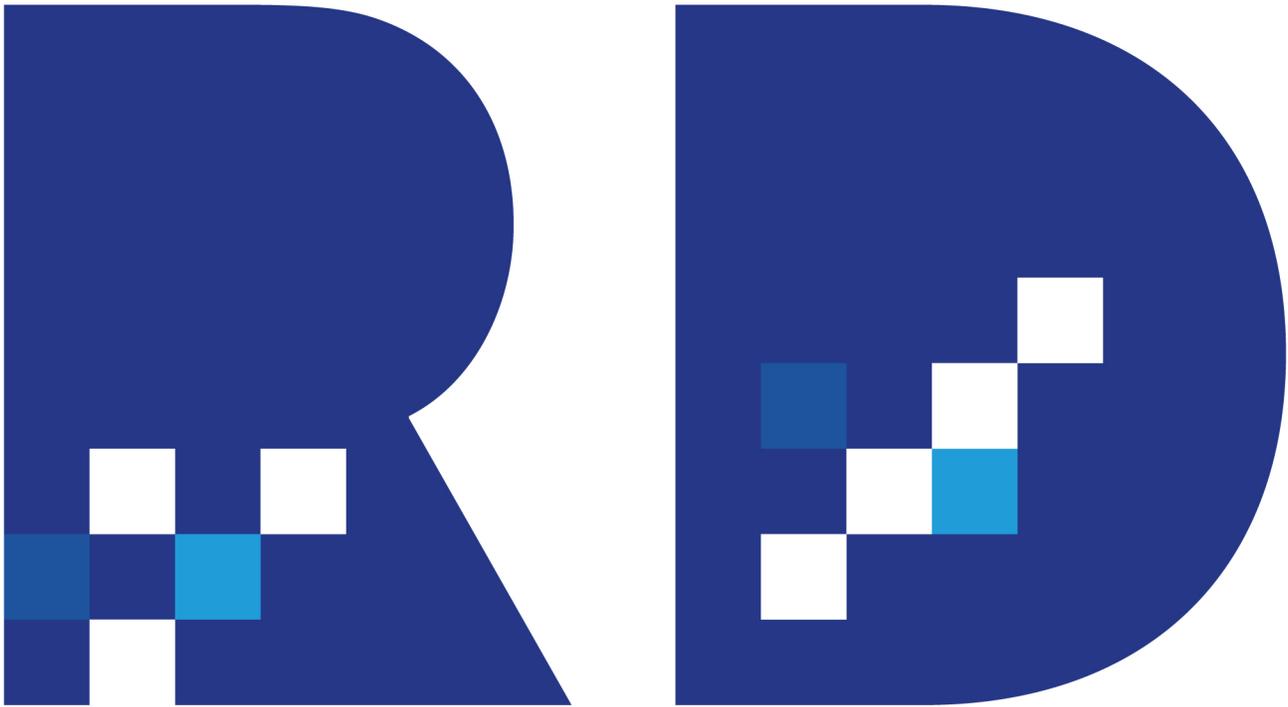


Embarazo en la Adolescencia en la República Dominicana

Nota de política del Banco Mundial
Enero 2021



Asociación Internacional de Fomento
Práctica Global de Macroeconomía, Comercio e Inversión
Región de Latinoamérica y el Caribe

© 2021 Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial

1818 H Street NW, Washington, DC 20433
Teléfono: 202-473-1000; Internet: www.worldbank.org

Todos los derechos reservados

La presente obra es producto del personal del Banco Mundial y fue publicada originalmente en inglés en el 2021, con el título Adolescent Pregnancy in the Dominican Republic. Las opiniones, las interpretaciones y las conclusiones aquí expresadas no son necesariamente reflejo de la opinión del Directorio Ejecutivo del Banco Mundial ni de los países representados por este. El Banco Mundial no garantiza la exactitud de los datos que figuran en esta publicación. Las fronteras, los colores, las denominaciones y demás datos que aparecen en los mapas de este documento no implican juicio alguno, por parte del Banco Mundial, sobre la condición jurídica de ninguno de los territorios, ni la aprobación o aceptación de tales fronteras.

Nada de lo aquí contenido constituirá ni podrá considerarse una limitación ni una renuncia de los privilegios y las inmunidades del Banco Mundial, todos los cuales están reservados específicamente.

Derechos y Permisos

El material de este trabajo está sujeto a derechos de autor. Debido a que el Banco Mundial fomenta la difusión de su conocimiento, este trabajo puede ser reproducido, en su totalidad o en parte, con fines no comerciales, siempre que se dé la atribución completa a este trabajo.

Atribución - La obra debe citarse de la siguiente manera: "Banco Mundial. 2021. Embarazo en la Adolescencia en la República Dominicana. © Banco Mundial".

Toda consulta sobre derechos y licencias deberá enviarse a la siguiente dirección: World Bank Publications, The World Bank Group, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, EE. UU.; fax: 202-522-2625; correo electrónico: pubrights@worldbank.org.

Coordinación editorial: Alejandra De La Paz y Johannes Herderschee.

Diseño: Davidaniel Santos (Dávido Cúbico).

Traducción al castellano: Juan Carlos Liceaga.

REPÚBLICA DOMINICANA

AÑO FISCAL DEL GOBIERNO

1 de enero - 31 de diciembre

EQUIVALENCIAS MONETARIAS

Unidad monetaria: peso dominicano (RD\$)

(Tipo de cambio vigente al 20/5/2020)

US\$1.00 = RD\$55.45

Tabla de contenidos

Abreviaturas y acrónimos	ix
Agradecimientos	xiii
Resumen ejecutivo	xv
I. Introducción	1
II. Tendencias del embarazo en la adolescencia	3
II.1 Embarazo en la adolescencia temprana y tardía	3
II.2 Tasas de embarazo en la adolescencia en la perspectiva internacional	7
II.3 Factores asociados con el embarazo en la adolescencia	11
II.4 Efectos del embarazo en la adolescencia	23
III. Políticas, programas y gasto público en el embarazo en la adolescencia en la República Dominicana	27
III.1 Políticas y planes	27
III.2 Programas de prevención del embarazo en la adolescencia y apoyo a las madres adolescentes	29
III.3 Gasto público en programas de prevención del embarazo en la adolescencia y apoyo a las madres adolescentes	33
IV. Efectividad de los programas de prevención y protección del embarazo en la adolescencia	37
IV.1 Cobertura de los programas entre las adolescentes tardías	37
IV.2 Participación en programas sociales y otras intervenciones y la incidencia del embarazo en la adolescencia	39
V. Conclusiones y recomendaciones	45
Bibliografía	49
Apéndices	52

Lista de figuras

Figura 1.	Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que declaran haber tenido su primer hijo antes de los 20 años, 1991-2013	4
Figura 2.	Número de nacimientos por grupo de edad materna, 2001-2019	4
Figura 3.	Población femenina por grupo de edad, 2000-2019	4
Figura 4.	Porcentaje de la población sin acta de nacimiento, por grupo de edad y quintil de ingreso, 2002-2018	5
Figura 5.	Tasas de embarazo en la adolescencia por grupo de edad materna y ubicación rural/urbana, 1991-2013	5
Figura 6.	Relación entre la incidencia de embarazos en la adolescencia en las zonas rurales y urbanas por grupo de edad materna, 1991-2013	6
Figura 7.	Tasas de embarazo en la adolescencia por grupo de edad materna y quintil de ingreso del hogar, 1996 y 2013	6
Figura 8.	Relación entre las tasas de embarazo en la adolescencia en el quintil de ingreso más pobre y todos los demás quintiles por grupo de edad materna, 2007 y 2013	7
Figura 9.	Tasas de fecundidad en la adolescencia tardía por región y grupo de ingresos, 2017	8
Figura 10.	Tasas de embarazo en la adolescencia tardía en la República Dominicana en comparación con los promedios mundiales y regionales, 1960-2017	8
Figura 11.	Puntuaciones en el Índice de Capital Humano y tasas de embarazo en la adolescencia tardía en los países de ingreso alto y medio alto, 2017	9
Figura 12.	Tasas de mortalidad materna y tasas de embarazo en la adolescencia tardía en los países de ingreso alto y medio alto, 2017	9
Figura 13.	Tasas de mortalidad neonatal y tasas de embarazo en la adolescencia tardía en países de ingreso alto y medio alto, 2017	10
Figura 14.	Tasas de mortalidad infantil y tasas de embarazo en la adolescencia tardía en los países de ingreso alto y medio alto, 2017	10
Figura 15.	Tasa de embarazo en la adolescencia tardía y PIB real per cápita en la República Dominicana, 1960-2017	11
Figura 16.	Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que declaran haber estado embarazadas, por región, 2018	13
Figura 17.	Porcentaje de adolescentes que declaran haber estado embarazadas, por situación educativa y laboral actual, 2018	15
Figura 18.	Razones por las que las adolescentes tardías abandonaron la escuela o la universidad durante su primer embarazo, 2018	15
Figura 19.	Razones por las que las adolescentes tardías abandonaron la escuela o la universidad después del nacimiento de su primer hijo, por nivel socioeconómico del hogar, 2018	15
Figura 20.	Porcentaje de adolescentes tardías con menos años de escolaridad de los que se esperarían para su edad, por historial de embarazo y nivel socioeconómico, 2018	16
Figura 21.	Edad de la primera relación sexual de las adolescentes tardías por nivel socioeconómico e historial de embarazo, 2018	18
Figura 22.	Razones de las adolescentes tardías que nunca han tenido relaciones sexuales para posponer las relaciones sexuales, 2018	18
Figura 23.	Consecuencias negativas del matrimonio o la unión sexual a temprana edad citadas por las adolescentes tardías, 2018	19
Figura 24.	Aspectos positivos del matrimonio o la unión sexual a temprana edad citados por las adolescentes tardías, 2018	19
Figura 25.	Presupuesto anual para la prevención del embarazo en la adolescencia dentro del marco de PROSOLI, por programa, 2015-18	34

Figura 26.	Porcentaje de adolescentes tardías que han tenido relaciones sexuales y que informan utilizar un método anticonceptivo moderno, por características socioeconómicas e historial de embarazo, 2018	38
Figura 27.	Fuentes de anticoncepción entre las adolescentes tardías que han tenido relaciones sexuales, por características socioeconómicas e historial de embarazo, 2018	39
Figura 28.	Fuente de asistencia preferida sobre inquietudes relacionadas con la salud reproductiva, por características socioeconómicas e historial de embarazo, 2018 (%)	40

Lista de tablas

Tabla 1.	Tasas de embarazo en la adolescencia tardía por características socioeconómicas y ubicación, 2018	12
Tabla 2.	Incidencia de los embarazos perdidos o abortados entre las adolescentes tardías, por zona rural/urbana y situación socioeconómica, 2018 (%)	14
Tabla 3.	Nivel educativo de las adolescentes tardías, por historial de embarazo y matriculación educativa o situación laboral, 2018	17
Tabla 4.	Probabilidad de embarazo en la adolescencia tardía	21
Tabla 5.	Efecto del embarazo en la adolescencia temprana y tardía en la participación en el mercado laboral, el nivel educativo y la dependencia de los programas sociales entre las mujeres jefas de hogar de entre 20 y 30 años	24
Tabla 6.	Disminución esperada de la tasa global de embarazos en la adolescencia bajo el PREA, 2019-2023	28
Tabla 7.	Programas gubernamentales destinados a prevenir el embarazo en la adolescencia y a apoyar a las madres adolescentes, 2012-2018	30
Tabla 8.	Programas destinados a prevenir el embarazo en la adolescencia, a apoyar a las madres adolescentes o a proporcionar educación sexual y reproductiva, por número de beneficiarios, 2015-2019	32
Tabla 9.	Gasto público en programas de prevención del embarazo en la adolescencia, apoyo a las madres adolescentes y educación en materia de salud sexual y reproductiva, 2018-19	33
Tabla 10.	Porcentaje de adolescentes que han visitado un centro de salud en los últimos 12 meses, por tipo de servicio de salud solicitado, tipo de establecimiento e historial de embarazo, 2018	35
Tabla 11.	Porcentaje de adolescentes que informan haber asistido a una clase en la escuela o universidad en la que se impartió información sobre anatomía humana y fisiología reproductiva, por características socioeconómicas e historial de embarazo, 2018	38
Tabla 12.	Fuentes de información de las adolescentes tardías sobre salud sexual y reproductiva, por historial de embarazo, 2018 (%)	40
Tabla 13.	Correlaciones estadísticas entre la participación en programas sociales y otras intervenciones y la probabilidad de embarazo en la adolescencia tardía	42
Tabla A. 14.	Marco jurídico que soporta los programas de prevención y protección del embarazo en la adolescencia	52
Tabla A. 15.	Edad media en la primera relación sexual de las adolescentes de 15 a 19 años, por educación en SSR, área de residencia, grupo socioeconómico de la familia y años de estudio, 2018	55

Abreviaturas y acrónimos

ACE	Acuerdo de compra de energía
ADESS	Administradora de Subsidios Sociales
AIB	Análisis de incidencia de beneficios
AFP	Administradora de Fondos de Pensiones
ARS	Administradoras de Riesgos de Salud
ASPIRE	Atlas de Protección Social: Indicadores de Resiliencia y Equidad
ASS	África Subsahariana
BCRD	Banco Central de la República Dominicana
BEEP	Bono Escolar Estudiando Progreso
CAFI	Centro de Atención a la Infancia y la Familia
CAID	Centro de Atención Integral para la Discapacidad
CAIPI	Centro de Atención Integral a la Primera Infancia
CEP	(Programa) Comer es Primero
CEPAL	Comisión Económica para América Latina
CND	Consejo Nacional de Drogas
CNPS	Consejo Nacional de Protección Social
CNSS	Consejo Nacional de la Seguridad Social
COE	Centro de Operaciones de Emergencias
CONADIS	Consejo Nacional de Discapacidad
CONANI	Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia
CONAPE	Consejo Nacional de la Persona Envejeciente
CORAA	Corporación del Acueducto y Alcantarillado
COVID-19	Enfermedad por Coronavirus SARS-CoV-2
CTC	Centros Tecnológicos Comunitarios
DIGEPEP	Dirección General de Programas Especiales de la Presidencia
DIGEPRES	Dirección General de Presupuesto
ENCFT	Encuesta Nacional Continua de la Fuerza de Trabajo
END	Estrategia Nacional de Desarrollo
FONPER	Fondo Patrimonial de las Empresas Reformadas
GCPS	Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales
GLP	Gas licuado de petróleo
IAD	Instituto Agrario Dominicano
ICV	Índice de calidad de vida
IDECOOP	Instituto de Desarrollo y Crédito Cooperativo
ILAE	Incentivo a la Asistencia Escolar
INABIE	Instituto Nacional de Bienestar Estudiantil
INAIFI	Instituto Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

