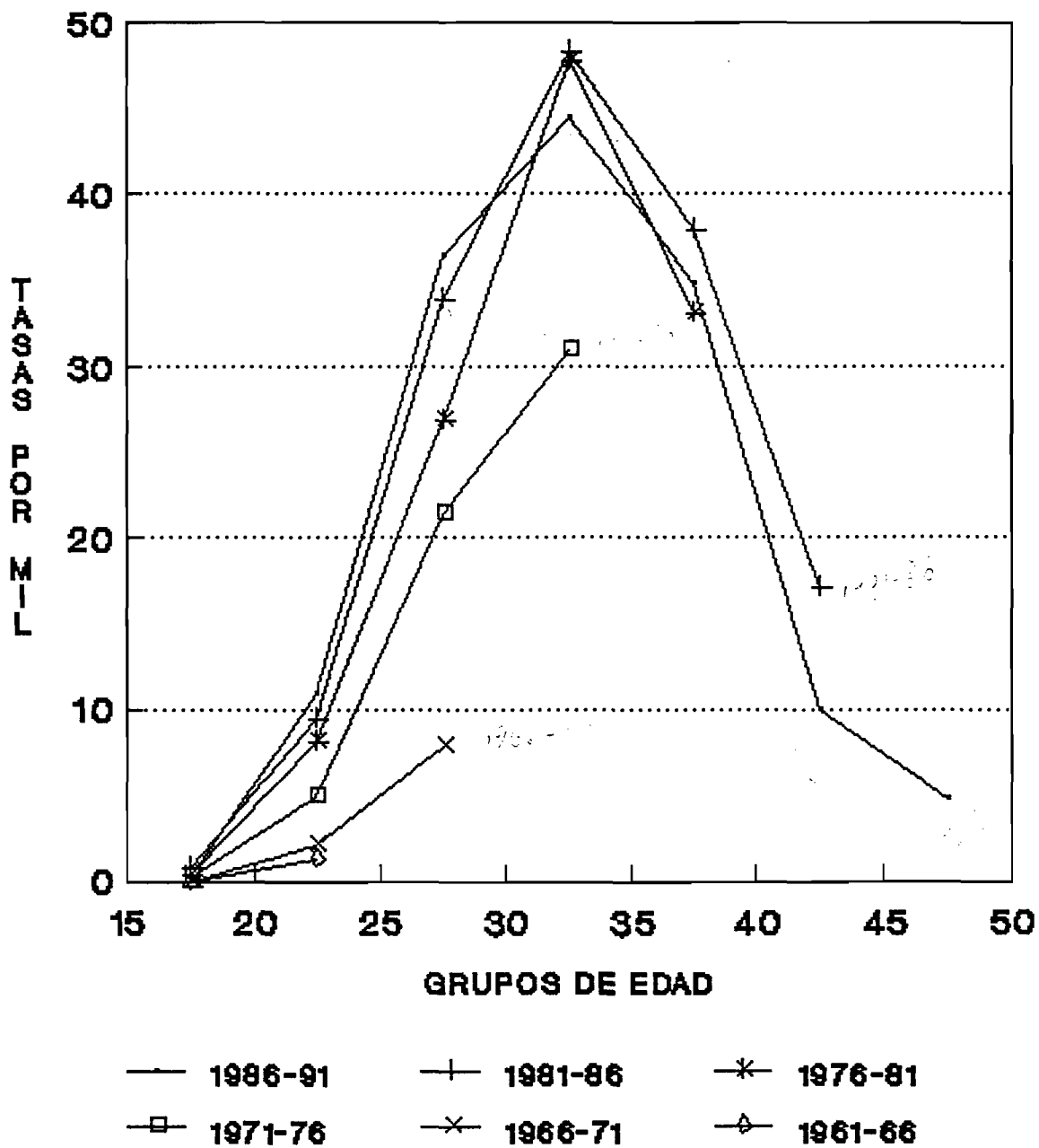


Gráfico 3.11

TASAS DE MUJERES ESTERILIZADAS POR COHORTES SEGUN EDAD Y PERIODO

