

**CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES EN SALUD MATERNO INFANTIL  
(CENISMI)**

**SITUACION DE LA SALUD MATERNO INFANTIL EN LA  
REPUBLICA DOMINICANA  
1989**

**SERIE DE REUNIONES TECNICAS  
1989  
IV  
EDITADO POR HUGO R. MENDOZA**

**SANTO DOMINGO, R.D.**

**CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES EN SALUD MATERNO INFANTIL  
(CENISMI)**

**Situación de la Salud Materno Infantil  
en la República Dominicana, 1989**

**Serie de Reuniones Técnicas**

**IV**

**Editado por Hugo R. Mendoza**

**7 de Diciembre del 1989**

**Hotel Santo Domingo Sur**

**Santo Domingo, República Dominicana**

**Análisis, Conclusiones y Recomendaciones**

CENISMI

Hospital de Niños Robert Reid Cabral  
Ave. A. Lincoln 2  
Santo Domingo, República Dominicana

(D) 1987, CENISMI. Todos los Derechos reservados.

Situación de Salud Materno Infantil en la República Dominicana,  
1989.

Serie de Reuniones Técnicas III, 1989.

Análisis, conclusiones y recomendaciones de las Reuniones Técnicas que sobre la Salud Materno-Infantil en la República Dominicana celebra periódicamente el CENISMI.

1. Salud Materno Infantil. 2. Morbi-Mortalidad Materno Infantil 3. Reunión - I. Mendoza, Hugo R, 1930 - II. CENISMI III. Serie Salud Materno Infantil.

El análisis, las conclusiones y recomendaciones se han basado en las presentaciones, documentos y discusiones de los participantes y en cuya versión final se ha tratado de conseguir el consenso de los participantes. En ocasiones se reproducen algunos de los trabajos presentados.

### Palabras liminares

Con el objetivo de conocer y analizar la situación de salud del niño y la madre dominicana, el Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil (CENISMI), celebra periódicamente reuniones técnicas sobre temas específicos con la participación de los expertos nacionales más destacados en la materia, contribuyendo así, por una parte, a la difusión del conocimiento, y por otra, a estimular la investigación en dicho campo, potencializando los esfuerzos nacionales para una mejor salud materno-infantil en la República Dominicana.

Dr. Hugo R. Mendoza  
Director, CENISMI  
Editor



Participantes

- Dr. Hugo R. Mendoza, CENISMI
- Dra. Juana Cruz-Bello, CENISMI
- Lic. Claudia Roha, CARITAS ARQUIDIOCESANA
- Lic. Miriam Riaño, OPS
- Dra. María L Ageitos, OPS
- Lic. Guadalupe Féliz, CARE DOMINICANA
- Dra. Ceila Pérez, CENISMI
- Dra. Rita González, Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA), Zona Oriental Santo Domingo
- Lic. Josefina F. de Bernier, Oficinal Nacional de Estadística
- Dr. Pablo Martínez, CONAPOFA, San Francisco de Macorís
- Dr. José Herrera, SESPAS
- Dra. Sara Menéndez, UNICEF
- Lic. Bárbara Liedtke, Consultora en Salud Comunitaria y Nutrición
- Dra. Sonia Aquino, Plan Nacional de Supervivencia Infantil (PLANSI), Bajo Peso al Nacer
- Dr. Héctor Romero, Oficina Nacional de Planificación (ONAPLAN)
- Lic. Esmeralda Rosario-García, CONAPOFA, Región V de Salud
- Dr. Teófilo Gautier, Director HRRC
- Dra. Mayra Santos-Ulloa, Hospital San Lorenzo de Los Minas
- Lic. Josefina Martínez, Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) OPS/OMS
- Dr. Gerinaldo Reyes Mesa, Director Materno Infantil, SESPAS
- Lic. Cristina Díaz, PLANSI, Lactancia Materna, SESPAS
- Lic. María E Corona, ONAPLAN
- Dra. Juana Montaña, Hospital San Lorenzo de Los Minas
- Dra. Josefina García-Coén, Sociedad Dominicana de Pediatría
- Dr. Secundino Ramírez Torrens, Presidente, Soc Dom de Obstetricia y Ginecología
- Dr. Virgilio Hoz
- Dr. Euclides Morillo, Región VI, SESPAS
- Lic. Roxaura Guzmán-Lora, ONAPLAN
- Dra. Sonia Valdéz-Santana, PLANSI, PAI, SESPAS
- Dra. Mildred Acosta Hernández, PLANSI, IRA, SESPAS
- Dr. Francisco Fernández, PLANSI, CED/TRO, SESPAS
- Dr. Ligio A. Tavárez, CENISMI