INAPA	Instituto Nacional de Aguas Potables y Alcantarillados
INAVI	Instituto de Auxilios y Viviendas
INB	Ingreso Nacional Bruto
INDOTEL	Instituto Dominicano de las Telecomunicaciones
INDRHI	Instituto Nacional de Recursos Hidráulicos
INESPRE	Instituto de Estabilización de Precios
INFOTEP	Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional
INVI	Instituto Nacional de la Vivienda
ISSFFAA	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
JCE	Junta Central Electoral
JMP	WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme (for Water Supply, Sanitation and Hygiene)
LAC	Latinoamérica y el Caribe
MAP	Ministerio de Administración Pública
MAPRE	Ministerio Administrativo de la Presidencia
MEPyD	Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo
MICM	Ministerio de Industria, Comercio y Mipymes
MINERD	Ministerio de Educación de la República Dominicana
MIREX	Ministerio de Relaciones Exteriores
MISPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
MM	Ministerio de la Mujer
MMARN	Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales
MT	Ministerio de Trabajo
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ODS	Objetivos de desarrollo sostenible
ONE	Oficina Nacional de Estadística
OPRET	Oficina para el Reordenamiento del Transporte
PAE	Programa de Alimentación Escolar
PEISE	Plan Estratégico Sectorial para la Inclusión Social y Económica
PIB	Producto Interno Bruto
PNPSP	Plan Nacional Plurianual del Sector Público
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
POA	Plan Operativo Anual
PPA	Paridad de poder adquisitivo
PREA	Plan Nacional para la Reducción del Embarazo en Adolescentes
PRISS	Patronato de Recaudo e Informática de la Seguridad Social
PROCOMUNIDAD	Fondo de Promoción a las Iniciativas Comunitarias
PROMESECAL	Programa de Medicamentos Esenciales/Central de Apoyo Logístico
PROSOLI	Progresando con Solidaridad
PROVEE	Programa de Protección a la Vejez en Pobreza Extrema
PS	Protección social
PSA	Protección social adaptativa
PTMC	Programa de transferencias monetarias condicionadas
PV	(Programa de) Protección a la Vejez



RD	República Dominicana
RGP	Revisión del Gasto Público
SAS	Suministro de agua y saneamiento
SDSS	Sistema Dominicano de Seguridad Social
SENASA	Seguro Nacional de Salud
SFS	Seguro Familiar de Salud
SIGEF	Sistema Integrado de Gestión Financiera
SIPEN	Superintendencia de Pensiones
SISALRIL	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales
SISDOM	Sistema de Indicadores Sociales de la República Dominicana
SIUBEN	Sistema Único de Beneficiarios
SNPMRD	Sistema Nacional de Prevención, Mitigación y Respuesta ante Desastres
SNS	Servicio Nacional de Salud
SSR	Salud sexual y reproductiva
SVDS	Seguro de vejez, discapacidad y supervivencia

Vicepresidente: Carlos Felipe Jaramillo

Director de País: Michel Kerf

Director de Práctica Global: Marcello Estevão

Gerente de Sector: Jorge Thompson Araujo

Líder del Equipo de Trabajo: Johannes Herderschee y Miriam Montenegro

Agradecimientos

La presente Nota de Política forma parte de un diálogo permanente entre el personal del Banco Mundial y los Ministerios de Hacienda y de Economía, Planificación y Desarrollo de la República Dominicana. En la Secretaría de Hacienda, la tarea fue dirigida por el Sr. José Luis Actis, Asesor del Ministro, y apoyada por Paola María Vargas Antigua, Coordinadora, y Camila Hernández Villamán, Economista. En el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, la tarea fue dirigida por Martín Franco, Coordinador de la Unidad de Finanzas Públicas de la UAAES, y Paula Salvador, Coordinadora de Proyecto del Grupo del Banco Mundial. Se invitó a expertos de los ministerios del sector a colaborar con el equipo del Banco Mundial en la preparación de cada capítulo. A petición del Gobierno de la República Dominicana, la Agencia Francesa de Desarrollo (Agence Française de Développement, AFD) brindó apoyo financiero a este proyecto. La Directora de la AFD, Sandra Kassab, desempeñó un papel decisivo en la preparación del análisis. Eleonore Pocry, Oficial de País a cargo de la República Dominicana y Martinica, Gwenola Pellen, Oficial de Adquisiciones, en París, y Lucas Giménez, Oficial de Proyectos, en Santo Domingo, brindaron valiosas aportaciones.

Esta RGP fue preparada por un equipo interdisciplinario encabezado por personal del Banco Mundial. Johannes (Han) Herderschee (Economista Principal de País) coordinó el equipo en estrecha colaboración con Craig Kullmann (Especialista Senior en Suministro de Agua y Saneamiento, SLCWA), Miriam Montenegro (Especialista Senior en Protección Social, HLCSP), James Sampi Bravo (Economista, ELCMU), Anjali Shahani (Oficial de Operaciones, LCC3C) y Carmen Amaro (Oficial de Operaciones, LCCDO). El equipo se benefició de la orientación y el asesoramiento proporcionados por Jorge Araujo (Gerente, MTI), Rita Cestti (Gerente de Práctica, SLCWA) y Pablo Gottret (Gerente de Práctica, HLCSP). El equipo también desea agradecer la valiosa orientación y los comentarios generales proporcionados por Tahseen Sayed Khan (Directora de País para el Caribe), Michel Kerf (Director para Centroamérica y la República Dominicana), Alessandro Legrottaglie (Director de País hasta el 30 de junio de 2020), Alexandria Valerio (Directora de País desde el 1 de julio de 2020), Abha Prasad (Líder de Programa), Tim Johnston (Líder de Programa) y Vickram Cuttaree (Líder de Programa). Ricardo Habalian (Oficial de Operaciones, LCC3C) preparó el primer borrador del Resumen Ejecutivo con contribuciones de los miembros del equipo. Juan Carlos Parra Osorio (Economista Senior, ELCPV) asesoró en cuestiones de pobreza y en el análisis de impacto del gasto. Asimismo, agradece sinceramente a los colegas que contribuyeron en las diversas etapas del análisis, incluidos: Aline Coudouel (Economista Principal, HSASP), Mark Charles Dorfman (Economista Senior, HEASP), Henri Fortin (Especialista Principal en Gestión Financiera, EA2G2), Chris Heymans (Especialista Senior en Agua y Saneamiento, SAFW3), Phil Keefer (Asesor Económico Principal, BID), el profesor Thierry Madies (Universidad de Friburgo) y Guillermo Javier Vuletin (Economista Senior, LCRCE).

El equipo también desea agradecer a Oscar Parlbäck (Consultor) y Sean Lothrop (Consultor) por su valiosa ayuda en la revisión de los borradores y la edición de la RGP. Sylvaine Cussac (consultora) le dio formato al texto de esta versión y la compañía Davidaniel Santos @DavidoCubico llevó a cabo el diseño y diagramación del reporte. Alejandra De La Paz coordinó la diseminación del reporte. Giselle Velásquez (Asistente de Programa, ELCMU) apoyó enormemente este trabajo al facilitar de manera incansable todos los procesos administrativos. María Hermann (Asistente Ejecutiva en la oficina del Banco Mundial en Santo Domingo) y Samahara Hernández Angulo (Asistente de Equipo en la oficina de Santo Domingo) apoyaron las numerosas rondas de consulta de las misiones visitantes. La traducción en español fue preparada por Juan Carlos Liceaga.

La Nota de Política sobre el embarazo en la adolescencia fue preparada por un equipo dirigido por Miriam Montenegro (Especialista Senior en Protección Social, HLCSP) e integrado por María Concepción Steta Gándara (Especialista Senior en Protección Social, HLCSP), Magdalena Lizardo (Consultora, ELCMU), Marygracia Aquino (Consultora, ELCMU) y Daniel de la Rosa (Consultor, ELCMU). El equipo contó con el apoyo de los funcionarios nacionales, Rosa Suárez (Directora Técnica del Gabinete Social), Héctor Medina (Director de PROSOLI), Matilde Chávez (Directora del SIUBEN) y Julissa Holguín (Jefa de la Unidad de Políticas Públicas e Innovación del Gabinete Social). Representantes de estas diferentes instituciones que implementan programas de protección social también proporcionaron información durante la preparación de este informe. El equipo agradece los comentarios de la revisión por pares de Miriam Muller (Científica Social, ELCPV), Timothy Johnston (Líder de Programa, HLCDR) y Juan Barón (Economista Senior, HSAED).

Resumen ejecutivo

En la República Dominicana (RD), décadas de sólido crecimiento económico han dado lugar a mejoras sostenibles y de base amplia en el nivel de vida y la reducción de la pobreza, pero las tasas persistentemente elevadas de embarazo en la adolescencia siguen afectando negativamente la vida de las mujeres y las niñas en todo el país. La tasa de embarazo de jóvenes de 15 a 19 años de la RD es casi un 50 por ciento más alta que el promedio regional de Latinoamérica y el Caribe y más del triple del promedio de los países de ingreso medio alto de todo el mundo. Si las tendencias actuales continúan, la tasa de embarazos en adolescentes de la RD pronto superará el promedio del África subsahariana por primera vez desde la década de los 60. En la RD, al igual que en los países de todo el mundo, las altas tasas de embarazo en la adolescencia están asociadas con un aumento de la mortalidad infantil y materna, una disminución del nivel educativo de las mujeres y las niñas, una mayor desigualdad socioeconómica, una pobreza intergeneracional más persistente y una amplia gama de resultados sociales negativos, entre ellos la violencia doméstica y el abuso de sustancias. Para alcanzar sus objetivos de desarrollo económico y social y mantener su posición de líder regional en la reducción de la pobreza y la promoción de la prosperidad compartida, la RD debe abordar eficazmente tanto las causas como las consecuencias del embarazo en la adolescencia.

Hasta la fecha, los esfuerzos del gobierno por reducir la incidencia de los embarazos en la adolescencia han sido limitados, fragmentados y esporádicos. El gasto en políticas y programas que se centran directa o indirectamente en el embarazo en la adolescencia es muy modesto, y la falta generalizada de monitoreo y evaluación impide una evaluación empírica rigurosa del impacto del enfoque actual. Sin embargo, el análisis estadístico arroja luz sobre los factores a nivel individual, de hogar y comunitario que se asocian con un mayor riesgo de embarazo en la adolescencia.

Después de controlar las correlaciones cruzadas, la probabilidad de que una joven quede embarazada durante la adolescencia tardía se asocia positivamente con el matrimonio o la unión sexual a temprana edad, tener un nivel educativo más bajo y no estar activa en el mercado laboral o inscrita en la escuela. Si bien en términos absolutos las tasas de embarazo en la adolescencia son más altas en las zonas rurales y las regiones fronterizas, así como entre los hogares de menores ingresos y las mujeres inmigrantes que nacieron en Haití, estas relaciones desaparecen cuando se toman en cuenta factores circunstanciales. Después de controlar las correlaciones cruzadas, las tasas más altas de embarazo en la adolescencia se encuentran en las zonas urbanas y en las regiones de Higuamo y Valdesia, así como en los hogares no pobres y las mujeres nacidas en la RD.

El hecho de haber estado embarazada en la adolescencia se asocia con un menor nivel educativo y una mayor dependencia de los programas sociales. Las mujeres jefas de hogar de entre 20 y 30 años que fueron madres adolescentes tienen menos probabilidades que sus pares de haber completado la educación primaria, secundaria o terciaria y es más probable que dependan de programas

sociales públicos como Comer es Primero y el Seguro Familiar de Salud del Régimen Subsidiado. Además, el 31.1 por ciento de las adolescentes que informan haber estado embarazadas no asistieron a la escuela o a la universidad durante su primer embarazo y el 48.7 por ciento abandonaron la escuela después del nacimiento de su primer hijo. Casi todos los resultados negativos fueron más comunes entre las jefas de hogar que habían quedado embarazadas antes de los 15 años.

A pesar de las limitaciones de los datos, existe evidencia de que la participación a nivel individual, por hogar o comunitario en ciertos programas e iniciativas se asocia con menores tasas de embarazo en la adolescencia.

El hecho de haber recibido educación sobre salud sexual y reproductiva en la escuela o la universidad se correlaciona de manera significativa con tasas de embarazo más bajas, y la brecha entre las jóvenes que han tenido y no han tenido acceso a la educación sobre salud reproductiva se amplía entre los hogares más pobres. Es más probable que las adolescentes de todos los niveles de ingreso busquen información y apoyo relacionados con la salud sexual en un centro de salud que en cualquier otra fuente, y el acceso a los servicios de salud sexual en un centro de salud es especialmente crucial para las adolescentes de hogares en pobreza moderada y extrema. La participación a nivel municipal en el programa Jornada Escolar Extendida y la participación a nivel de hogar en Comer es Primero y Escuelas de Familia se asocian con una menor probabilidad de embarazos adolescentes tardíos, en tanto que las cam-

paññas de divulgación pública han sido limitadas y no se dispone de información sobre su efectividad.

El análisis presentado en esta nota de política da lugar a seis recomendaciones fundamentales.

