

LATIN AMERICAN STUDIES ASSOCIATION

XX INTERNATIONAL CONGRESS

¹ABORTO Y POLITICAS PUBLICAS EN LA REPUBLICA DOMINICANA

DINNYS LUCIANO FERDINAND

CENTRO DE APOYO AQUELARRE, REPUBLICA DOMINICANA

GUADALAJARA, MEXICO, APRIL 17-19, 1997

¹Prepared for delivery at the 1997 meeting of the Latin American Studies Association, Continental Plaza Hotel, Guadalajara, Mexico, April 17-19, 1997.

1. Ciudadanía, aborto y políticas públicas en la República Dominicana

Los discursos dominantes en la República Dominicana han escamoteado históricamente el tema del aborto, relegando el debate al terreno de la filosofía moral proveniente de algunos fundamentalismos religiosos, o al profundo silencio en torno a su vinculación con la enfermedad, la muerte y la ciudadanía de las mujeres.

Con una ley que data de 1844, el Código Penal dominicano criminaliza el aborto inducido en todas las circunstancias, excluyendo hasta, el aborto terapéutico o por violación sexual.

A pesar de las sanciones jurídicas, el aborto inducido en condiciones de riesgo es una realidad que afecta la vida de miles de mujeres, provocando lesiones físicas y psicológicas y en muchos casos la muerte.

Las estimaciones de The Alan Guttmacher Institute para 1992 en el país, indican la ocurrencia de unos 82,500 abortos inducidos, registrándose casi cuatro abortos por cada diez nacidos vivos. (Alan Guttmacher Institute, 1994).

Su relevancia en el perfil epidemiológico de la salud de la mujer expresa la gravedad de sus implicaciones personales, familiares y sociales. Diversos estudios demuestran la relación entre la mortalidad materna y el aborto en condiciones de riesgo, ubicando entre un 16 y un 36.6, el porcentaje de muertes maternas asociadas al aborto. (ver cuadro # 1)

Cuadro # 1

Porcentajes de muertes maternas asociadas al aborto inducido en investigaciones realizadas en la República Dominicana vinculadas a la Mortalidad Materna

Estudios	Contexto estudiado	Período estudiado	% de muertes maternas asociadas al aborto
Estudios basados en registros vitales Montaño, R. et al (1994)	Rep. Dominicana	1981-1990	16.0
Estudios basados en registros hospitalarios			
a. Domínguez, A. y Martínez, M. (1987)	Hospital Mat. Ntra. Sra. de la Altagracia	1980-1985	36.6
b. Mora, S. et al (1982)	Centro Mat. Inf. San Lorenzo de Los Mina	1974-1982	18.4
c. Pichardo, M. et al. (1994)	Centro Mat. Inf. San Lorenzo de Los Mina	1990	16.7

Fuente: Cáceres, Frank. 1995. Estado de conocimiento sobre mortalidad materna en la República Dominicana. Santo Domingo.

Aunque la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) ha informado sistemáticamente el número de abortos incompletos que atiende anualmente, no ha definido una política explícita sobre el particular.

A partir de la década del 70 sistemáticamente se incluyen en los informes anuales de la SESPAS el número de abortos registrados.

En 1971 la SESPAS señala el registro de 13,045 abortos (SESPAS, 1971: 5), en 1975 se registraron 12,647 abortos y el porcentaje de abortos en relación a embarazos fue de un 6.6%.

En 1976, según los datos de la SESPAS, se realizó un aborto por cada 15 partos (SESPAS, 1976: 138). Durante los años posteriores el número registrado se ha mantenido, (ver cuadro # 2) aunque la cobertura de los servicios públicos ha descendido drásticamente.

Cabe destacar que la cobertura estimada para servicios curativos, según un estudio de demanda realizado en 1988-89 es: SESPAS 30%; Instituto Dominicano de Seguro Social 10%, Fuerzas Armadas (FF.AA) 0.4% y el sector privado y otros el 56% del total. (OPS/OMS, 1996: 54).

Cuadro # 2

Total de abortos ocurridos en los establecimientos de la SESPAS

Año	No. de abortos
1980	13,102
1981	13,768
1982	13,965
1983	12,886
1984	13,158
* 1994	14,650

Fuente: Memoria Anual de la SESPAS, 1984.

* El año 1994 fue incluido a fin de comparar el crecimiento de números de casos registrados.