Lic. Federico Arias, Dirección de Informática, SESPAS

Dra. Sofía Peguero, PLANSI, PAI, SESPAS

Dr. Eduardo Ogando, CENISMI

Lic. Fanny Garabito-Montero, CONAPOFA, Región V

Dr. Marcos Díaz Guillén, Presidente Sociedad Dominicana de Pediatría

Dr. José E Pujols, Supervisor de Hospital del Estado, Presidencia de la República

Lic. Cecilia Michel, PLANSI, CED/TRO, SESPAS

Dr. Virgilio Rodríguez, CENISMI

Dra. Laura Batista, CONAPOFA, Región 0.

## Mortalidad de Niños.-

Los conocimientos sobre la realidad de la mortalidad de niños y materna continúan dependiendo de encuestas y estimaciones pocas veces representativas de la totalidad nacional, en vista de la crónica ineficiencia del sistema de información estadística oficial que solo ha podido procesar los datos correspondientes hasta el año de 1985, aún sin análisis, admitiéndose todavía un déficit de información de un 40% (Arias F: Mortalidad Infantil y Materna en la República Dominicana, Documento de trabajo, 1989).

Los datos más aceptables continúan siendo los de la encuesta de fecundidad de CONAPOFA (CONAPOFA: DHS-1986) que señalan una mortalidad infantil (MI) de 67.7% para el quinquenio 81-86; sin embargo, la Oficina Nacional de Planificación en base a estimaciones y proyecciones hechas sobre los censos y encuestas realizadas en los últimos 20 años excluida la encuesta de CONAPOFA citada, estima una MI de 74% para el mismo quinquenio y de 65% para el actual 1985-90 (ONAPLAN, Div de Población y Empleo: Indicadores demográficos, 1989); admitiendo algunos organismos internacionales, en base a las estimaciones de la División de Planificación de las Naciones Unidas una MI para el 1987 de 66% (UNICEF: Estado Mundial de la Infancia, 1989).

Los informes oficiales para el año 1985 puntualizan una MI de 56.5% (Arias F: cit), siendo notorio su cercanía a lo estimado para el quinquenio 85-90, sugiriendo un déficit de información menor que el establecido.

Un estudio realizado en 1988 mediante el método del hijo previo en 5 hospitales del país\* representativos de atención a grupos poblacionales de niveles económicos bajos (2) media-media baja (1), medio altos-altos (1) y altos (1), así

---

\*) Maternidad Ntra. Sra. de la Altagracia de Sto Dgo y Maternidad San Lorenzo de Los Minas de Sto Dgo (nivel económico bajo); Maternidad del IDSS de Sto Dgo (nivel económico medio y medio-bajo); Instituto de Maternidad San Rafael (nivel económico alto y medio-alto); Sub-Centro de Salud de Villa Altagracia (campesinos y grupos marginales).



como un representante de campesinos y grupos marginados, mostró una MI para Sto Dgo de 62.2% (CONAPOFA-CELADE-CIID : La Mortalidad Infantil en Santo Domingo, en la década de los años 80, 1989) (fotocopia).

La mayoría de los informes disponibles concuerdan con la existencia de un proceso descendente de la MI desde el quinquenio de 1970-75, con evidentes cambios en su estructura, al mostrar una mayor mortalidad urbana, y con un predominio de la mortalidad neonatal (39.5%) sobre la post neonatal (28.2%) (CONAPOFA: op cit); debiéndose señalar que algunos estudios en zonas rurales de la región V del país realizada recientemente señalan una MI de 84.9% (Herrera-Cabral J: Análisis de la Mortalidad Infantil en 134 comunidades rurales de la Región V, según los informes de promotores, 1988, Documento de trabajo, 1989), que sin embargo, fue sólo de 54%, en los primeros 10 meses del 1989.