Para aumentar la efectividad de sus esfuerzos por reducir el embarazo en la adolescencia, el gobierno debería: (i) implementar una estrategia integral para reforzar la educación en salud sexual y reproductiva, mejorar el acceso a los servicios de planificación familiar y fortalecer las habilidades socio-emocionales, las habilidades para la vida y el desarrollo de la autoestima y la agencia personal de las adolescentes (ii) emitir un decreto presidencial que defina el papel de cada organismo público involucrado en la implementación del Plan Nacional para la Reducción del Embarazo en Adolescentes (PREA), establecer mecanismos de monitoreo y evaluación y asignar presupuestos adecuados entre los organismos participantes; (iii) ampliar los programas sociales que se asocian con una menor probabilidad de embarazo en la adolescencia, incluyendo Jornada Escolar Extendida, Comer es Primero y Escuelas de Familia; (iv) desarrollar nuevos programas para ampliar el acceso a métodos anticonceptivos modernos y asegurar que los estudiantes reciban educación sobre salud reproductiva en las escuelas públicas; y (v) fortalecer la provisión de servicios integrales de salud reproductiva para adolescentes en hospitales y clínicas públicas, incluyendo la atención a madres adolescentes para evitar la repetición de embarazos en la adolescencia.



Introducción

En las últimas décadas, el robusto crecimiento económico y la reducción sostenida de la pobreza han hecho de la República Dominicana (RD) una historia de éxito regional, pero la tasa de embarazos en la adolescencia del país sigue siendo muy superior a la del promedio de Latinoamérica y el Caribe (LAC) y se acerca más a los niveles observados en el África subsahariana (ASS). Desde finales de la década de los 90, la tasa de fecundidad adolescente en la RD ha disminuido a un ritmo más lento que la de los países pares de LAC y ASS. Por ejemplo, en el período 2008-2017, la tasa media de crecimiento de la tasa de fecundidad adolescente en la RD fue de (-0.99 por ciento) en comparación con (-1.55 por ciento) en ASS. En 2017, la tasa de fecundidad adolescente en la RD alcanzó 94.3 (nacimientos por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años) en comparación con 102.8 en ASS. Si las tendencias actuales continúan, en 2033 la tasa de fecundidad adolescente en la RD superará el promedio de ASS por primera vez desde finales de los años 60.

El embarazo en la adolescencia plantea graves riesgos para las niñas y las mujeres jóvenes, incluidas elevadas tasas de mortalidad materna¹ e infantil, y está fuertemente correlacionado con el abuso sexual² y la violencia doméstica. El embarazo en la adolescencia también reduce de manera importante las oportunidades de las jóvenes para alcanzar un mejor nivel educativo, la productividad económica y la autonomía respecto de las decisiones reproductivas y la trayectoria general de sus vidas.³ Las consecuencias del embarazo en la adolescencia son especialmente graves si se producen en la adolescencia temprana (definida como entre los 10 y los 14 años) en vez de en la adolescencia tardía (entre los 15 y los 19 años),⁴ pero incluso el embarazo en la adolescencia tardía está asociado con consecuencias profundamente negativas para las jóvenes y sus familias.

¹ Chen et al. (2006), basándose en información de los Estados Unidos, muestran que el embarazo en la adolescencia aumenta los riesgos al nacer independientemente de la situación socioeconómica y la calidad de la atención prenatal. Count-Agudelo et al. (2005) presentan conclusiones similares utilizando información de Latinoamérica.

² Baumgartner, J. (2009).

³ Azevedo, J. et al. (2012).

⁴ Conde-Agudelo et al. (2005) informan que el riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo es cuatro veces mayor en las mujeres de 15 años o menos que en las de 20 a 24 años, mientras que para las de 16 a 19 años el riesgo es casi similar al de las mujeres de 20 a 24 años. De manera similar, la muerte neonatal temprana es mayor en los hijos de adolescentes de 15 años o menos en comparación con otras mujeres de 16 a 24 años.

Este informe analiza la tasa persistentemente alta de embarazos en la adolescencia en la RD, identifica sus principales determinantes y consecuencias, y evalúa la efectividad de las políticas y programas diseñados para ayudar a reducir el embarazo en la adolescencia y mitigar sus impactos personales y sociales adversos. Este informe presenta un conjunto de hechos estilizados sobre el embarazo en la adolescencia en la RD y utiliza un modelo econométrico para estimar

la importancia estadística de los factores de riesgo para el embarazo en la adolescencia y sus efectos negativos a nivel individual y de hogar. Finalmente, una evaluación del embarazo en la adolescencia temprana versus el embarazo en la adolescencia tardía revela importantes diferencias en sus causas e implicaciones. La información utilizada en este estudio procede de encuestas de hogares y de registros administrativos nacionales.⁵

⁵ Orc Macro/Measure Dhs +/CESDEM (1991, 1996, 2002, 2007, 2013); Encuestas Demográficas y de Salud (ENDESA); ONE-UNICEF (2016): Multi-Indicator Cluster Survey (MICS 2014); ONE (2018): Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR 2018); y Banco Central de la República Dominicana (2018): Encuesta Nacional Continua de Fuerza de Trabajo (ENCFT).

II.

Tendencias del embarazo en la adolescencia

Embarazo en la adolescencia temprana y tardía

En la RD, un porcentaje inusualmente alto de mujeres informan haber tenido su primer hijo antes de los 20 años, y un porcentaje mucho menor pero aún sustancial informa haber tenido un hijo antes de los 15 años. En 2013, más del 40 por ciento de las mujeres de 20 a 24 años informaron haber tenido su primer hijo antes de los 20 años: el 17.1 por ciento tuvo su primer hijo entre los 18 y los 19 años, el 20.7 por ciento entre los 15 y los 17 años y el 3.1 por ciento entre los 10 y los 14 años (Figura 1). En otras palabras, casi una cuarta parte de las mujeres de 20 a 24 años informaron que habían tenido su primer hijo a una edad en la que deberían estar terminando la educación primaria (10 a 14 años) o secundaria (15 a 17 años). MacQuarrie et al. (2017) encuentran que la curva de fecundidad adolescente en la RD comienza a aumentar a la edad de 12 años, por debajo de la edad mínima en países como Colombia, Guatemala, Haití, Honduras y Perú.⁶ En 2013, la proporción de niñas de entre 10 y 14 años que estaban casadas o cohabitaban con una pareja íntima era del 11 por ciento, la tasa más alta de LAC.⁷ Las tasas de matrimonio infantil y de uniones sexuales tempranas están fuertemente correlacionadas con el embarazo en la adolescencia temprana.⁸

La tasa de embarazos en adolescentes de la RD comenzó a aumentar en 1991, alcanzó su punto máximo en 2002 y se mantuvo prácticamente constante hasta 2013, el año más reciente para el que se dispone de datos comparables. En 1991, el 33.1 por ciento de las mujeres de 20 a 24 años informaron haber tenido su primer hijo antes de los 20 años. En 2002, este porcentaje había alcanzado el 43.7 por ciento, y en 2013 se mantuvo estadísticamente sin cambios en el 40.1 por ciento. El aumento general del embarazo en la adolescencia fue impulsado por un creciente porcentaje de mujeres que informaron haber tenido su primer hijo durante la adolescencia tardía. La proporción de mujeres que informaron haber tenido su primer hijo entre los 15 y los 17 años aumentó de 14.8 por ciento en 1991 a 20.7 por ciento en 2013, mientras que la proporción de las que informaron haber tenido su primer hijo entre los 18 y los 19 años aumentó de 15.7 por ciento en 1991 a 17.1 en 2013, en tanto que la proporción de las que informaron haber tenido su primer hijo entre los 10 y los 14 años se mantuvo estadísticamente sin cambios.

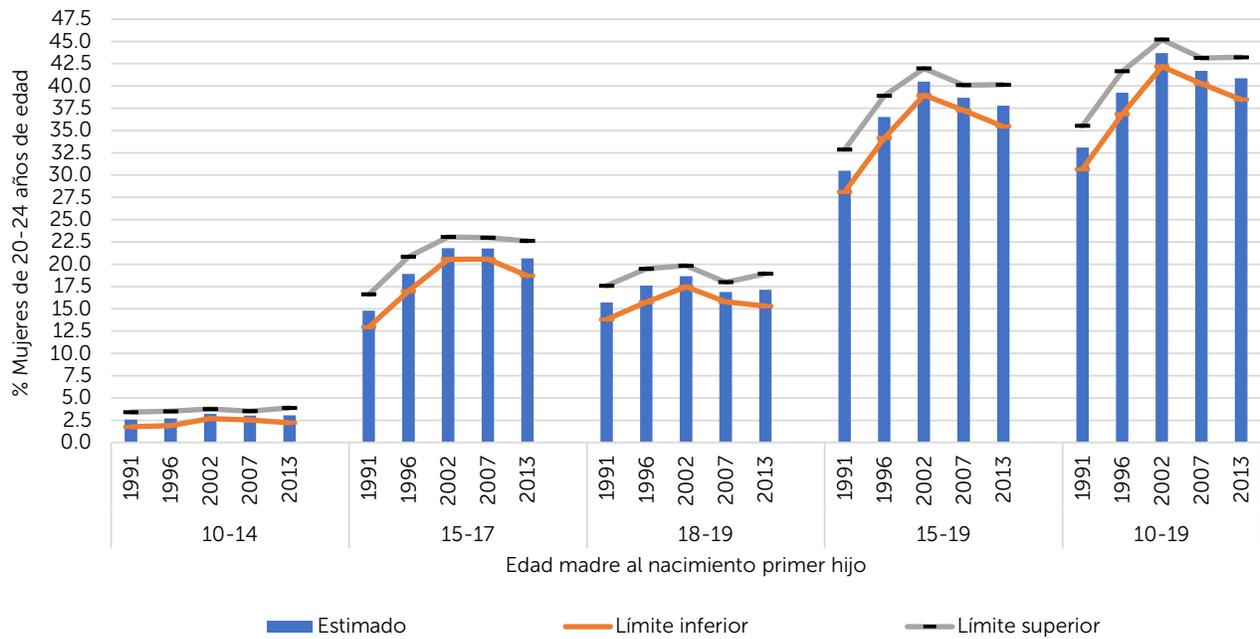
A pesar de la tasa persistentemente alta de embarazos en la adolescencia, las estadísticas nacionales indican que el número de nacimientos entre las adolescentes ha disminuido en la última década. El número de nacimientos entre las niñas de 10 a 14 años ha disminuido

⁶ MacQuarrie et al. (2017). Fig A6.6.

⁷ MacQuarrie et al. (2017). Pág. 15.

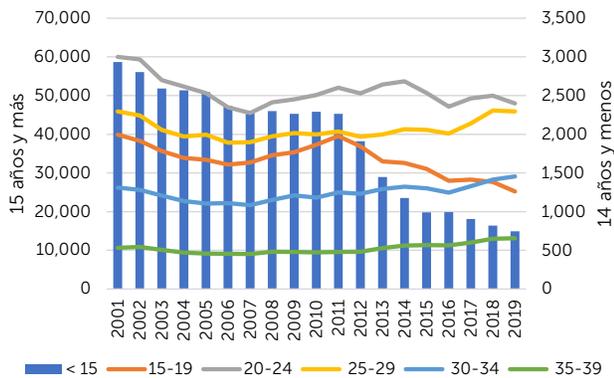
⁸ Banco Mundial-UNICEF (2017). Pág. 4.

Figura 1. Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que declaran haber tenido su primer hijo antes de los 20 años, 1991-2013



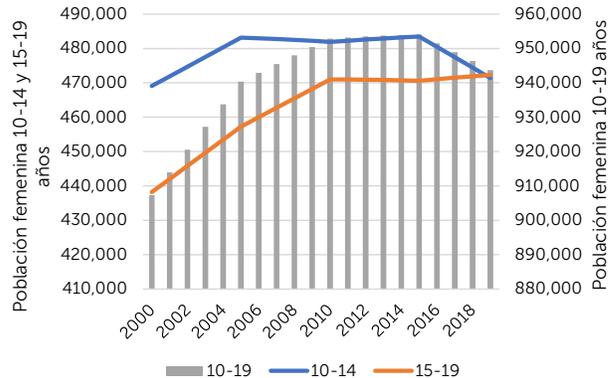
Fuente: Elaboración de los autores a partir de datos de ENDESA 1991, 1996, 2002, 2007, 2013.
 Nota: Intervalos de confianza del 95 por ciento.

Figura 2. Número de nacimientos por grupo de edad materna, 2001-2019



Fuente: Elaboración de los autores a partir de datos de ONE (2019).