Esto significa que las cantidades señaladas representan un pequeño porcentaje frente al número real de casos que asisten a centros privados o de mujeres que no solicitan asistencia médica por miedo a las consecuencias legales y sociales y/o por limitaciones geográficas y económicas de acceso a los servicios.

Por otra parte, la situación de la mortalidad materna ha obligado a colocar el tema del aborto dentro de la agenda de salud. No obstante, el debate se ha centralizado en las posibles estrategias para reducir la incidencia del aborto; estableciendo una relación directamente proporcional entre acceso masivo a anticonceptivos y disminución del aborto.

En el Plan de Acción Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna elaborado en 1995, se señala que tenemos una proporción de 37 abortos por cada 100 nacidos vivos, es decir que de cada tres embarazos uno termina en aborto y una tasa anual de abortos situada según estimaciones en 4.37 por cada 100 mujeres.

Continúa señalando que la principal maternidad de la Seguridad Social, la maternidad Perdomo de Santo Domingo, muestra que de 48,044 egresos ocurridos entre 1985 y 1994 se produjeron 2,314 egresos por complicaciones de aborto provocado.

Un hecho más preocupante aún es que dentro del Plan de Acción Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna se realiza un análisis sobre la condición de salud de las mujeres, de adolescentes y del niño en el país en el que se plantea que "la morbilidad por aborto es importante de ser analizada en el caso de la vigilancia de salud de la mujer" (SESPAS, 1995: 13).

Sin embargo, el tema desaparece dentro de los objetivos y las estrategias esbozadas y es colocado en la evaluación del plan, dentro de los objetivos referidos a la prevención del riesgo obstétrico y reproductivo y el apoyo de las acciones de salud

reproductiva y sexual de los adolescentes.

Se establece una relación entre aumento de la cobertura de servicios de anticoncepción así como la prevalencia de uso de anticonceptivos para lograr "la disminución del índice de abortos provocados" definido esto último, como un indicador de impacto.

Sin embargo, como señala Denise Paiewonsky "sería un error, pensar sin embargo, que la difusión de los métodos anticonceptivos es la panacea que resolverá el problema del aborto ilegal. Ya vimos como, a consecuencia de una serie de variables demográficas, socio-económicas y culturales, las sociedades sub-desarrolladas tienden a experimentar un incremento en la tasa de abortos correlativa a la difusión de los anticonceptivos. (Paiewonsky, D. 1988:)

Haciendo una somera revisión de las políticas de salud diseñadas desde principios de la década de los años 70, encontramos un especial énfasis en la intervención en salud de la mujer en su función reproductora.

Este énfasis sin embargo, ha estado signado por las históricas valoraciones de las mujeres como sujetos responsables de la salud

de otros en este caso; los hijos e hijas o de la nación a través de espúreas relaciones entre pobreza y alta fecundidad de las mujeres.

A partir de la década del 60 se iniciaron amplios programas de salud materno-infantil y planificación familiar los cuales escamotearon sistemáticamente el objeto real del que supuestamente intentaban dar cuenta: la mujer.

De manera reiterada ha aparecido el binomio madre-hijo como prioridad en todos los documentos de políticas de salud escritos en los últimos 25 años. Para la mujer esta prioridad está restringida a la atención a la educación nutricional, atención a la madre, incremento de la atención institucional del parto, control prenatal, Planificación Familiar, Detección Precoz del Cáncer Cérvico-uterino.

En los documentos de políticas de salud, la atención a la mortalidad materna se define a través del control del embarazo, realización del parto institucional, control del puerperio, planificación familiar y control del cáncer cérvico uterino.

Dentro de los objetivos de la política de salud del 1990 se planteó

disminuir la mortalidad materna, especialmente la producida por toxemias del embarazo, hemorragias y procesos sépticos. Es evidente que el aborto vuelve una vez más a ser silenciado dentro de las estrategias de intervención en salud.

A principios de la década de los 90's aparecen también algunos temas como la violencia contra la mujer que, aunque se inician trabajos formales sobre el problema dentro de la SESPAS a partir de 1996, desde 1992 ya habían sido planteados como prioridad.

En el documento de "Política Nacional de Salud 1992-1995" aparece dentro de los objetivos de la política para el período la atención de la salud de poblaciones alto riesgo sanitario entre los que se encuentran la madre y el niño.

Se plantea que la meta de lograr que la atención profesional del control de embarazo, parto y puerperio alcance a la totalidad de las madres dominicanas, es un objetivo concreto y factible con los recursos disponibles.