Estas realidades señaladas puntualizan la cautela con que deben interpretarse los datos existentes respecto a la MI; que aunque insinúan una tendencia decreciente desde la década pasada y aún, por una parte, la posibilidad de una más baja MI que la aceptada, por otra parte podrían sugerir un estancamiento (Mendoza H: CENISMI); de todas maneras, objetivizan de nuevo el gran esfuerzo político que debe realizarse para conseguir una mejoría en las estadísticas vitales, si es que queremos fundamentar lógicamente nuestras acciones y estrategias de salud.

Para el 1985, según los informes oficiales, la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) continuaba siendo la causa definida más frecuentemente unida a muertes infantiles (23.7%), seguida por las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), con un 17%, particularmente neumonía, debiendo señalarse que el grupo de enfermedades perinatales constituyen el 42.6% de la MI (Arias F, op cit) Ver cuadro I; teniendo que observarse que son el Bajo Peso al Nacer y la Prematuridad los factores predisponentes más importantes, en una mortalidad acorde con el predominio de la MI neonatal sobre la post neonatal. (CENISMI: Monitoreo de las Políticas Económicas y el Bienestar Infantil, Informe preliminar, 1989).

## Causas de Muertes Infantil, 1985\*

	%
Enfermedades Perinatales	42.6
Enfermedad Diarreíca	23.7
Infecciones Respiratorias Agudas	16.9
Anomalías Congénitas	5.5
Meningitis	2.7
Otros	8.5

\*) Departamento de Informática, SESPAS

Para el 1988, las causas definidas de muertes en el Hospital de Niños Robert Reid Cabral de Santo Domingo, fueron la neumonía (17.8%), meningitis (11.8%), EDA (9.6%); cardiopatías (6.2%); anomalías congénitas (4.8%), prematuridad (3.6%); traumatismos (2.2%); quemaduras (1.9%); otras causas (5.2%); causas mal definidas (Sepsis) (35.1%) y desconocidas (1.8%). La mayoría de las muertes fueron en niños menores de un año (65%). (HRRC: Informe Estadístico, 1988). Estos datos ponen en evidencia la importancia de la IRA (neumonías) en la mortalidad de niños, sin embargo, debe observarse que la mayor mortalidad corresponde a los estados mal definidos, tales como la Sepsis, estado que en la mayoría de las veces, sino todas, tiene a la diarrea como acompañante; además de confundirse dichos estados "sépticos" con situaciones de deshidratación grave por diarrea.

De todas maneras debe observarse que la neumonía (IRA) aparece como la principal causa de muerte definida, contrastando con el informe del mismo hospital correspondiente al 1985 que señalaba a la EDA como la causa de muerte definida más frecuente (González J y Mendoza HR: Morbimortalidad en el HRRC, 1985, Bol Unidad Estud Espec 1986; 1: No, 7), sugiriendo una reducción de la mortalidad por diarrea, sin embargo, deben destacarse que un estudio de la mortalidad en el mismo hospital que incluyó todas las muertes del mes de mayo del mismo año, y que fue un

estudio de casos minuciosamente analizado, puntualiza a la EDA aún como principal causa de muerte definida (Pineda-Pérez Y, Cleto-Cassó T, Roa-Howley A y Mendoza HR: Causas de muertes en el Hospital de Niños Robert Reid Cabral, 1988; Bol Unidad Estud Espec 1988; 3: No. 8). El análisis de las causas de muertes en el mismo hospital para el 1989 relega a un cuarto lugar a la EDA superada por las meningitis y las neumonías (HRRC: Informe Estadístico, 1989).

Aunque no puede descartarse la sospechada disminución en las muertes por diarrea asociada a la "intensificación" de la Terapia de Rehidratación Oral, los datos deben tomarse con cuidado, requiriendo mayor atención.

#### Mortalidad de Niños(MN) de 1 a 4 años.-

Menos abundantes son los informes respecto a la MN aceptándose para el 1987 una mortalidad de 4% en base a los datos suministrados por la encuesta de EDA/IRA del CENISMI (1987) con cierto valor de representatividad de la realidad nacional (CENISMI: Encuesta Nacional sobre EDA/IRA, 1987), frecuencia que señala también una tendencia decreciente en relación a estimaciones previas (ONAPLAN: La Situación de la Infancia en la Rep Dom, 1986), estando dicha mortalidad asociada a la EDA, IRA (neumonías), meningitis, traumatismos y accidentes (Valerio R et al: Causas de muertes de niños en el Distrito Nacional, 1985, Bol Unidad Estud Espec 1987; 2: No. 2), teniendo en el 70% de los casos a la desnutrición proteico-energética como factor predisponente (Pineda Pérez Y et al: op cit).