Figura 3. Población femenina por grupo de edad, 2000-2019

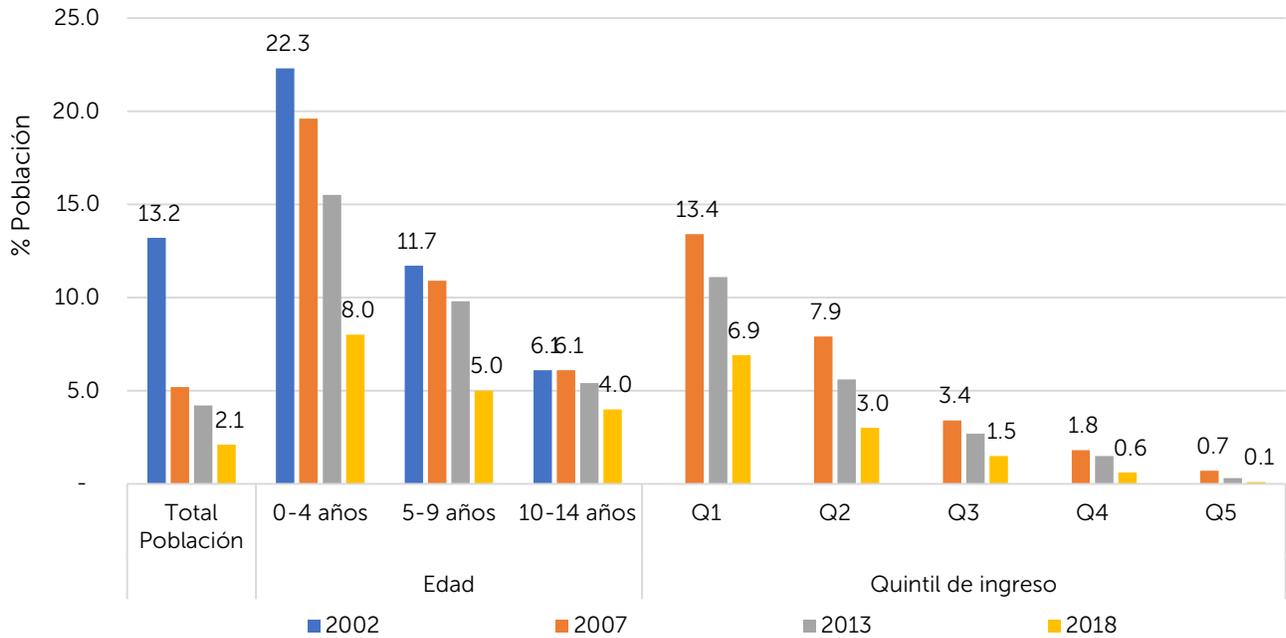


Fuente: Elaboración de los autores a partir de datos de ONE: <https://www.one.gob.do/demograficas/proyecciones-de-poblacion>

considerablemente desde 2001 y esta tendencia se aceleró en 2011, mientras que los nacimientos entre las jóvenes de 15 a 19 años también han disminuido constantemente desde 2011 (Figura 2). El aumento de la conciencia social sobre los riesgos y desafíos asociados con el embarazo en la adolescencia aumentó a fines de la década de los 2000, cuando el gobierno puso en marcha varios programas destinados a reducir la tasa de natalidad en la adolescencia. Dado que la proporción de la población femenina entre

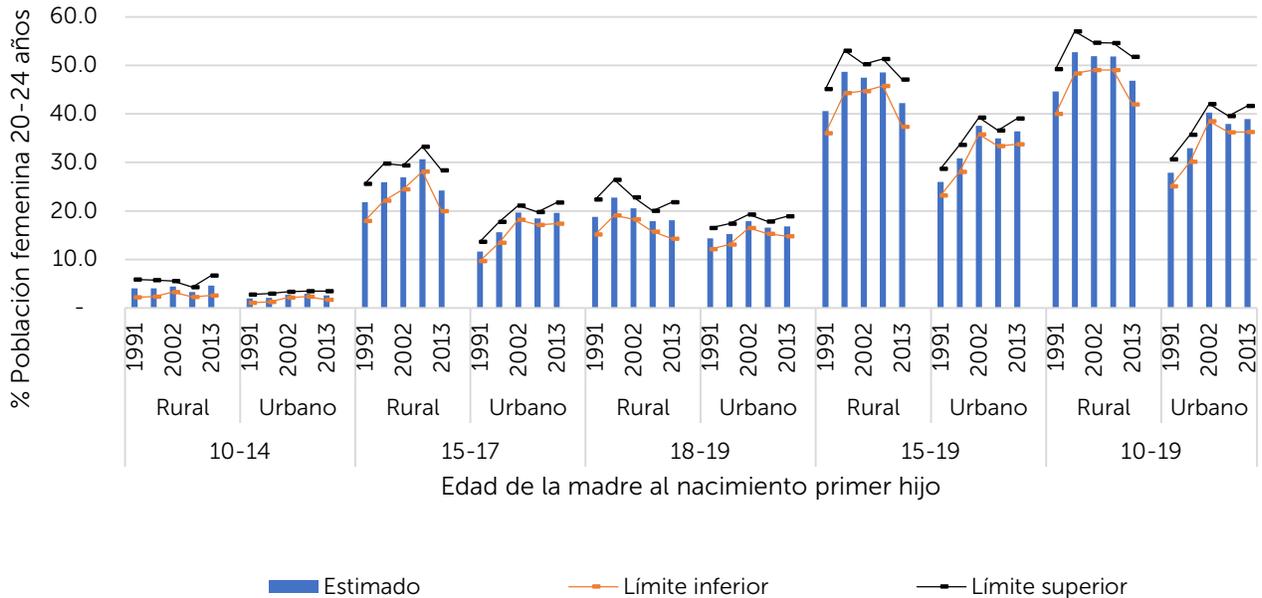
los 10 y los 14 años no varió entre 2005 y 2016 y disminuyó a partir de entonces, el cambio demográfico no compensó la disminución de la tasa de natalidad en la adolescencia (Figura 3). Sin embargo, las estadísticas nacionales deben interpretarse con cautela debido a la gran proporción de dominicanos que carecen de acta de nacimiento. En 2002, el 13.2 por ciento de la población no tenía acta de nacimiento, incluido el 22.3 por ciento de los niños menores de 4 años y el 11.7 por ciento de los niños de 5 a 9 años.

Figura 4. Porcentaje de la población sin acta de nacimiento, por grupo de edad y quintil de ingreso, 2002-2018



Fuente: Elaboración de los autores a partir de datos de ENDESA 2002, 2007, 2013 y ENHOGAR 2018.

Figura 5. Tasas de embarazo en la adolescencia por grupo de edad materna y ubicación rural/urbana, 1991-2013



Fuente: Elaboración de los autores a partir de datos de ENDESA 1991, 1996, 2002, 2007, 2013.

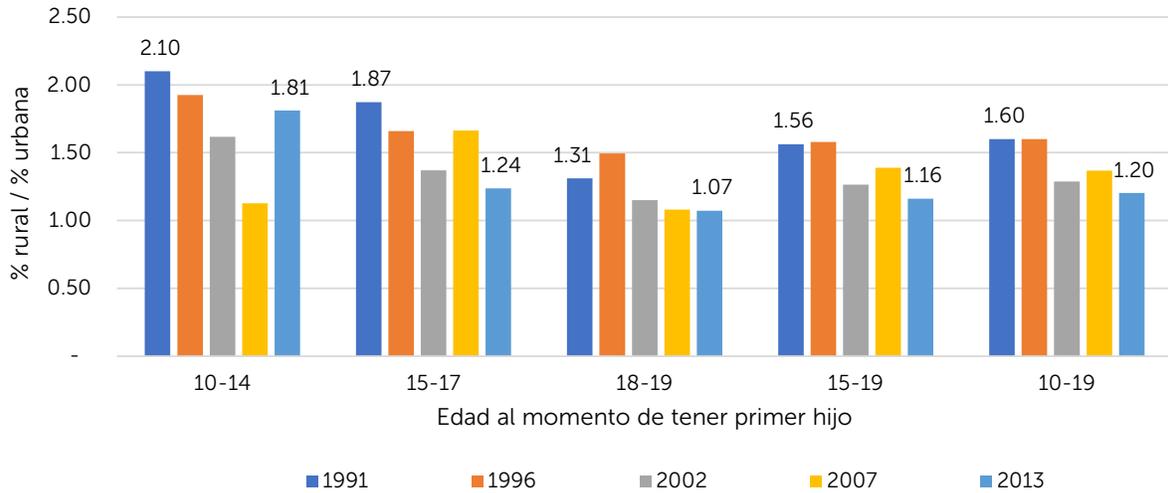
Nota: Intervalos de confianza del 95 por ciento.

El registro de nacimientos ha mejorado en los últimos años y el porcentaje de la población que carece de acta de nacimiento se redujo al 2.1 por ciento en 2018. Sin embargo,

este porcentaje se eleva al 7 por ciento en los hogares del quintil de ingreso más bajo, que es también el quintil con la tasa más alta de embarazos en la adolescencia (Figura 4).

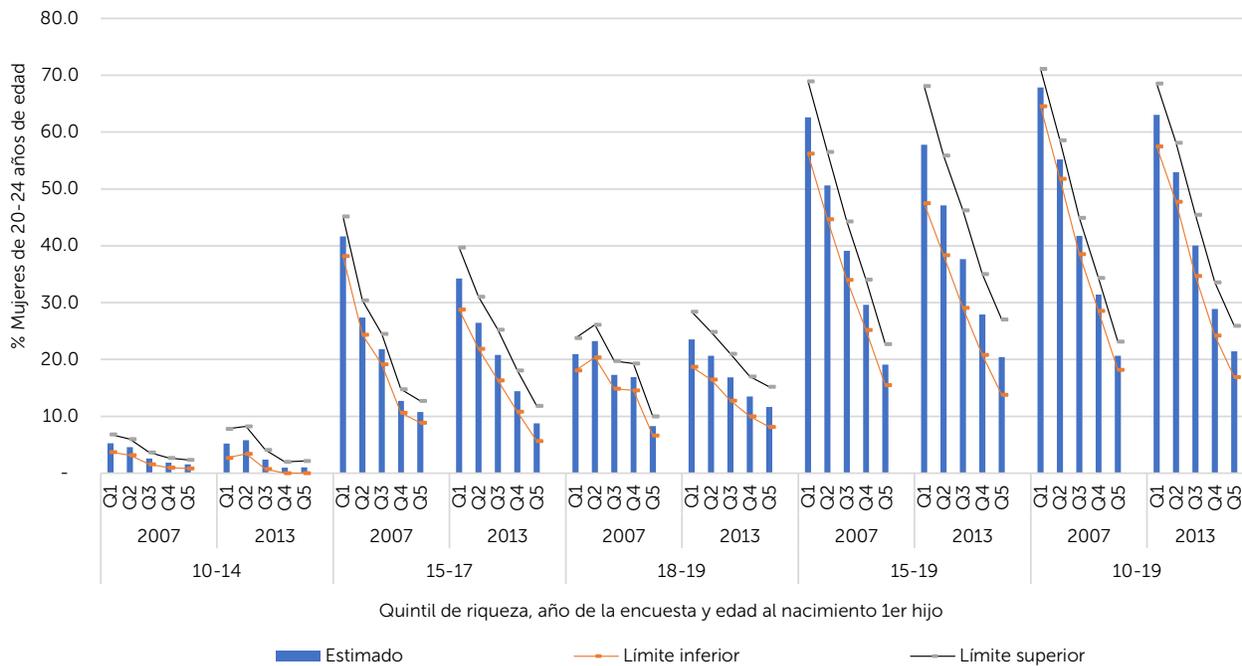
EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Figura 6. Relación entre la incidencia de embarazos en la adolescencia en las zonas rurales y urbanas por grupo de edad materna, 1991-2013



Fuente: Elaboración de los autores a partir de datos de ENDESA 1991, 1996, 2002, 2007, 2013.

Figura 7. Tasas de embarazo en la adolescencia por grupo de edad materna y quintil de ingreso del hogar, 1996 y 2013

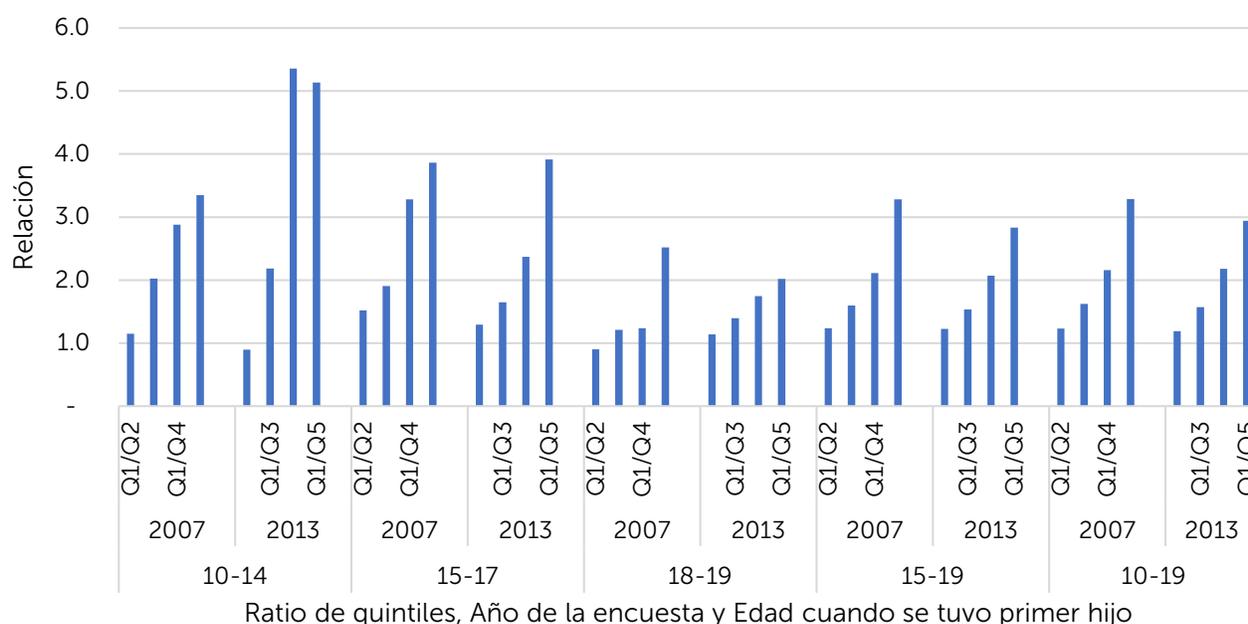


Fuente: Elaboración de los autores a partir de datos de ENDESA 1996, 2007 y 2013.

Entre 1991 y 2013, la tasa de embarazos en adolescentes de las zonas rurales fue consistentemente más alta que la tasa en los centros urbanos, pero la tasa urbana aumentó significativamente durante el período. En las áreas urbanas, las tasas de embarazo en la adolescencia aumentaron sustancialmente entre la década de los 90 y

los 2000, y el mayor aumento se observó en las niñas de 15 años. En las zonas rurales, la tasa de embarazos en la adolescencia se disparó entre mediados de la década de los 90 y finales de la década de los 2000, pero para 2013 casi había vuelto a su nivel de 1991. Mientras tanto, la tasa de embarazos en adolescentes de las zonas rurales aumentó

Figura 8. Relación entre las tasas de embarazo en la adolescencia en el quintil de ingreso más pobre y todos los demás quintiles por grupo de edad materna, 2007 y 2013



Fuente: Elaboración de los autores a partir de datos de ENDESA 1996, 2007 y 2013.

considerablemente, y en 2013 las tasas urbanas y rurales de las jóvenes de 15 a 17 años estaban cerca de converger.