Continúa señalando que, será preocupación de la SESPAS eficientizar las actividades de control prenatal y atención al parto, así como

perfeccionar las actividades de detección temprana de cáncer del cuello uterino y de mama.

Este documento señala además que, entre los problemas prioritarios de salud se efectuarán esfuerzos especiales para la promoción y la protección de la salud de la mujer en sus diferentes etapas de la vida, considerando la importancia de la igualdad para jerarquizar el rol social de éstas, se ampliarán sus oportunidades de actuación en los programas de salud para que participe concretamente en la solución de los problemas sanitarios. La violencia y el abuso contra la mujer serán objeto de especial atención, actuando la SESPAS como ente de movilización y concertación de esfuerzos entre las instituciones del sector salud, las organizaciones que las agrupan, universidades y otras organizaciones sociales.

La inserción de temas como la violencia contra la mujer, la mortalidad materna, y la concomitante negación absoluta del tema del aborto, nos evidencia que romper con el paradigma dominante de ciudadanía requiere repensar las formas en que los cuerpos genéricamente significados se insertan en las políticas públicas.

En los procesos de concertación de políticas públicas, las y los ciudadanas/os quedan al margen de sus cuerpos y las simbologías que los redefinen permanentemente. En este caso, se niega la significación política del control social de la capacidad reproductiva de las mujeres.

La negación de nuestra existencia corpórea y la división social entre lo público y lo privado impide a su vez, cuestionar simbólicamente las desigualdades, instrumentando la diferenciación sexual como elemento importante de la construcción de la ciudadanía.

La equivalencia entre ciudadanos y ciudadanas se establece en base a una relación axiomática entre la igualdad y la negación de las diferencias.

El silencio sobre el aborto es quizás el ejemplo más claro de cómo la ciudadanía pasa por aspectos legales que no explicita una responsabilidad pública y política de las muertes y las secuelas físicas, emocionales, familiares y sociales del aborto clandestino; indicador fehaciente de la falta de control de las mujeres sobre sus cuerpos y su capacidad reproductiva.

En un país donde el aborto es penalizado incluso en los casos en que la vida de la mujer está en peligro, no podemos pensar en una valoración real de ésta como sujeto. Las demandas del movimiento de mujeres en el país pasa a ser una práctica deliberativa que intenta formar opinión, pero que aún no es incluida en la decisión.

El aborto queda relegado a "decisiones individuales" donde cada mujer "elige" el riesgo de muerte o enfermedad.

El supuesto del bien común y la moralidad de la clandestinidad del aborto no han abierto el espacio para la deliberación de los diferentes sectores sociales, más bien se han negociado entre poderes complementarios políticamente, las vidas, la salud y los derechos de las mujeres.

Un ejemplo de ello lo constituye la exclusión intencional del aborto terapéutico en la propuesta de Ley General de Salud que se introdujo en las cámaras legislativas en 1994.

La legislación sanitaria vigente en el país data del año 1956 y aunque se han impulsado diversas iniciativas para su modificación

(1981,1991 y 1994), los debates referidos al aborto, han impedido su aprobación.

La propuesta de modificación de la ley de salud presentada en 1991, incluía la despenalización del aborto terapéutico, pero por los argumentos de la jerarquía de la iglesia católica los y las legisladores/as decidieron excluirlo.

Esta propuesta, a pesar de la exclusión del tema del aborto, ha sido objetada por la iglesia católica bajo el alegato del potencial uso del concepto "salud reproductiva" para imponer educación sexual inmoral, la despenalización del aborto y la promoción de la anticoncepción.

Esto ha implicado que en la República Dominicana el aborto se haya constituido en el punto explícitamente no negociable entre los poderes del Estado y los fundamentalismos religiosos, frente al resto de la sociedad, impidiendo la transformación del marco jurídico sanitario del país.

Una serie de procesos y estructuras formales y legales han expresado históricamente la voluntad del Estado dominicano y de las

fuerzas eclesiales en torno a la reproducción.

El debate sobre el aborto ha estado permeado por una correlación de fuerzas e interacciones de actores políticos que han definido un contenido particular y formas en las que el aborto permanece en el silencio al margen de las políticas de salud, de los procesos de reforma sectoriales sobre todo, la legislación penal y sanitaria.

Aunque a nivel mundial el aborto ha sido considerado como problema de salud pública y ha sido expresado por el movimiento de mujeres como una demanda social impostergable, no es menos cierto que esta política de prohibición del aborto en todas las circunstancias, responde a valores de determinados grupos dominantes, a pesar de los costos sociales y humanos de su clandestinidad.