#### Mortalidad Materna (MM).-

Son también escasas y poco precisos los informes sobre mortalidad materna admitiéndose oficialmente una MM de 3 por 10000 nacidos vivos para el 1988 (Arias F: op cit), relacionadas a toxemia, hemorragias, sepsis y abortos (Arias F: op cit). Esta frecuencia de MM se elevaría a 5% si aceptamos un déficit informativo de un 40%, cifras muy por debajo de la estimada de 10 a 20% (SESPAS: División de Estadística) hasta hace poco tiempo.

### El Bajo Peso al Nacer (BPN) y la Prematuridad.-

El análisis de la MI señala una mayor frecuencia de mortalidad neonatal (CONAPOFA: op cit; CONAPOFA-CELADE, op cit) asociada particularmente al diagnóstico de prematuridad según los Certificados de Defunción (Valerio R: op cit) y al Bajo peso al Nacer y Prematuridad (CENISMI: Monitoreo de las Políticas Económicas y el Bienestar Infantil, op cit).

El bajo peso al nacer (peso  $<$  2500 g) presentó una prevalencia de alrededor del 15% en los grandes hospitales de maternidad de la ciudad de Santo Domingo, sin grandes cambios en dicha prevalencia durante los últimos 12 años (CENISMI: El Bajo Peso al Nacer en la Rep Dom, Reunión Técnica III, 1987) cifra que por otra parte es difundida nacional e internacionalmente (UNICEF: Situación Mundial de la Infancia, 1989), sin embargo, un estudio realizado en 1987 por la Universidad de Tuft y la USAID en la República Dominicana en varios hospitales del país, aunque no siguiendo un método idóneo respecto a la información analizada (Revisión retrospectiva de los protocolos hospitalarios), señaló una prevalencia de alrededor de 10% (Johnson FC: Nutritional Status in the Dominican Republic, Appendix 2: Examination of Birthweight data. Tuft University School of Nutrition/USAID Nutrition Survey. A report to USAID in Sto Dgo), que si bien es menor que la de los grandes hospitales de maternidad donde se concentran poblaciones de riesgo, es superior al promedio latinoamericano (9%, CLAP).

La prematuridad (nacimiento  $<$  37 semanas) constituye el 21% de los nacidos con Bajo Peso en el estudio de cohortes de nacidos en hospitales de Sto Dgo y de las regiones IV y VI (CENISMI: Monitoreo de las políticas económicas, op cit), dejándo entrever que el 79% está potencialmente relacionado a otros factores diferentes a la prematuridad, tales como la mala nutrición y alimentación materna. Este último estudio demuestra, por otra parte, la alta prevalencia de Bajo Peso al Nacer en madres jóvenes ( $<$  20 años) así como la alta frecuencia de estas últimas.

Por otra parte la encuesta nutricional realizada por el CENISMI en 1987, señaló que el 13% de los desnutridos ( $< -1DE$ ) habían tenido BPN y que el 50% de los que nacieron con BPN se habían desnutrido (CENISMI): Desnutrición, 1987).

#### La desnutrición proteico-energética.-

Ante el colapso del programa de vigilancia nutricional de la SESPAS, cuyo último informe oficial data del 1984 (Mendoza, HR), deja al estudio realizado por el CENISMI en el 1987 como el más reciente al respecto, con cobertura nacional y una metodología en la selección muestral que potencialmente asegura una representatividad nacional no sólo cuantitativa sino cualitativa en cuanto a la heterogenicidad socio-económica de la población (CENISMI: Desnutrición, 1987), y que señala una prevalencia de 29% de niños menores de 5 años con déficit de peso para edad  $< -1DE$  y 5.8%  $< -2DE$ , valores por debajo de los señalados por otros estudios realizados en momentos temporales cercanos pero con metodología de selección muestral centralizada en sectores de riesgos y que arrojan una prevalencia en  $< -1DE$  entre el 37 y 50% (CONAPOFA: DHS, 86; Universidad de Tuft, 1986-87; COLEMONT M: 1988), y que sugieren el impacto que dicha situación potencialmente tiene sobre la morbi-mortalidad infantil y de niños. El 70% de los fallecidos en el HRRC, en 1988, estuvo asociado a desnutrición proteico-energética.