Entre 1991 y 2013, la brecha entre las tasas de embarazo en la adolescencia en las zonas rurales y urbanas se redujo para cada grupo de edad. Entre las niñas de 10 a 14 años, la relación de nacimientos en zonas rurales y urbanas era de 2.1 a 1 en 1991, pero para 2013 esta relación había disminuido a 1.8 a 1. En la mayoría de los años, la relación rural/urbana es más elevada entre las niñas de 10 a 14 años, lo que sugiere que los factores que contribuyen al embarazo en la adolescencia temprana están especialmente arraigados en las zonas rurales. Entretanto, la relación rural/urbana para el caso de embarazos en la adolescencia tardía ha tendido a converger con el tiempo, ya que las tasas rurales han disminuido mientras que las urbanas han aumentado (Figura 6).

Las tasas de embarazo en la adolescencia están inversamente correlacionadas con el nivel de ingresos del hogar y es probable que este patrón contribuya a la pobreza y la desigualdad intergeneracional. Las tasas de embarazo en la adolescencia disminuyen sistemáticamente a medida que aumenta el nivel de ingresos, y los hogares de los dos quintiles más bajos tienen las tasas más altas en todos los grupos maternos de edad y períodos de tiempo (Figura 6). Estas disparidades se han mantenido grandes y relativamente estables a lo largo del tiempo: en 1991 y en 2013 más del 60 por ciento de las mujeres

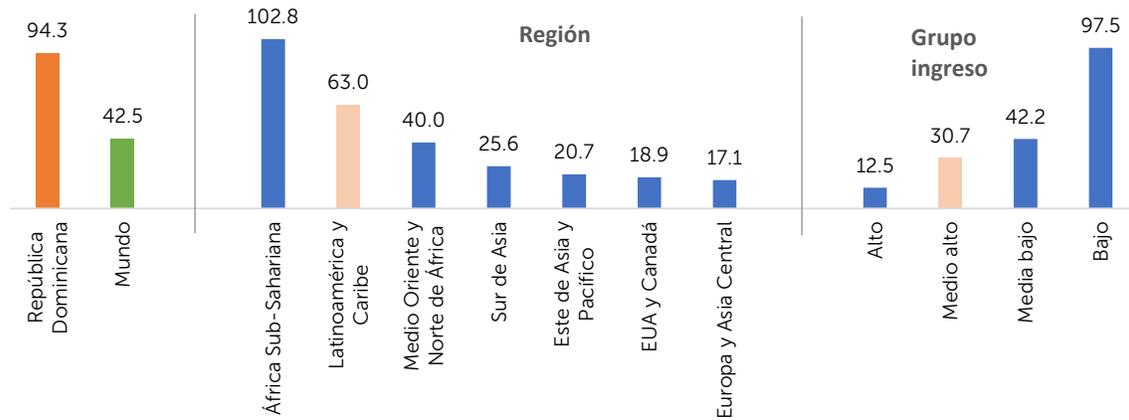
del quintil de ingreso más pobre declararon haber tenido su primer hijo antes de los 20 años, en comparación con poco más del 20 por ciento de las mujeres del quintil más rico. Las tasas de embarazo en la adolescencia temprana han disminuido a casi cero entre las mujeres de los hogares del quintil más rico, pero siguen siendo significativas entre las mujeres de los hogares del quintil más pobre. En 2013, por cada niña del quintil más rico que tuvo su primer hijo entre los 10 y los 14 años, había 5.2 niñas en el quintil más pobre y 5.8 en el segundo más pobre. Esta brecha era menor pero aún significativa entre las mujeres que tuvieron su primer hijo entre los 18 y 19 años, con relaciones entre los quintiles más ricos y más pobres de menos de 1 a 2 en 2013. La brecha también fue menor que en 2007, en parte debido a un aumento de la incidencia de embarazos entre las mujeres de 18 y 19 años del quintil más rico (Figura 8).

Tasas de embarazo en la adolescencia en la perspectiva internacional

La RD tiene la tasa más alta de embarazos en la adolescencia fuera de ASS. En 2017, la tasa de fecundidad adolescente tardía de la RD fue de 94.3 nacimientos por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años. Esta fue la tasa más alta en LAC, la tercera más alta entre los países de ingreso medio alto, y la 26ª más alta a nivel mundial. Los 25 países con las tasas más altas se encontraban en ASS (Figura 9).

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

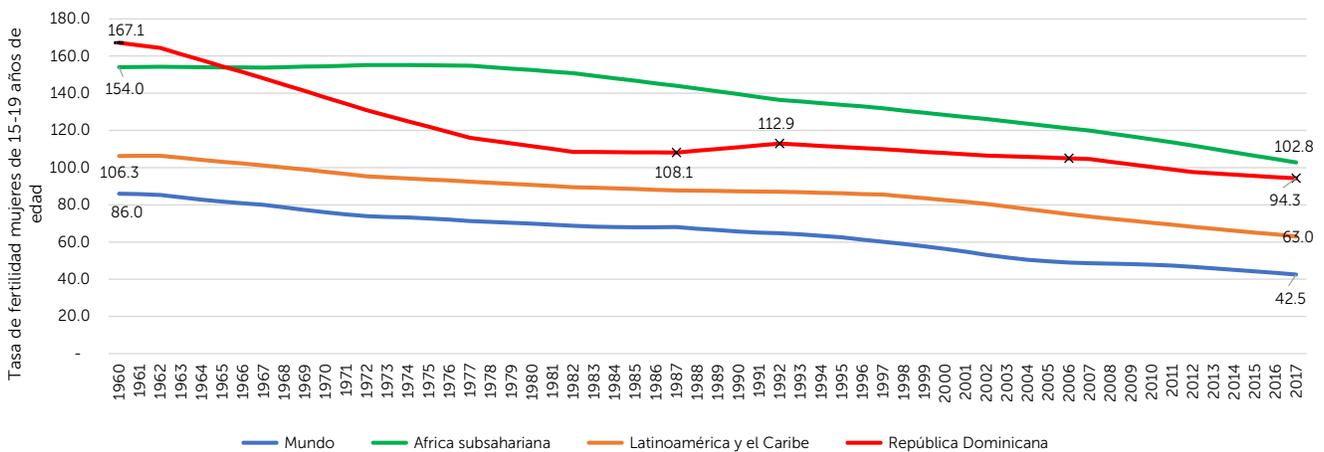
Figura 9. Tasas de fecundidad en la adolescencia tardía por región y grupo de ingresos, 2017



Fuente: Elaboración de los autores a partir de datos del Banco Mundial.

Nota: La tasa de fecundidad en la adolescencia tardía se define como el número de nacimientos por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años.

Figura 10. Tasas de embarazo en la adolescencia tardía en la República Dominicana en comparación con los promedios mundiales y regionales, 1960-2017



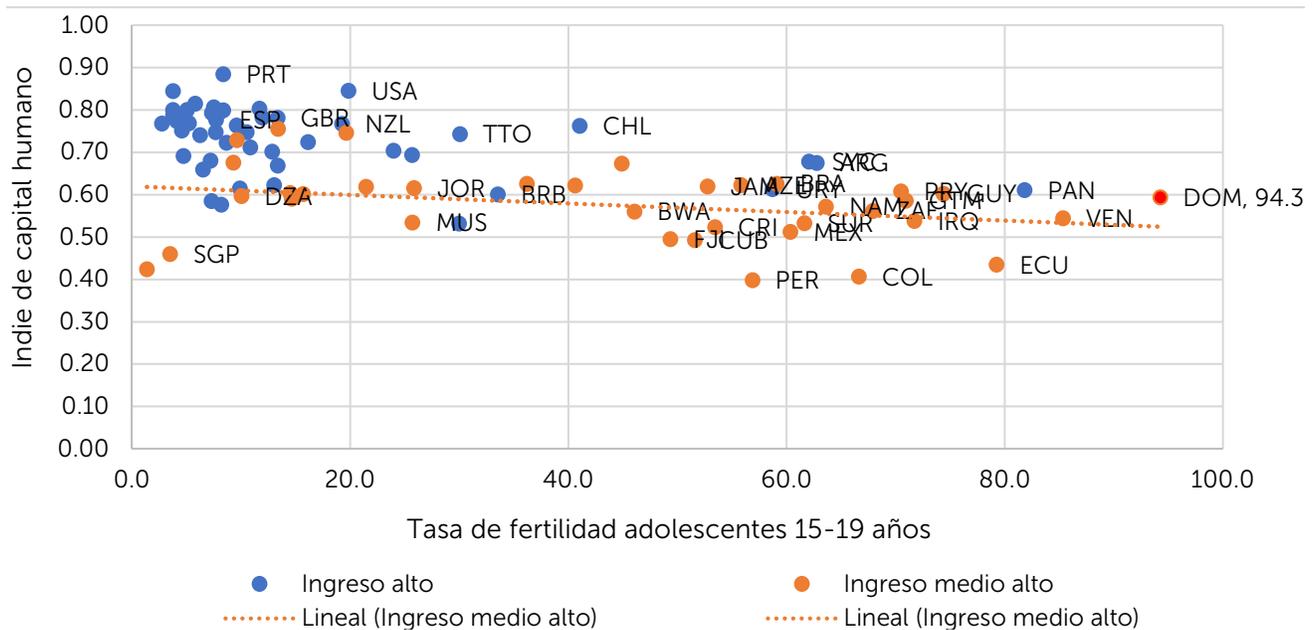
Fuente: Elaboración de los autores a partir de datos del Banco Mundial.

Nota: La tasa de embarazo en la adolescencia tardía se define como el número de nacimientos por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años.

La tasa de embarazo en adolescentes de la RD es divergente del promedio regional, y si su trayectoria no cambia, volverá a superar al promedio de ASS. La RD logró reducir su tasa de fecundidad adolescente en un promedio de 1.9 puntos porcentuales por año entre 1960 y 1982, pero la tasa fluctuó durante la década de los 90 y principios de los 2000, y luego se asentó en una disminución más modesta de 1 punto porcentual por año entre 2008 y 2017. La RD no está logrando mantener el ritmo de disminución anual promedio de la tasa de embarazo en la adolescencia en LAC, y se proyecta que en los próximos años convergerá con el promedio de ASS y luego lo superará (Figura 10).

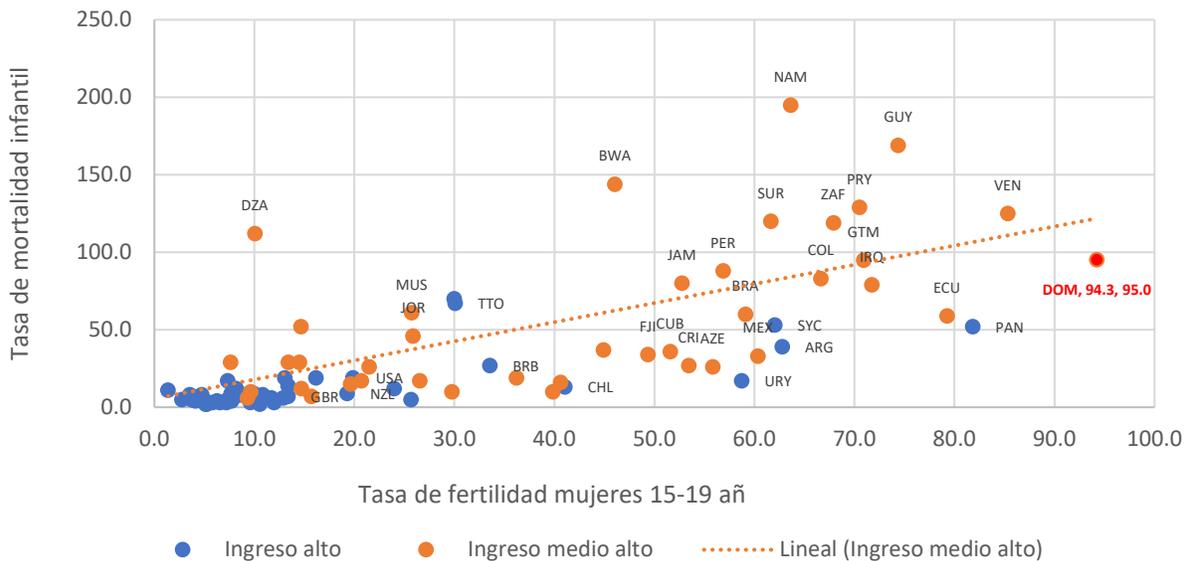
La reducción de la incidencia de los embarazos en la adolescencia será vital para mejorar el desempeño de la RD en indicadores sociales críticos, muchos de los cuales son significativamente más bajos de los que el nivel de ingresos del país podría predecir. La RD tiene un puntaje de 0.49 en el Índice de Capital Humano (ICH), menor que el promedio de los países de ingreso medio alto (0.57) pero mayor que el valor esperado para un país con su tasa actual de embarazos en la adolescencia tardía. Para mejorar aún más el puntaje del ICH del país será necesario, casi con toda seguridad, reducir la tasa de embarazos en la adolescencia junto con la introducción de medidas para mejorar la calidad y la cobertura de la educación, la salud y la protección social (Figura 11).

Figura 11. Puntuaciones en el Índice de Capital Humano y tasas de embarazo en la adolescencia tardía en los países de ingreso alto y medio alto, 2017



Fuente: Elaboración de los autores a partir de datos del Banco Mundial.

Figura 12. Tasas de mortalidad materna y tasas de embarazo en la adolescencia tardía en los países de ingreso alto y medio alto, 2017



Fuente: Elaboración de los autores a partir de datos del Banco Mundial.