La criminalización de aborto es una de las más duras expresiones de un proyecto político y un concepto particular de desarrollo donde la negociación de alianzas implícitas y explícitas que no parte de un enfoque de necesidades y derechos de las mujeres sino que intereses privados que son deliberados bajo la representación inconsulta del "nosotros/as".

Es preciso señalar que el poder de la jerarquía de la iglesia católica es tan fuerte que ni el proceso de ²economización del aborto, ha podido romper la hegemonía discursiva del fundamentalismo religioso.

El silencio sobre el aborto tiene repercusiones muy severas respecto de la promoción de la ciudadanía. La negación de la existencia corpórea en la definición predominante de ciudadanía reafirma la dicotomía público/privado, negando la diferenciación sexual, el rol político del control social sobre la maternidad y el cuerpo de las mujeres.

El cuerpo femenino aparece como receptáculo, colocado al margen de las relaciones y valores sociales. Ese cuerpo biológico, sin función simbólica alguna, se ubica en las políticas de salud y en otras políticas sectoriales, como consumidor de determinada cantidad de bienes, como los anticonceptivos y servicios por aborto incompleto.

²La economización del aborto hace referencia a la centralización exclusiva del tema del aborto en los costos de las secuelas del aborto para el sistema de salud y sus implicaciones para los imperativos del mercado: eficiencia, reducción de costos, etc.

Cabe destacar que aunque los poderes del Estado aliados al poder de la jerarquía de la iglesia católica mantienen una posición particular en torno al control de las mujeres de su capacidad reproductiva, la población muestra cada vez más apertura frente a la autonomía de la mujer. En la Encuesta Nacional de Cultura Política y Democracia (DEMOS-94) se encontró que el 57% de las mujeres y el 53.4% de los hombres, consideró que se debe permitir a una mujer embarazada decidir si va a tener el hijo/a.

2. Anticoncepción y aborto

La reiterada centralización del uso de la anticoncepción como medio para reducir la incidencia del aborto requiere de un análisis de los aspectos culturales, geográficos, económicos y particularmente los asociados a las diferencias sociales entre los sexos que limitan el establecimiento de relaciones rígidas entre ambos fenómenos.

La fecundidad en la República Dominicana ha descendido drásticamente en los últimos 35 años, ya que a mediados de los sesenta la Tasa Global de Fecundidad (TGF) ascendía a casi 7.5 hijos por mujer y según los datos de ENDESA-96, es de 3.2, presentándose diferencias según zona geográfica; 2.7 para la zona urbana y 3.9 hijos por mujer para la zona rural.

Según los datos preliminares de ENDESA-96, un 45% de las mujeres de 15-49 años usa métodos anticonceptivos y la tasa de prevalencia de uso es de 64% en mujeres actualmente unidas.

El método más usado es la esterilización femenina (41%), seguido de la píldora (13% y el DIU (3%). Paralelamente a esto, el uso del condón no alcanza ni el 2% en ninguno de los grupos de edad entre

15-49 años de mujeres en unión.

Según los datos de ENDESA-91, el 17% de las mujeres casadas o unidas presentaron necesidades insatisfechas de planificación familiar, observándose diferencias significativas entre las mujeres de la zona urbana (14%) frente a las de la zona rural (23%).

Cabe destacar que a esto se añade un desconocimiento de las mujeres sobre los anticonceptivos, sobre todo en cuanto a sus mecanismos de acción y su uso correcto.

En los datos preliminares de ENDESA-96 se encontró que apenas el 68.7% de las mujeres conoce correctamente la píldora, el 50.9% conoce el DIU, el 43.6, las inyecciones, el 41.8 el Implante (Norplant), un 29.1 el diafragma, la jalea y la espuma y el 26.2% la esterilización masculina. Paralelamente a esto la esterilización femenina constituye el método mas ampliamente conocido por las mujeres (76.0%).

Muchas mujeres enfrentan fallas en uso de los métodos, asociadas en muchas ocasiones a un uso incorrecto de los mismos. Según los datos de ENDESA-91, la distribución porcentual de discontinuaciones

de métodos anticonceptivos en los cinco años anteriores a la encuesta se encontró que un 10.3% de usuarias de píldora, un 6.6% de DIU y un 11.2% de Condón discontinuó el uso del método porque quedó embarazada.