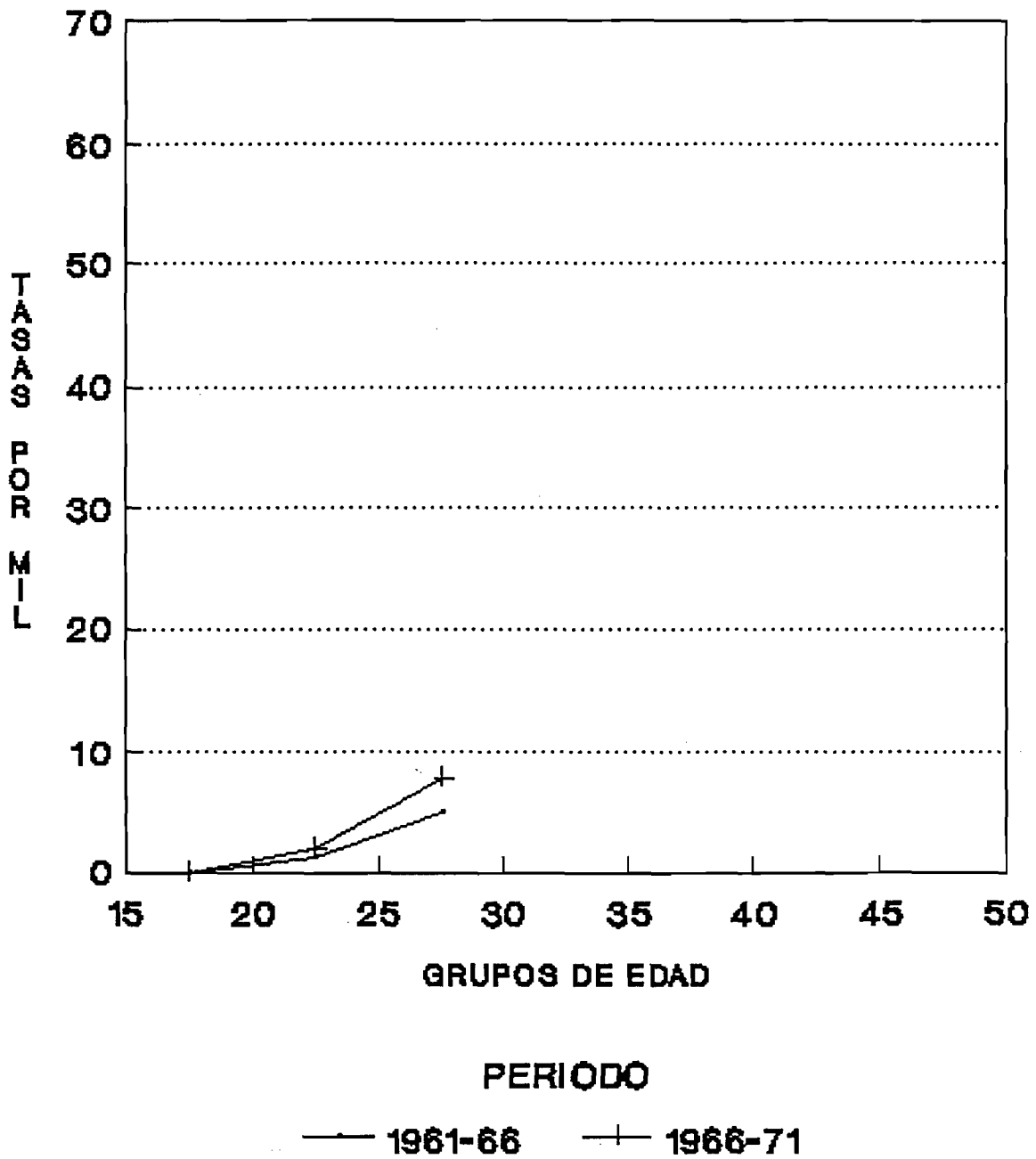


GRÁFICO 3.12

**TASAS DE MUJERES ESTERILIZADAS POR
COHORTES SEGUN EDAD Y PERIODO**