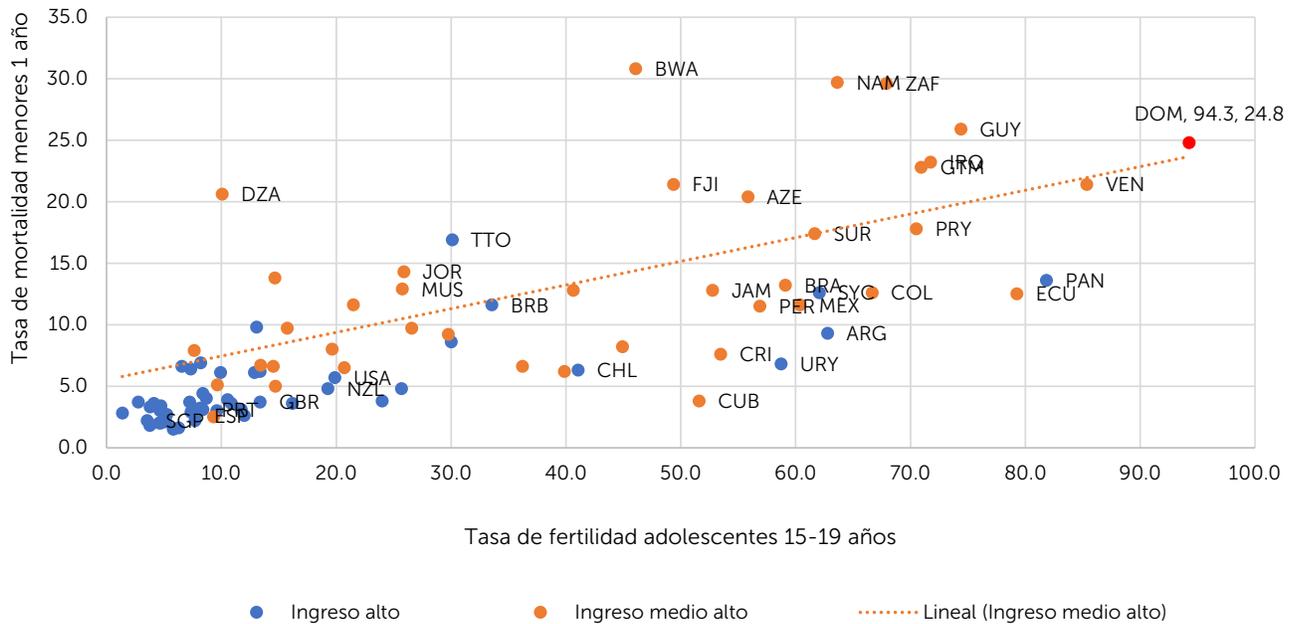
Nota: Tasa de mortalidad materna (modelo estimado) por cada 100,000 nacidos vivos.

Las tasas de embarazo en la adolescencia están estrechamente correlacionadas con la mortalidad materna e infantil, así como con otros resultados negativos de salud. Con 95.0 muertes por cada mil nacidos vivos, la tasa

de mortalidad materna de la RD está muy por encima del promedio de los países de ingreso medio alto (65.3 muertes por cada mil nacidos vivos). Si bien el embarazo en la adolescencia es sólo uno de los muchos factores que contribuyen

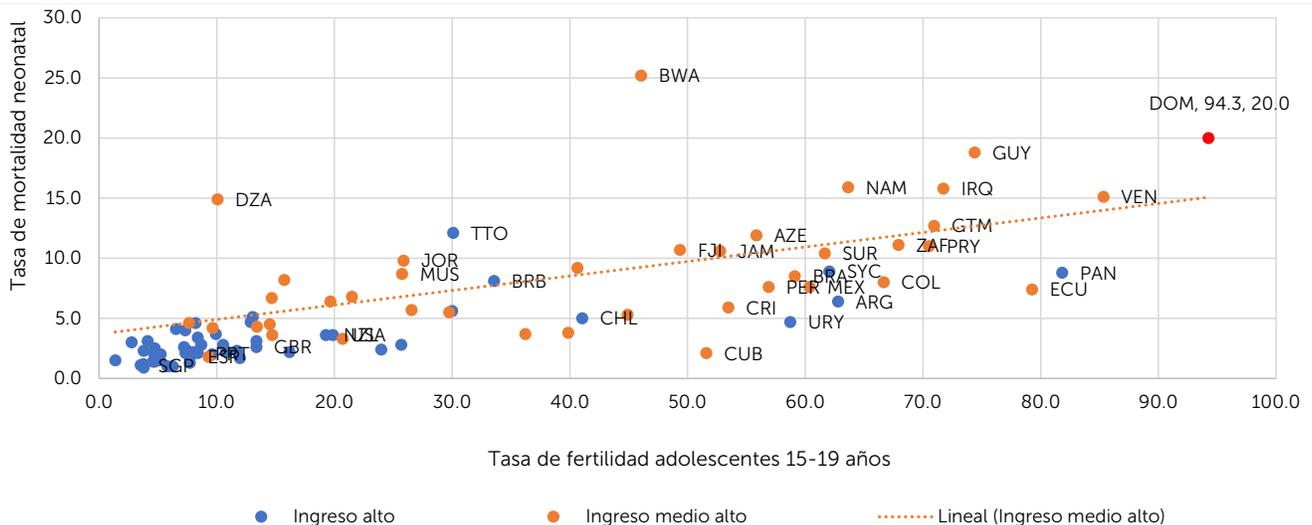
EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Figura 13. Tasas de mortalidad neonatal y tasas de embarazo en la adolescencia tardía en países de ingreso alto y medio alto, 2017



Fuente: Elaboración de los autores a partir de datos del Banco Mundial.
 Nota: Tasa de mortalidad neonatal por cada 1,000 nacidos vivos.

Figura 14. Tasas de mortalidad infantil y tasas de embarazo en la adolescencia tardía en los países de ingreso alto y medio alto, 2017

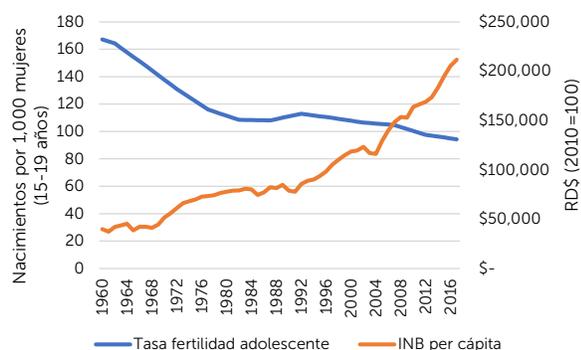


Fuente: Elaboración de los autores a partir de datos del Banco Mundial.
 Nota: La tasa de mortalidad infantil es el número de muertes de niños menores de un año por cada 1,000 nacidos vivos.

a la mortalidad materna, esfuerzos exitosos para reducir el embarazo en la adolescencia serán vitales para disminuir la tasa de mortalidad materna de la RD (Figura 12). La tasa de mortalidad neonatal de la RD es extremadamente alta para un país de su nivel de ingreso (20.0 muertes por

cada mil nacidos vivos), casi el doble del promedio de los países de ingreso medio alto (10.5 muertes por cada mil nacidos vivos), y la tasa de mortalidad de niños menores de un año es de 24.8 muertes por cada mil nacidos vivos, aproximadamente 1.5 veces el promedio de los países de

Figura 15. Tasa de embarazo en la adolescencia tardía y PIB real per cápita en la República Dominicana, 1960-2017



Fuente: Elaboración de los autores a partir de datos del Banco Mundial.

Nota: La tasa de embarazo en la adolescencia tardía se define como el número de nacimientos por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años.

ingreso medio alto (16.2 muertes por cada mil nacidos vivos) (Figura 13 y Figura 14). Las tasas de mortalidad neonatal e infantil de la RD son incluso más altas de lo que podría predecir su tasa de embarazos en la adolescencia tardía, lo que pone de relieve la urgente necesidad de abordar otros problemas urgentes relacionados con la salud que van más allá del embarazo en la adolescencia.

Factores asociados con el embarazo en la adolescencia

En la RD, el vínculo entre la tasa de crecimiento de los ingresos per cápita y la tasa de embarazo en la adolescencia se debilitó a principios de la década de los 80.⁹ Diversos factores estructurales, económicos y culturales han frenado el progreso del país en la reducción del embarazo en la adolescencia en las últimas décadas. Esta sección presenta hechos estilizados para las principales variables socioeconómicas y de comportamiento asociadas

con el embarazo en la adolescencia, seguidos de una serie de estimaciones para modelos econométricos diseñados para determinar la importancia estadística de los factores de riesgo asociados con el embarazo en la adolescencia. Debido a las limitaciones de los datos, este análisis se realiza únicamente para el embarazo en la adolescencia tardía utilizando la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR) de 2018.

En 2018, el 19.1 por ciento de las mujeres de entre 15 y 19 años informaron haber estado embarazadas, y el 4.3 por ciento de las adolescentes tuvieron más de un embarazo antes de los 20 años. Entre las mujeres de 15 a 19 años, el 13.8 por ciento ya eran madres, el 3.4 por ciento estaban embarazadas en el momento de la encuesta y el 1.9 por ciento había perdido o abortado un embarazo o su bebé había nacido muerto. La investigación muestra que las mujeres que quedan embarazadas a una edad temprana tienen más probabilidades de tener embarazos muy cercanos entre sí y de sufrir graves consecuencias socioeconómicas y emocionales, tales como la pérdida de oportunidades educativas, menores ingresos a lo largo de su vida y mayores índices de uso de drogas.¹⁰

Las tasas de embarazo en la adolescencia tardía son más altas en las zonas rurales y en las regiones a lo largo de la frontera con Haití. La tasa de embarazos en la adolescencia de las zonas rurales es del 23.7 por ciento, muy por encima de la tasa urbana del 18.1 por ciento. Las tasas más altas de embarazo en la adolescencia en la RD se registran en las regiones fronterizas de Enriquillo (27.7 por ciento), Cibao Noroeste (25.6 por ciento) y El Valle (23.1 por ciento). En todas las regiones, excepto en Cibao Noroeste y Cibao Norte, las tasas de embarazo en la adolescencia tardía son más altas en las zonas rurales que en los centros urbanos. La disparidad entre las zonas rurales y urbanas en las tasas de embarazo en la adolescencia es mayor en Higuamo, con un 30.8 por ciento versus un 17.6 por ciento (Figura 14 y Tabla 1).

⁹ <https://www.bancomundial.org/es/country/dominicanrepublic/overview>

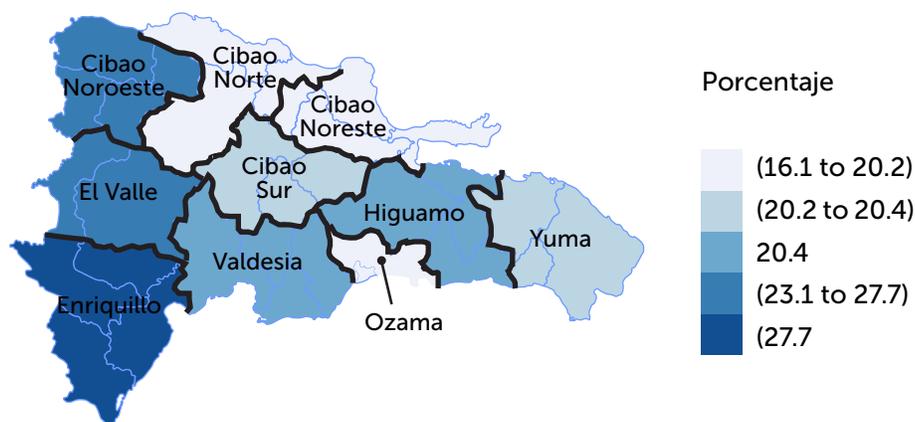
¹⁰ Freites et al. (2018); y Charles et al. (2016).

Tabla 1. Tasas de embarazo en la adolescencia tardía por características socioeconómicas y ubicación, 2018

	Total	Rural	Urbana
Alguna vez embarazada	19.1	23.7	18.1
Madre	13.8	18.4	12.8
Actualmente embarazada, no madre	3.4	3.6	3.3
Pérdida del embarazo, bebé nacido muerto, actualmente no embarazada o madre	1.9	1.6	2.0
Número de embarazos			
1 embarazo	14.5	16.5	14.1
2 embarazos	3.3	5.1	2.9
>2 embarazos	1.1	1.6	0.9
Sin respuesta	0.2	0.5	0.2
Región de desarrollo			
Cibao Central	18.1	22.7	16.0
Cibao Noroeste	25.6	23.8	26.2
Cibao Norte	19.8	19.5	19.9
Cibao Sur	20.2	24.5	17.7
Yuma	20.3	28.1	19.3
El Valle	23.1	26.4	21.6
Enriquillo	27.7	33.2	26.7
Higuamo	20.4	30.8	17.6
Metropolitana	16.1	21.0	15.7
Valdesia	20.4	23.3	19.2
Índice de calidad de vida (ICV)			
ICV-1	41.4	47.0	38.5
ICV-2	31.3	28.5	32.2
ICV-3	16.5	18.7	16.1
ICV-4	7.1	11.4	6.7
Lugar de nacimiento			
República Dominicana	18.7	23.1	17.7
Haití	39.8	47.9	37.7
Otro	8.1	7.5	8.2
Unión matrimonial			
Casada o unida una vez	71.3	70	71.7
Nunca se ha casado o unido	3.2	3.2	3.2
Deseo de quedar embarazada			
Quería quedar embarazada en ese momento	36.1	30.9	37.5
Quería quedar embarazada más tarde	62.0	65.7	61.0
No quería más hijos	1.9	3.4	1.5

Fuente: Elaboración de los autores a partir de datos de ENHOGAR 2018.

Figura 16. Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que declaran haber estado embarazadas, por región, 2018



Fuente: Elaboración de los autores a partir de datos de ENHOGAR 2018.

Las tasas de embarazo en la adolescencia están estrechamente correlacionadas con los indicadores de pobreza multidimensional. El porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que declararon haber estado embarazadas fue del 41.4 por ciento en los hogares que vivían en la pobreza extrema, más de cinco veces superior al porcentaje de los hogares no pobres y más de dos veces superior al porcentaje de los hogares vulnerables.¹¹ Si bien las adolescentes nacidas en Haití tienen de 2 a 5 veces más probabilidades de quedar embarazadas que las adolescentes nacidas en la RD o en otros países, esta correlación se debe a las diferencias en la situación de pobreza: después de controlar por la pobreza de los hogares, la tasa de embarazo entre las adolescentes nacidas en Haití es inferior a la de sus pares no nacidas en Haití (Tabla 1 y Recuadro 1).