Todos los estudios señalados, tienden a puntualizar la alta prevalencia del déficit de talla según edad equivalente a un 22% de niños por debajo de  $< -2DE$  (CENISMI, op cit) entreviéndose con ello los potenciales efectos secuelares de la desnutrición, que sin embargo, no son tan marcados como en otras situaciones regionales (Johnson C: op cit) al analizar las características de las puntuaciones Z.

Por otra parte, el déficit de peso/talla, expresión de la desnutrición crónica, señala en los diversos estudios, una prevalencia baja (1.8%) pero consti-

tuyendo el 33% de los déficit de peso/edad (CENISMI, op cit), insinuando la importancia de la desnutrición aguda, principalmente asociada a diarrea (Johnson C: op cit), en el espectro causal del déficit de peso/edad (desnutrición).

Todos los estudios recientes coinciden en señalar la asociación de los estados de desnutrición con la pobreza económica, factores de higiene ambiental y aspectos culturales y educativos de la población.

La posibilidad de un decrecimiento o incremento de la prevalencia de desnutrición no puede asegurarse por los datos más recientes ofrecidos, ya que los diversos métodos utilizados para su cuantificación varían de un estudio a otro; de todas maneras, dos grandes hechos deben ser considerados. Por una parte el deterioro de la situación económica nacional particularmente para los sectores de más bajo ingreso, y las diversas acciones de salud influyentes en el estado nutricional de los niños tales como la vacunación contra el sarampión que ha reducido la morbimortalidad por dicha enfermedad y la ampliación de la terapia de rehidratación oral en la EDA.

El posible establecimiento de un programa nacional (PLANSI) a nivel de las comunidades que tenga como eje central el control del crecimiento (Peso) y alrededor del cual giren los demás componentes de salud primaria con verdadera integración de las familias, puede visualizarse con perspectivas optimistas a juzgar por los resultados de los programas ejecutados en 70 comunidades rurales por CARITAS DOMINICANA, donde se demuestra una reducción de 44% en la desnutrición (peso  $< -2DE$ ) contrario a una reducción de 5%, en el mismo período de tiempo (1983-86) en los programas de la SESPAS (Centros de Recuperación Nutricional, repartición de alimentos), sin detectarse diferencias de prevalencia entre las comunidades con programas de la SESPAS y aquellos sin programas (Catholic Relief Services/CARITAS DOMINICANA: Evaluación del Impacto de un programa de nutrición aplicada en la República Dominicana, 1983-1986); estudio que debe servir de modelo en el proceso de desarrollo de las mejores estrategias para enfocar el problema de la desnutrición proteico-energética en las comunidades de riesgos, tanto rurales como urbanas.

### La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA).-

La EDA continúa constituyendo la enfermedad definida más frecuentemente asociada a muerte de niños en la República Dominicana, aunque desde mediado de la década actual se nota una tendencia decreciente en las muertes por diarrea (Fernández F: Situación de la enfermedad diarreica aguda en República Dominicana, 1989, Documento de trabajo), quizás unido a la extensión del uso de la TRO que en 1987 alcanzó un 51% aunque el uso de las sales fue sólo de 34%, no obstante más alto que en años anteriores (CENISMI: EDA/IRA, 1987).

La EDA continúa siendo por otra parte la tercera causa de consulta en los hospitales del Estado así como la primera causa de muerte y de egresos en dichos hospitales (Fernández F: op cit).

Los datos más fidedignos respecto a la situación de EDA continúan siendo los del estudio sobre EDA e IRA del CENISMI en 1987, y donde se señala que las mismas constituyen el 94% de la morbilidad general de los niños menores de 5 años, superando la primera (80%) a la segunda (59%).

La prevalencia de EDA fue, según dicho estudio, de 27% particularmente en las zonas urbanas.

Los datos señalaron una frecuencia de 6 episodios por niño por año con una incidencia (diarrea al momento de la encuesta) de 13%; sugiriendo estos datos un total de 7 millones de episodios por año. El promedio de duración de cada episodio diarreico fue de 5 días con una prevalencia de episodios diarreicos prolongados (> 15 días) de 8%; sugiriendo 30 días de enfermedad promedio por niño y por año, lo que unido a la frecuencia con que se reduce la alimentación durante el episodio diarreico (55%), ponen en evidencia los efectos de la enfermedad sobre el estado nutricional del niño, particularmente en los menores de 2 años (35%; CONAPOFA: op cit).