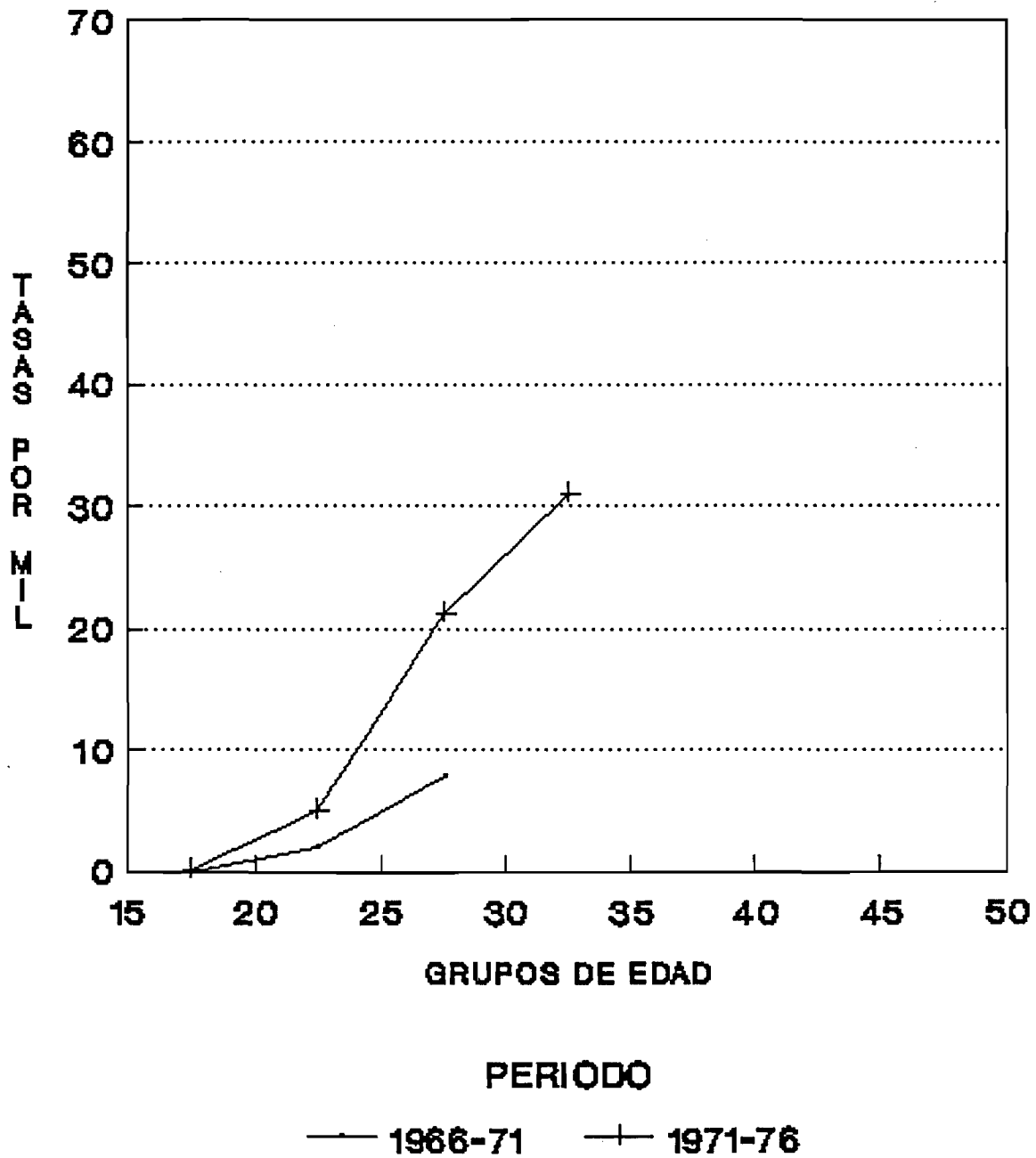


GRÁFICO 3.13

TASAS DE MUJERES ESTERILIZADAS POR COHORTES SEGUN EDAD Y PERIODO