El matrimonio infantil y las uniones sexuales tempranas aumentan en gran medida la probabilidad de los embarazos en la adolescencia, y esas relaciones son más comunes en las adolescentes de hogares pobres. Mientras que el 71.3 por ciento de las adolescentes que informaron haber estado casadas o en una unión sexual también informaron haber quedado embarazadas al menos una vez, esta tasa cae al 3.2 por ciento entre las que informaron no haber estado nunca en una relación de este tipo (Tabla 1). En general, el 23.8 por ciento de las jóvenes de entre 15 y 19 años informaron estar o haber estado ca-

sadas o en una unión sexual. De éstas, el 23.5 por ciento informó que la relación comenzó cuando tenían menos de 15 años. La tasa de embarazo en la adolescencia temprana es más alta en los hogares más pobres, mientras que la tasa de embarazo en la adolescencia tardía es más alta en los hogares clasificados como moderadamente pobres o vulnerables (Figura 17). Un estudio conjunto del Banco Mundial y UNICEF de 2017 reveló que, en la RD, las uniones sexuales tempranas están asociadas no sólo con tasas más altas de embarazo en la adolescencia, sino también con tasas más bajas de finalización de la educación secundaria, tasas más altas de exposición a la violencia física, sexual y verbal, y tasas más bajas de registro de nacimientos de niños.

Aproximadamente dos tercios de las adolescentes que quedaron embarazadas no querían quedar embarazadas en ese momento. Sólo el 36 por ciento de las que tuvieron embarazos en la adolescencia informaron que querían quedar embarazadas, mientras que el 62 por ciento quería posponer el embarazo y el 1.9 por ciento no quería tener más hijos (Tabla 1). La proporción de embarazos no deseados entre las adolescentes tardías fue mayor en las zonas rurales (69.3 por ciento) que en los centros urbanos (62.5 por ciento). La elevadísima tasa de embarazos no planificados o no deseados entre las adolescentes tardías subraya la necesidad de contar con políticas más eficaces de salud reproductiva, planificación familiar y protección social.

¹¹ El Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN) de la RD asigna los hogares a uno de cuatro grupos socioeconómicos en base a un Índice de Calidad de Vida (ICV) multidimensional. Los hogares en situación de pobreza extrema se clasifican como ICV-1; los hogares moderadamente pobres se clasifican como ICV-2; los hogares no pobres pero vulnerables se clasifican como ICV-3; y los hogares económicamente seguros se clasifican como ICV-4.

Tabla 2. Incidencia de los embarazos perdidos o abortados entre las adolescentes tardías, por zona rural/urbana y situación socioeconómica, 2018 (%)

	Total	% que ha tenido relaciones sexuales	% que ha tenido relaciones sexuales	
			15-17	18-19
Ha perdido alguna vez un embarazo	4.0	9.8	7.8	11.3
Número de abortos:				
1	3.5	8.7	7.2	9.7
2	0.4	1.0	0.5	1.4
>2	0.1	0.2	0.2	0.1
Zona de residencia				
Rural	4.2	9.5	8.6	10.2
Urbana	3.9	9.9	7.7	11.5
Índice de calidad de vida				
ICV-1	7.3	11.3	10.2	12.0
ICV-2	6.9	12.6	10.0	14.8
ICV-3	3.0	7.5	6.7	8.1
ICV-4	2.2	9.1	3.4	11.8

Fuente: Elaboración de los autores a partir de datos de ENHOGAR 2018.

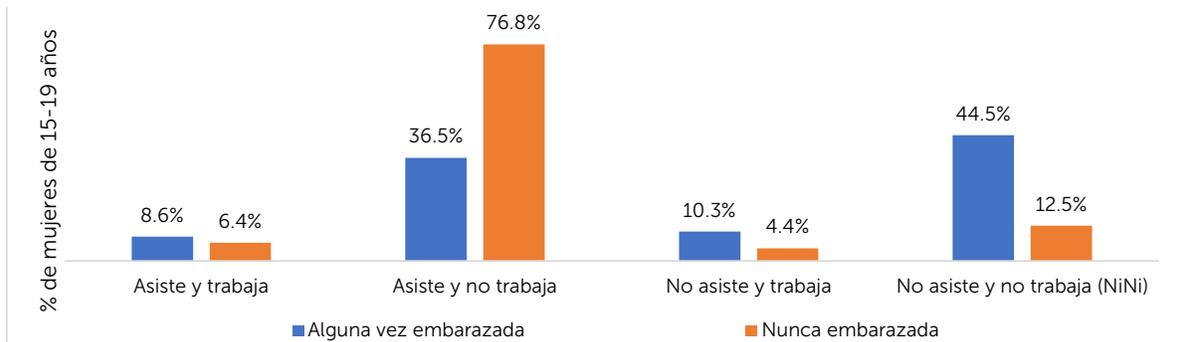
Nota: Se excluyó a las adolescentes que no respondieron si han tenido relaciones sexuales y/o han perdido un embarazo.

Aunque el aborto está prohibido por la ley en la RD, el 9.8 por ciento de las adolescentes que han tenido relaciones sexuales informaron haber perdido un embarazo o haber tenido un aborto. La incidencia de embarazos perdidos o abortados está directamente correlacionada con la edad de la madre e inversamente correlacionada con el estatus socioeconómico. Las mujeres de 18 y 19 años son más propensas a informar tanto haber quedado embarazadas al menos una vez (32 por ciento) como haber perdido un embarazo o abortado (11.3 por ciento), mientras que las jóvenes de 15 a 17 años son menos propensas a informar el haber estado embarazadas (11.2 por ciento) o haber perdido un embarazo o abortado (7.8 por ciento). Entre las adolescentes que informaron haber tenido relaciones sexuales, los embarazos perdidos o abortados son más frecuentes en las áreas rurales (8.6 por ciento) que en los centros urbanos (7.7 por ciento). La incidencia de abortos espontáneos también aumenta entre las adolescentes de los hogares más pobres. Sólo entre las mujeres jóvenes de 18 y 19 años la tasa de embarazos perdidos o abortados en las zonas urbanas (11.5 por ciento) es superior a la tasa en las zonas rurales (10.2 por ciento), mientras que la correlación inversa con la situación socioeconómica es coherente en todos los grupos (Tabla 2).

Embarazo en la adolescencia, educación y colocación en el mercado laboral

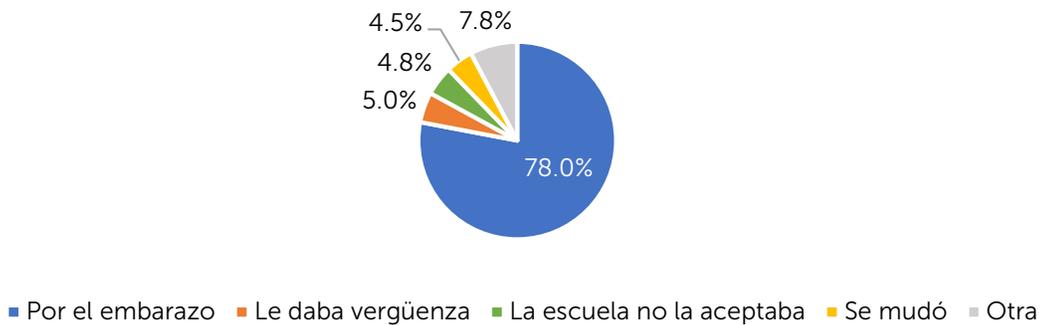
La incidencia de los embarazos en la adolescencia está fuertemente vinculada con el ausentismo escolar y las tasas de abandono de los estudios. Entre las adolescentes que informaron no haber estado nunca embarazadas, el 83.2 por ciento está actualmente en la escuela o la universidad, en comparación con sólo el 45.1 por ciento de las que informaron haber estado embarazadas (Figura 17). El 33.2 por ciento de las adolescentes que han estado embarazadas no asistieron a la escuela o a la universidad durante su primer embarazo. Entre las adolescentes que han estado embarazadas, el 78 por ciento citó el embarazo como la principal razón por la que no continuaron sus estudios mientras estaban embarazadas de su primer hijo. Aunque prohibir la asistencia de las estudiantes embarazadas a la escuela está en contra tanto de las normas del Ministerio de Educación como de la legislación dominicana, otro 4.5 por ciento de las adolescentes que reportaron haber estado embarazadas declararon que no continuaron sus estudios porque la escuela no lo permitía (Figura 18). Además, el 48.7 por ciento de las adolescentes embarazadas dejó de asistir a la escuela o a la universidad después

Figura 17. Porcentaje de adolescentes que declaran haber estado embarazadas, por situación educativa y laboral actual, 2018



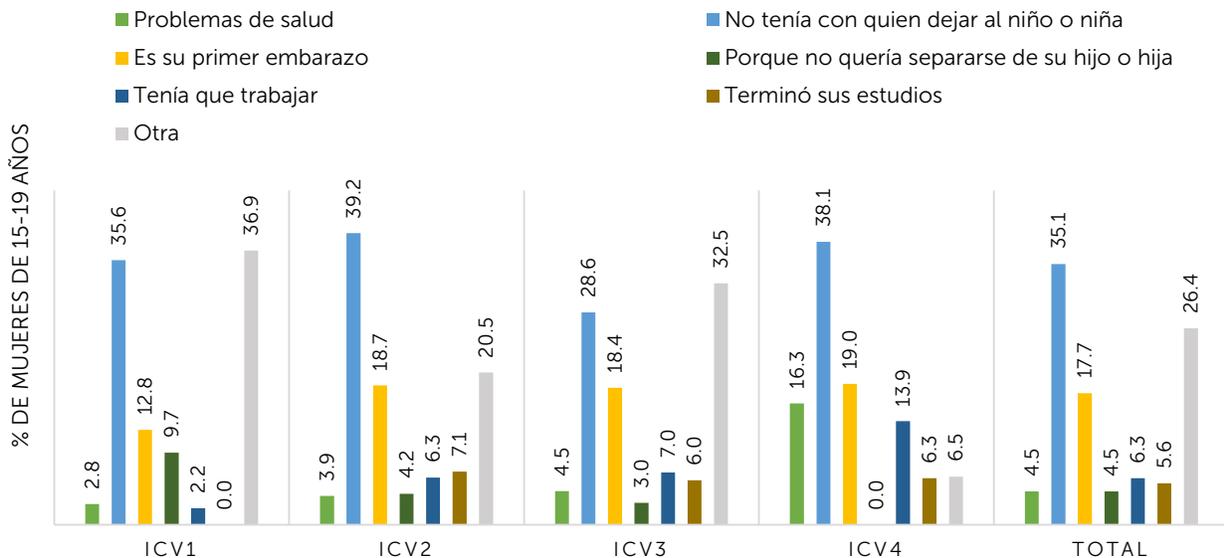
Fuente: Elaboración de los autores a partir de datos de ENHOGAR 2018.

Figura 18. Razones por las que las adolescentes tardías abandonaron la escuela o la universidad durante su primer embarazo, 2018



Fuente: Elaboración de los autores a partir de datos de ENHOGAR 2018.

Figura 19. Razones por las que las adolescentes tardías abandonaron la escuela o la universidad después del nacimiento de su primer hijo, por nivel socioeconómico del hogar, 2018



Fuente: Elaboración de los autores a partir de datos de ENHOGAR 2018.

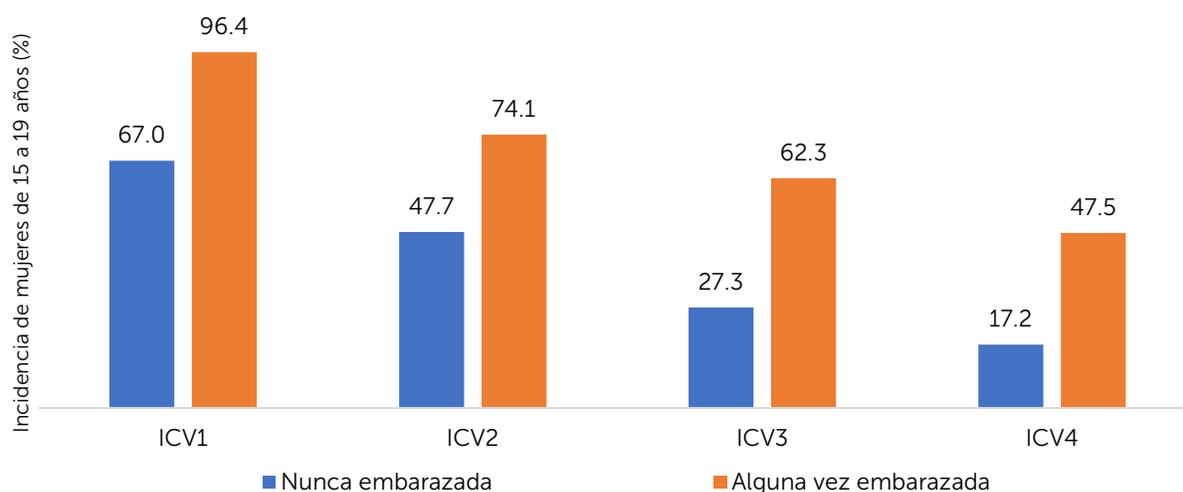
del nacimiento de su primer hijo. Entre las adolescentes que dejaron de asistir a la escuela o a la universidad después del nacimiento de su primer hijo, el 35.1 por ciento afirmó que la falta de opciones de cuidado de los niños fue el principal factor en su decisión, y el cuidado inadecuado de los niños fue la razón más comúnmente citada para no continuar con la escuela o la universidad en todos los grupos socioeconómicos (Figura 19).