La EDA mostró una tasa de mortalidad de 5% en los menores de 5 años, 19% en los menores de 1 año y 1% en los de 1-4 años. El 48% de las muertes de los menores de 1 año estuvo unido a la enfermedad, el 31% de los de 1 a 4 años. La

mortalidad fue mayor en las áreas urbanas. La proyección de estos datos a la población hizo considerar la posibilidad de 6000 fallecidos por diarrea para dicho año del 1987, 5000 en el primer año y 1000 de los niños de 1 a 4 años.

Aunque las actividades educativas y de adiestramiento para el personal de los servicios de Salud Pública, a través del llamado Plan Nacional de Supervivencia Infantil (PLANSI), dependiente de Salud Pública, continúan, así como para médicos y enfermeras, con la colaboración de las asociaciones médicas privadas, la cuantificación de dichas acciones se desconocen así como su potencial impacto. La realidad actual sobre la distribución de SRO y su utilización, así como los avances en su producción local son desconocidos.

#### Las infecciones respiratorias agudas (IRA)

Las IRA constituyen la segunda causa definida de muertes de niños, particularmente neumonía (Acosta-Peláez, M: Situación actual de la IRA en la República Dominicana, 1989. Documento de Trabajo), y la principal causa de consulta en los hospitales pediátricos (Informe estadístico HRRC, 1988).

Los estudios más completos sobre la situación de la IRA en la República Dominicana continúan siendo los del CENISMI (CENISMI: EDA/IRA, 1987; Mendoza H et al: Frecuencia de la IRA en dos cohortes, Bol Unidad Estud Espec 1987; 2: No. 5) y donde se señala una prevalencia de 40%, mayor en el área rural, en relación potencial con un mayor índice de hacinamiento (3 persona/habitación), constituyendo el 81% de la morbilidad general y que señalan un total de 7 episodios por niño por año; insinuándose un total aproximado de 8 millones de episodios anuales, que con un 3% de casos graves, determinarían un total de 315000 casos que requerirían antibiótoterapia.

La mortalidad general de niños menores de 5 años asociada a IRA fue de 3% con 11% en el primer año y 0.6% en los niños de 1 a 4 años lo que proyectado a la población menor de 5 años sugiere un total de cerca de 3000 muertes por IRA, 3000 en el primer año y 500 en los niños de 1 a 4 años, observándose un 26% de las muertes en menores de 1 año asociada a la enfermedad y un 15% en los niños entre 1 y 4 años.



Los programas de la SESPAS a través del PLANSI se han mantenido en la procura de una definición de los elementos de clasificación de los grados de intensidad de las IRA y en el adiestramiento del personal, sin embargo, son inexistentes los datos respecto al nivel de actividad en desarrollo (Jouregui C: Asesoría al Programa de Control de las IRA en la República Dominicana, 1989).

#### Las enfermedades inmunoprevenibles.-

La introducción de las campañas de vacunación en el 1983 contra la polio-mielitis, difteria, tétanos, tosferina y sarampión determinaron un aceleramiento en la reducción del número de casos de las mismas, notorio particularmente en la polio-mielitis, al punto de no haberse registrado casos en los últimos 2 años, esperándose la declaración de erradicación para el año de 1990, sin embargo, para este año del 1989, se ha hecho notorio un decaimiento en las actividades de vacunación tanto regulares como de campañas con evidencias en la calidad de las mismas, señalándose del 1987 al 1989 un incremento en las notificaciones de tétanos del RN y tosferina pero sobre todo del sarampión\* (Peguero S y Martínez J: Estado actual de las enfermedades inmunoprevenibles, PAI; Documento de trabajo) disminuyendo la expectativas de control y potencial erradicación de esta última enfermedad.

La cobertura real obtenida hasta el presente con los programas de vacunación es difícil de estimar como consecuencia de los inadecuados sistemas de registro, señalándose, sin embargo, una cobertura para menores de un año de 70% (3 dosis) para polio, 43% (3 dosis) para DPT y 43% para sarampión y 35% para BCg (Martínez J; PAI, Rep Dom, 1989), con aparente mejoría en la cobertura de polio y sarampión comparado con 1988, contrastando esta última con el incremento en el número de casos de sarampión sugiriendo mejores investigaciones epidemiológicas al respecto.