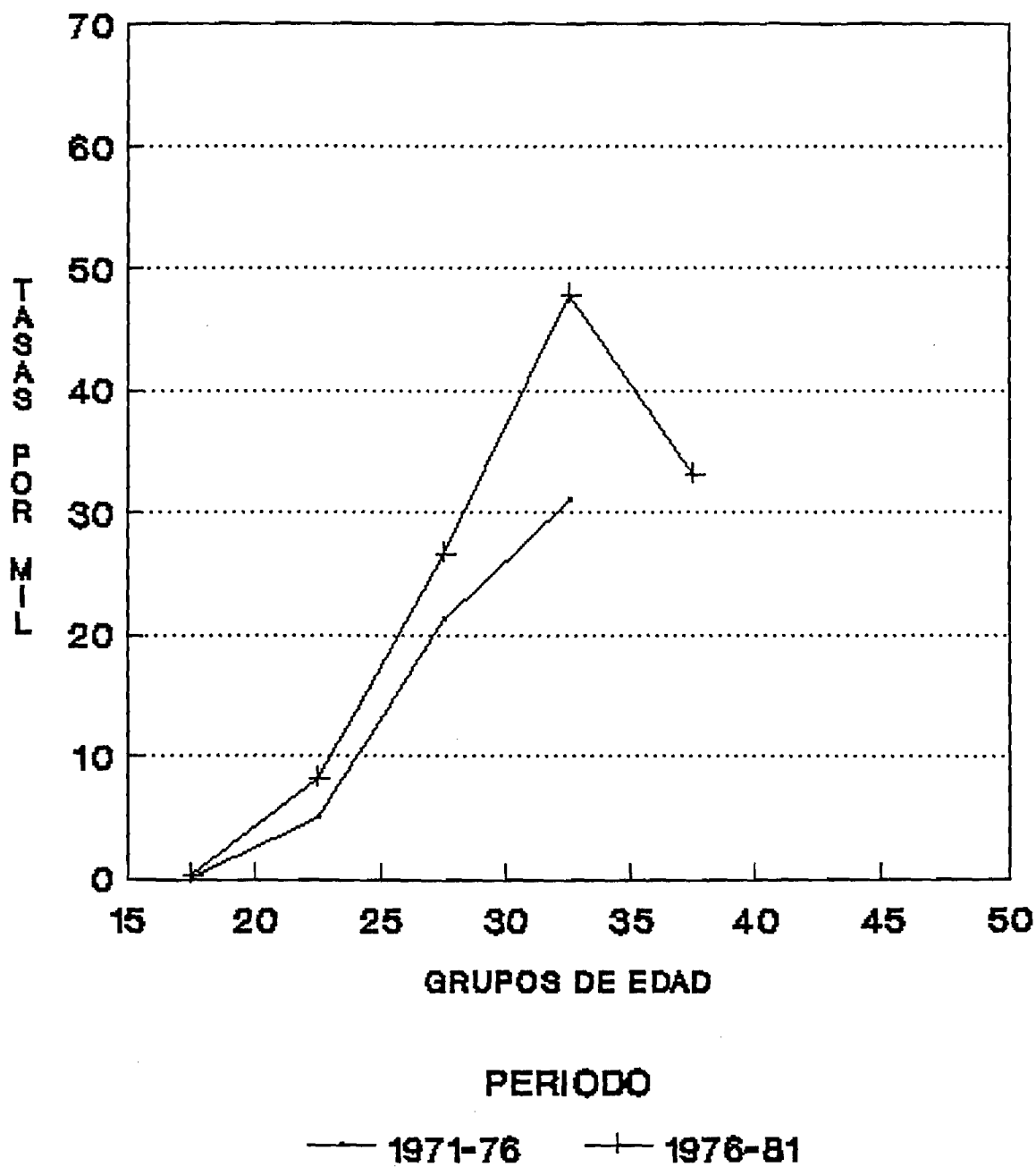
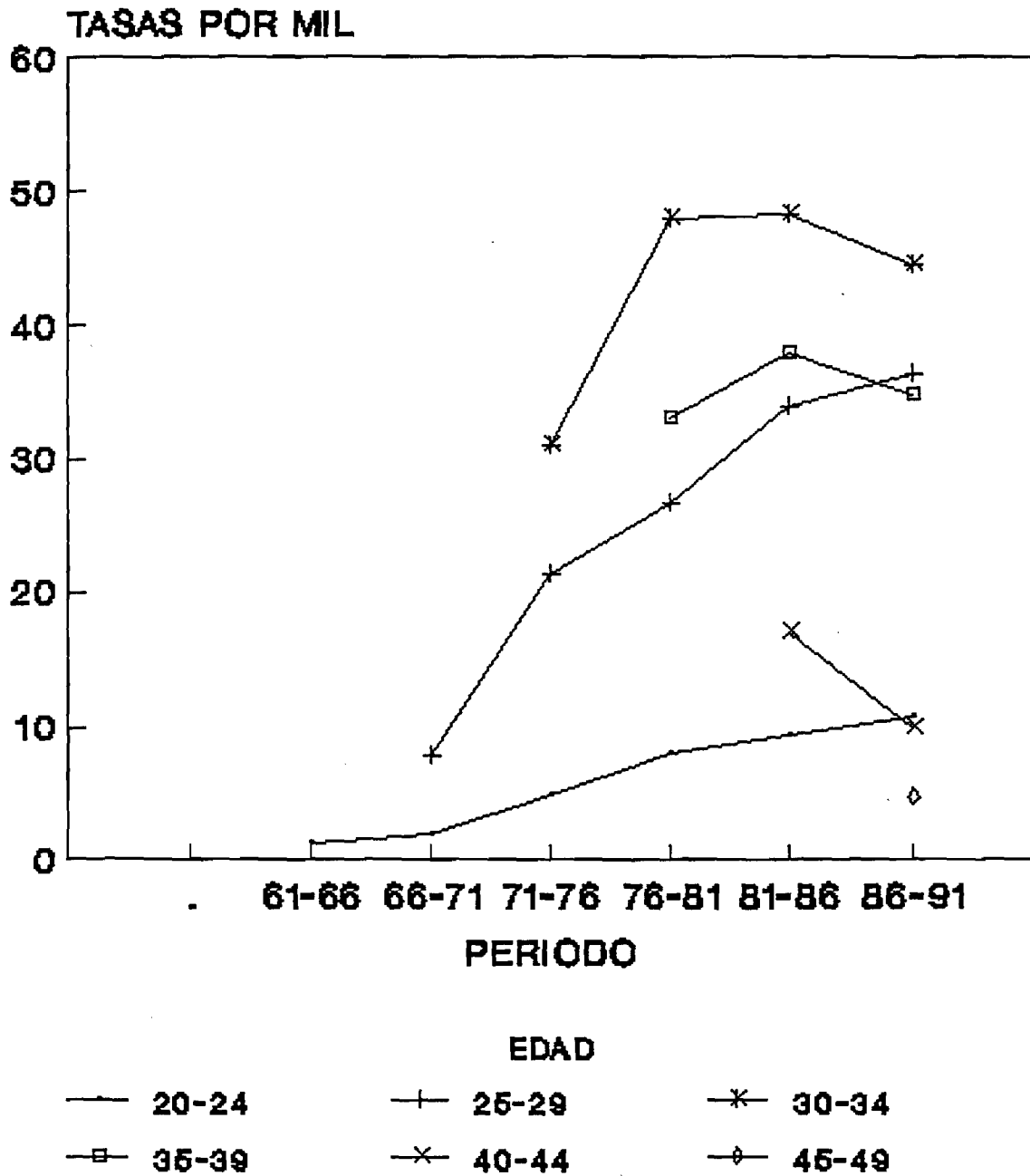
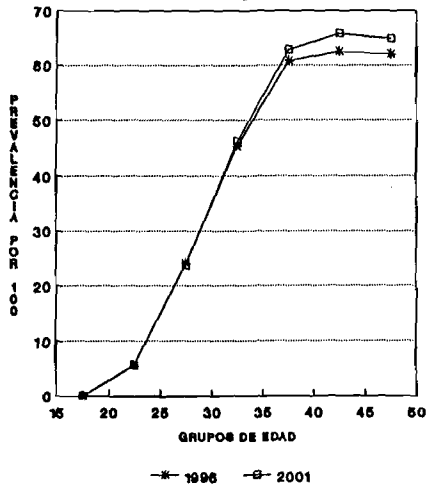