Se verifica además que los porcentajes más altos de falla de método ocurren en usuarias de abstinencia periódica (34.3%) y del retiro (28.8%).

Esta cantidad de embarazos no deseados nos obliga a preguntarnos sobre las formas en que las mujeres enfrentan esta situación.

Cabe preguntarnos también cuál ha sido el rol del aborto en el descenso de la fecundidad y qué costos han pagado las mujeres frente a las limitaciones de acceso, de conocimiento y falla de métodos que las colocan ante embarazos no deseados.

En otras palabras cuánto ha aportado el aborto riesgoso a la transición de la fecundidad, señalado éste último como un indicador de eficacia de los programas de planificación familiar.

Cabe destacar que "aún en los países más desarrollados, donde prácticamente la totalidad de las mujeres tienen acceso amplio y fácil a los servicios de anticoncepción, las tasas de aborto se

mantienen relativamente altos. Los estudios en este sentido indican que, luego de un rápido incremento tras la liberalización de las leyes anti-aborto, en estos países suele haber una reducción paulatina en las tasas de aborto, que al cabo de algunos años se estabilizan a niveles superiores a los que precedieron la liberalización". (Tietze y Henshaw, citadas por Paiewonsky, D.1988: 62).

Resulta un tanto riesgoso, por lo tanto, asumir una relación causal exclusiva entre el aborto inducido y la ausencia del uso generalizado de anticonceptivos.

En la República Dominicana, algunos autores (Espinal, M. et al (1996, Cáceres, F., 1995, SESPAS, 1995) han señalado que los elevados niveles de mortalidad materna en la República Dominicana están asociados a dos aspectos básicos: la falta de cuidado médico durante el embarazo y el parto y el segundo, la falta de condiciones para llevar a la mujer al uso generalizado de anticonceptivos. Esta estrategia niega una vez más, los determinantes sociales, económicos, políticos y de género asociados al aborto y la necesidad de enfrentar los elementos de política que incrementan el riesgo de enfermar y morir.

Los retos que nos imponen estos elementos están dirigidos, entre otros a:

a. Reforzar el debate sobre el tema dentro del movimiento de mujeres que permita redefinir estrategias para la lucha por la despenalización del aborto.

b. Insertar el tema en los debates sobre reformas políticas, económicas y sociales que se están llevando a cabo en el país.

c. Impulsar el debate sobre el aborto en la implementación del Plan Nacional para el Reducción de las Muertes Maternas.

d. Realizar estudios que permitan abordar la ética predominante en la sociedad dominicana frente a la interrupción del embarazo.

e. A esto se añade la necesidad de politizar el aborto dentro del debate de ciudadanía y derechos de la mujer porque la transformación de la condición social de las mujeres pasará por reafirmar la autonomía de las mujeres, rompiendo con la histórica construcción de un yo abstraído del contexto, de la historia, de la comunidad y de su cuerpo.

Referencias

Cáceres, Frank. 1995. Estado de conocimiento sobre mortalidad materna en la República Dominicana. IEPD-Profamilia. Santo Domingo.

CESDEM, Profamilia, ONAPLAN, Macro International, Inc. 1997. Encuesta Demográfica y de Salud, 1996 (Informe Preliminar). Santo Domingo.

Congreso Nacional de la República. 1995. Segundo borrador de propuesta de Ley General de Salud. Santo Domingo.

IEPD-Profamilia, ONAPLAN, Demographic and Health Surveys, IRD/Macro International, Inc. 1992. Encuesta Demográfica y de Salud, 1991. Santo Domingo.

Duarte, I., Brea, R., Tejada, R., Báez, C., . 1995. La cultura política de los dominicanos: entre el autoritarismo y la democracia. (DEMOS-94). IEPD-PUCMM. Santo Domingo. (Mimeo).

OPS/OMS. 1996. Reunión de Evaluación de Asistencia Técnica OPS-SESPAS. Santo Domingo. (Mimeo).

Paiewonsky, Denise. 1988. El aborto en la República Dominicana. CIPAF. Santo Domingo.

SESPAS, 1971, 1975, 1976, 1984 . Memorias Anuales. Santo Domingo, Departamento de Cómputos de SESPAS.

-----, 1992. Política Nacional de Salud 1992-1995. Santo Domingo.

----- y Comité Nacional de Mortalidad Materna. 1995. Plan de Acción Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna.

The Alan Guttmacher Institute. 1994. Aborto Clandestino: Una realidad latinoamericana. The Alan Guttmacher Institute, New York.