---

\*) La prevalencia por 100000 habitantes pasa de 7.4/100000 en 1987 a 16.9/100000 en los primeros 9 meses del 1989 (Dept de Informática, SESPAS; CENISMI: Estado actual de las enfermedades inmunoprevenibles en la Rep Dom, Serie de Reuniones Técnicas, II, 1988; Peguero S y Martínez J: op cit).

### Lactancia Materna.-

Nuevas informaciones sobre la situación de la lactancia materna en el último año escasean (Díaz-Gómez CE: Situación de la lactancia materna en la República Dominicana, 1989, Documento de trabajo), aceptando como válido aún los datos obtenidos en la encuesta sobre los patrones de Lactancia Materna realizada en el 1986 (Gómez E et al: Patrones de Lactancia Materna en el Distrito Nacional, Bol Unidad Estud Espec 1987; 2: No. 8) y la encuesta sobre EDA/IRA del CENISMI (1987) que señalan un inicio frecuente en la alimentación al pecho de los niños (89%) sobre todo en las áreas rurales (91%) acompañada sin embargo, de un destete precóz antes del cuarto mes de vida (38%) y ablactación incorrecta así como destete tardío; así mismo no parecen haber sido superados los aspectos negativos señalados por el estudio del INFACT (no publicado) del 1988 respecto a la intervención de las casas comercializadoras de leches en polvo en los hospitales públicos y privados, quienes reciben donaciones de las mismas, señalando también dicho estudio el decaimiento publicitario estimulando la lactancia materna, y fuera de la manutención de todos menos uno de los Banco de Leche creados en hospitales públicos, la promoción oficial persiste deficiente. La posible legislación sobre una conducta ética para la comercialización de las leches en polvo sigue pendiente.

No obstante, algunos avances han ocurrido en la estructuración y organización del Programa Nacional de Promoción de la Lactancia Materna a cargo del PLANSI, habiéndose definido sus objetivos y ejecutados algunas acciones particularmente en lo relativo a capacitación de personal de la SESPAS y organismos no gubernamentales así como la celebración de cursos para médicos, enfermeras y estudiantes de ambas ramas y otras afines, así como facilitando la coordinación entre agencias con los mismos objetivos. (Díaz-Gómez, CE: op cit); reforzamiento de los Bancos de Leche existentes y algunas actividades promocionales a través de medios de comunicación de masas; sin embargo, elementos que midan la situación imperante no se conocen.

Natalidad, Salud Materna y Planificación Familiar (PF).-

La tendencia decreciente según las tasas estimadas de la natalidad es evidente, observándose una tasa bruta de 33.6% en el primer quinquenio de la década y 31.3% en el segundo quinquenio, así como una tasa global de fecundidad de 4.7 y 3.7 respectivamente, hechos influyentes en forma decisiva no sólo en la salud materna sino en el descenso de la MI y mejores indicadores de salud infantil, hechos expresados con un estimado decreciente de la mortalidad general de 7.5 a 6.8% y una esperanza de vida de 64 a 65.9 años sobre todo de la mujer (64 a 68 años) (ONAPLAN, Div Pob y Empleo: Indicadores demográficos, 1989).

Indudablemente que uno de los factores más incidentes en la tendencia señalada viene dada por los efectos de los programas de planificación familiar (PF) que señala un incremento en el quinquenio 84-88 de un 34% en los establecimientos que ofrecen servicios de PF, siendo rurales la mayoría de los mismos.

El número de mujeres en PF aumentó sólo un 10% del 1986 al 1988, constituyendo el número total solo el 17% de las mujeres en edad fértil (MEF)\*, y el 26% de las mujeres en edad fértil que teóricamente serían potencialmente atendidas en los servicios de SESPAS, IDSS, FFAA, CEA\*\* equivalente al 65% de las mismas.

Ha sido notorio una aparente aceptación de los métodos anticonceptivos en edades más tempranas.

Para el año de 1988 el método más utilizado fue el uso de progestagenos (55%), seguido por los dispositivos intrauterinos (18.2%), esterilización quirúrgica (13%) y otros 13.2%.