GRAFICO 3.16

TASAS DE MUJERES ESTERILIZADAS POR COHORTES SEGUN PERIODO Y EDAD, 1991

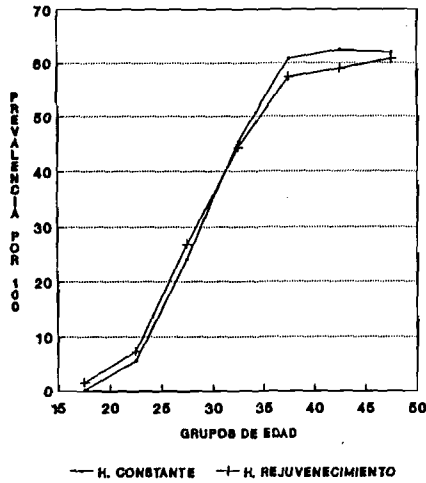


**PREVALENCIA DE LA ESTERILIZACION
ESTIMADA SEGUN COHORTES, 1996 Y 2001**

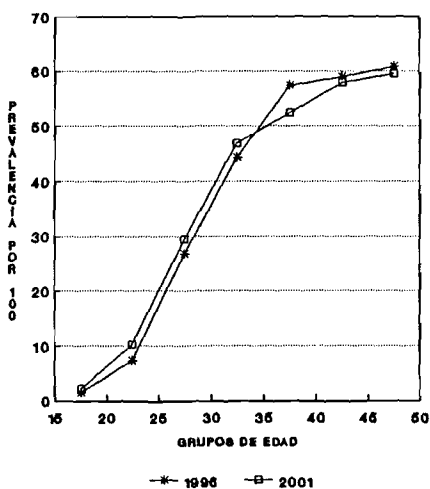


PROYECCION CONSTANTE.

**PREVALENCIA DE LA ESTERILIZACION
ESTIMADA AL 1996 SEGUN COHORTES.**



PREVALENCIA DE LA ESTERILIZACION
ESTIMADA SEGUN COHORTES, 1991 Y 2001



PROYECCION REJUVENECIMIENTO.

PREVALENCIA DE LA ESTERILIZACION
ESTIMADA AL 2001 SEGUN COHORTES.