Para el programa de hombres, en el primer semestre del 1989, estaba inscriptos 24268 usuarios, equivalente al 1% de los hombres  $\geq$  15 años\*\*\*,

---

\*) 305773/1799242 = 17%

\*\*) 305773/1169507 = 26%

\*\*\*) 24268/2262709 = 1%

potencialmente atendibles por SESPAS, IDSS y FFAA, con 223 puestos activos de entrega de servicios (García B: Natalidad y planificación familiar en la República Dominicana, Documento de trabajo, 1989).

Los pocos estudios existentes sobre nutrición materna no son recientes y los mismos señalan elementos de desnutrición crónica o secuela nutricional (talla baja, 12%), peso bajo y anemia durante el embarazo (43%) (Mendoza HR: et al: Arch Dom Ped 1980; 16:79-85; 16: 177-182). Es notorio que la mayoría de los más recientes estudios señalan una alta frecuencia de atención calificada durante el embarazo y el parto (CONAPOFA: DHS, 1986; Research Foundation/USAID: Encuesta de hogares sobre demanda de servicios de salud en la República Dominicana, 1987; CENISMI: Monitoreo de las Políticas Económicas y el Bienestar Infantil, op cit), sin embargo, en el primero de los estudios sólo el 66% fue atendido por médico durante el embarazo y 54% durante el parto. Por otra parte alrededor del 30% sólo habían tenido 3 consultas o menos. Este mismo estudio señala que el 89.7% de las embarazadas habían sido vacunada contra el tétanos lo que corroboraba con el descenso notado hasta el 1988 del tétanos neonatal, pero que, sin embargo, el aumento de este último en 1989 sugiere un deterioro de tal situación.

El estudio de Garib en 1988 sobre MM en el Hospital de Maternidad de Santo Domingo puntualiza a la infección como el factor más importante de causa de muerte (37.8%), concordante con otros estudios previos, señalando este mismo estudio los riesgos más frecuentemente asociados a MM, destacando la primiparidad y multiparidad (> 5 hijos), la edad materna, la cantidad y calidad de las consultas pre-natales y el tiempo de hospitalización al encontrar más muertes en las hospitalizadas con más de 6 días, así como en el puerperio indicando ello la importancia de las infecciones en la MM y la importancia de mejorar la higiene institucional. (Garib Z: Mortalidad Materna en el Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altigracia de Sto Dgo, Depto de Salud Pública, UASD (Mimeo).

REUNION TECNICA SOBRE LA SITUACION DE SALUD  
MATERNO-INFANTIL EN LA REPUBLICA DOMINICANA, 1989

7 DE DICIEMBRE DEL 1989

HOTEL SANTO DOMINGO SUR

PROGRAMA

8:30 - 8:35	Introducción y metodología de trabajo	H. Mendoza, Director CENISMI
8:35 - 8:45	Mortalidad infantil y materna en la Rep. Dominicana	F. Arias, Director Informática, SESPAS J.M. Herrera, SESPAS
8:45 - 9:00	Mortalidad infantil rural	
9:00 - 9:15	Natalidad y planificación familiar en la Rep. Dominicana	B. García, Director Médico, CONAPOFA, SESPAS
9:15 - 9:30	Causas de muertes de niños en Rep. Dom.	H. Mendoza, CENISMI
9:30 - 9:45	Causas de muertes maternas en la Rep. Dom.	E. Rosario, Director Gin-Obst, Hosp. Aybar, Sto. Dgo.
9:45 - 10:15	Discusión	
10:15 - 10:30	Café	
10:30 - 10:45	Estado actual de las enfermedades 'inmuno- prevenibles	S. Peguero, PLANSI J. Martínez, PAI F. Fernández, PLANSI
10:45 - 11:00	Situación actual de la EDA en la Rep. Dom.	
11:00 - 11:15	Estado presente de la IRA en la Rep. Dom.	M. Acosta, PLANSI
11:15 - 12:00	Discusión	
12:30 - 1:30	Almuerzo	
2:00 - 2:15	El bajo peso al nacer en Rep. Dom.	L. Rivera, Dept. de Pediatria, HMNSA
2:15 - 2:30	Vigilancia nutricional en la Rep. Dom.	N. Didiez, Director División de Nutrición, SESPAS
2:30 - 2:45	Estado actual de la lactancia materna en la Rep. Dom.	C. Díaz, PLANSI
2:45 - 3:00	Discusión	
3:30 -	Fin de la Reunión	

## PATROCINADORES



GRUPO FINANCIERO POPULAR

NESTLE DOMINICANA