Dado que el embarazo en sí mismo constituye un obstáculo para seguir estudiando, las adolescentes que informaron estar embarazadas también tendieron a experimentar peores resultados educativos. Entre las jóvenes de 15 a 19 años que informaron estar embarazadas, el 69.5 por ciento completó menos años de escolaridad de los que se esperarían para su edad, frente a

sólo el 30 por ciento de las adolescentes que nunca han estado embarazadas. Las brechas en el nivel educativo entre las adolescentes que han estado embarazadas son más comunes en los hogares del nivel socioeconómico más alto (Figura 20).

El embarazo en la adolescencia se asocia con menores tasas de participación en el mercado laboral y de asistencia a la escuela. El 44.5 por ciento de las adolescentes que informaron haber estado embarazadas no tenían empleo ni asistían a la escuela o a la universidad, en comparación con sólo el 12.5 de las adolescentes que informaron nunca haber estado embarazadas. Entre las adolescentes que no están empleadas ni inscritas en la escuela, las que informaron haber estado embarazadas tendían a tener niveles de educación inferiores al promedio del grupo (Tabla 3).

Figura 20. Porcentaje de adolescentes tardías con menos años de escolaridad de los que se esperarían para su edad, por historial de embarazo y nivel socioeconómico, 2018



Fuente: Elaboración de los autores a partir de datos de ENHOGAR 2018.

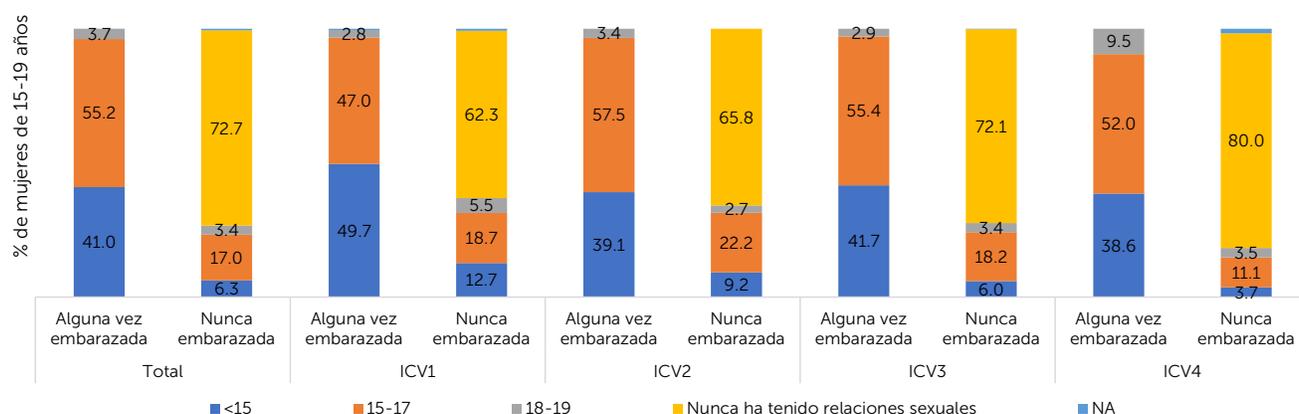
Nota: El déficit educativo es la diferencia entre el número de años de escolaridad previstos para una edad determinada y el número real de años de educación completados por un estudiante determinado.

Tabla 3. Nivel educativo de las adolescentes tardías, por historial de embarazo y matriculación educativa o situación laboral, 2018

Nivel de educación	15-17		18-19		15-19	
	Embarazada	Nunca embarazada	Embarazada	Nunca embarazada	Embarazada	Nunca embarazada
Activa en la fuerza laboral o inscrita en la escuela o la universidad						
Ninguno		0.2				0.1
Primaria incompleta	14.0	1.1	10.2	1.2	11.6	1.1
Primaria completa	8.7	0.8	5.9	0.8	6.9	0.8
Secundaria incompleta	12.6	1.0	12.0	2.2	12.2	1.4
Secundaria completa	4.6	4.7	16.3	16.6	12.0	8.5
Inscrita en educación superior	0.0	0.0	1.2	0.6	0.7	0.2
Sin respuesta	1.0	0.4	1.1	0.2	1.1	0.3
<i>Subtotal</i>	<i>40.9</i>	<i>8.2</i>	<i>46.7</i>	<i>21.6</i>	<i>44.5</i>	<i>12.4</i>
Activa en la fuerza laboral o inscrita en la escuela o la universidad						
Primaria incompleta	10.4	6.8	5.6	1.8	7.4	5.2
Primaria completa	10.0	8.2	6.4	2.5	7.7	6.4
Secundaria incompleta	36.7	68.4	24.8	21.0	29.1	53.3
Secundaria completa	0.9	6.2	11.4	28.4	7.6	13.3
Inscrita en educación superior	0.2	1.7	4.7	24.7	3.0	9.0
Sin respuesta	0.8	0.4	0.5	0.1	0.6	0.3
<i>Subtotal</i>	<i>59.0</i>	<i>91.7</i>	<i>53.4</i>	<i>78.5</i>	<i>55.4</i>	<i>87.5</i>
Total						
Ninguno	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.1
Primaria incompleta	24.4	7.9	15.8	3.0	19.0	6.3
Primaria completa	18.7	9.0	12.3	3.3	14.6	7.2
Secundaria incompleta	49.3	69.4	36.8	23.2	41.3	54.7
Secundaria completa	5.5	10.9	27.7	45.0	19.6	21.8
Inscrita en educación superior	0.2	1.7	5.9	25.3	3.7	9.2
Sin respuesta	1.8	0.8	1.6	0.3	1.7	0.6
<i>Total</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>

Fuente: Elaboración de los autores a partir de los datos de ENHOGAR 2018.

Figura 21. Edad de la primera relación sexual de las adolescentes tardías por nivel socioeconómico e historial de embarazo, 2018



Fuente: Elaboración de los autores a partir de los datos de ENHOGAR 2018.

Figura 22. Razones de las adolescentes tardías que nunca han tenido relaciones sexuales para posponer las relaciones sexuales, 2018



Fuente: Elaboración de los autores a partir de los datos de ENHOGAR 2018.

Nota: Se excluyó a los adolescentes que no indicaron si habían tenido relaciones sexuales.

Actividad sexual, matrimonio y percepción del embarazo en la adolescencia

En los hogares más vulnerables, las adolescentes suelen empezar a tener relaciones sexuales a una edad más temprana. Entre las adolescentes que nunca han quedado embarazadas y que viven en la pobreza extrema, el 37 por ciento informó que había participado en un acto sexual. Esta proporción disminuye a medida que aumenta el nivel socioeconómico del hogar, llegando al 18.4 por ciento entre las adolescentes de los hogares del nivel socioeconómico más alto (Figura 21). Entre las que informaron nunca

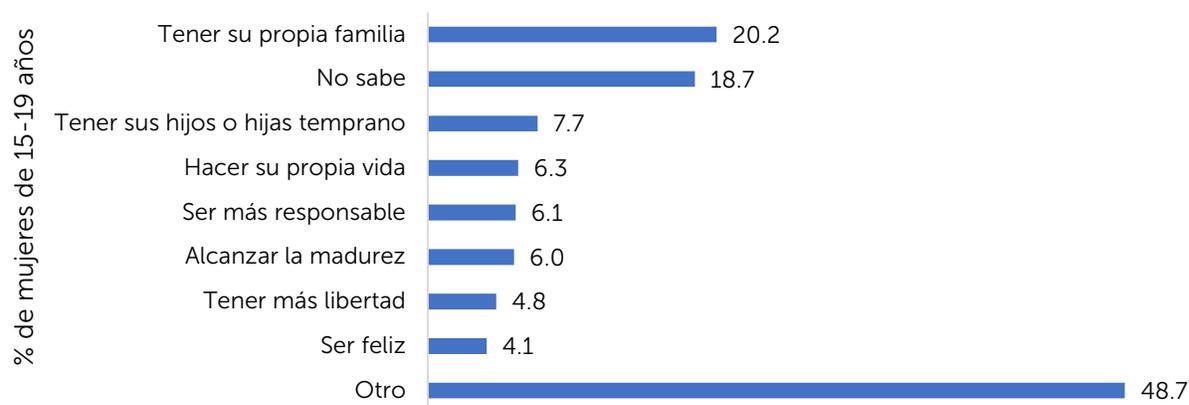
haber tenido relaciones sexuales, el 75.5 por ciento de las adolescentes tardías declararon que no se sentían listas para la actividad sexual. Otras razones importantes para retrasar la actividad sexual incluían esperar hasta el matrimonio (15.1 por ciento) y el temor a quedar embarazada (8.8 por ciento). Mientras tanto, entre las adolescentes tardías que informaron haber estado embarazadas, el 41 por ciento tuvo su primera experiencia sexual antes de los 15 años. Esta proporción es mayor entre las adolescentes de hogares en situación de pobreza extrema (49.7 por ciento) y disminuye hacia los niveles socioeconómicos más altos (Figura 22).

Figura 23. Consecuencias negativas del matrimonio o la unión sexual a temprana edad citadas por las adolescentes tardías, 2018



Fuente: Elaboración de los autores a partir de los datos de ENHOGAR 2018.

Figura 24. Aspectos positivos del matrimonio o la unión sexual a temprana edad citados por las adolescentes tardías, 2018



Fuente: Elaboración de los autores a partir de los datos de ENHOGAR 2018.

Dar prioridad a su educación y evitar la exposición a la violencia verbal son las principales razones por las que los adolescentes no quieren casarse o participar en una unión sexual antes de alcanzar la mayoría de edad, mientras que el deseo de formar una familia es la justificación más frecuente para el matrimonio o la unión sexual a temprana edad. Las consecuencias negativas más comunes del matrimonio o la unión sexual a temprana edad citadas por las adolescentes tardías fueron: no

poder terminar sus estudios (52.6 por ciento), experimentar violencia verbal (26.7 por ciento) y tener un embarazo prematuro (19.1 por ciento) (Figura 23). Las asociaciones positivas más comunes con el matrimonio o la unión sexual a temprana edad mencionadas por las adolescentes tardías fueron: formar una familia (20.2 por ciento), tener hijos a una edad temprana (7.7 por ciento) y hacer su propia vida (6.3 por ciento) (Figura 24).

¹² El estrato socioeconómico se mide con base en el sistema ICV del SIUBEN. Véase la supra nota 12.

Factores de riesgo del embarazo en la adolescencia

Los modelos econométricos pueden identificar los principales factores que afectan la probabilidad de un embarazo en la adolescencia tardía. Los modelos desarrollados para este informe controlan la ubicación, las características del hogar, la vida personal y la situación educativa y laboral. La variable dependiente mide la ocurrencia del embarazo en la adolescencia y es igual a uno si la adolescente ha estado embarazada alguna vez y cero en caso contrario. Las variables asociadas a la ubicación incluyen: área (urbana = 1, rural = 0); tasa de embarazo en la adolescencia a nivel municipal; y estatus de desarrollo regional (Ozama = 0). Las variables vinculadas a las características del hogar incluyen: estrato socioeconómico;¹² si la adolescente declara vivir con su padre (sí = 1, no = 0); el número de miembros del hogar; y si su lugar de nacimiento está en Haití (sí = 1, no = 0). Las variables relacionadas con la vida personal de la adolescente incluyen: la edad; si ha estado casada o en una unión sexual (sí = 1, no = 0); el número de años transcurridos desde su primer encuentro sexual; y si informa que tener un hijo durante la adolescencia es “bueno” (sí = 1, no = 0). Finalmente, dos subconjuntos de variables relacionadas con la situación educativa y laboral fueron probadas en modelos separados. El primer grupo de variables incluye los años de déficit educativo y si la adolescente está actualmente empleada o matriculada en la escuela o la universidad (sí = 1, no = 0). El segundo grupo de variables incluye: si la adolescente ha completado la educación primaria (sí = 1, no = 0); si ha completado la educación secundaria (sí = 1, no = 0); si está inscrita en la educación superior (sí = 1, no = 0); y si está o ha estado inscrita en capacitación técnica en los últimos 12 meses (sí = 1, no = 0) (Recuadro 1). Los modelos se estimaron utilizando los mínimos cuadrados ponderados (WLS) con errores estándar robustos, el factor de expansión para las mujeres de 15 a 19 años y los datos de la encuesta ENHOGAR 2018 como ponderación.

Las adolescentes que viven en zonas urbanas y en municipios con altas tasas de embarazo en la adolescencia, así como las que viven en las regiones de Higüamo y Valdesia, corren un riesgo especialmente alto de quedar embarazadas. Aunque las estadísticas descriptivas muestran una mayor incidencia de embarazos en la adoles-

cencia en las zonas rurales, después de controlar las variables asociadas a la vida personal y a la situación educativa y laboral, las adolescentes urbanas tienen una mayor probabilidad de quedar embarazadas. Este resultado implica que los esfuerzos para reducir el embarazo en la adolescencia deben focalizarse a nivel regional y comunitario, así como de acuerdo con las características personales y del hogar.

La pobreza de los hogares no aumenta por sí misma la probabilidad del embarazo en la adolescencia, pero está estrechamente correlacionado con otras variables explicativas, como el estatus educativo y laboral y el nivel de estudios. De hecho, después de controlar que la adolescente no esté empleada ni inscrita en la escuela, así como los años de déficit educativo, la probabilidad de quedar embarazada puede ser menor en las adolescentes de los hogares más pobres. Además, los niveles más altos de logro educativo se asocian con una menor probabilidad de embarazo en la adolescencia después de controlar otros factores. El impacto de las variables educativas y laborales pone de relieve hasta qué punto la desvinculación del sistema educativo y del mercado laboral aumenta la probabilidad de embarazo en la adolescencia.

La presencia del padre en el hogar de la adolescente se asocia con una menor probabilidad de embarazo en la adolescencia, mientras que un mayor número de integrantes del hogar se asocia con una mayor probabilidad. La presencia del padre en el hogar puede contribuir a reducir las tasas de embarazo en la adolescencia al ofrecer un modelo familiar tradicional para que la adolescente lo siga o al establecer una relación de autoridad que requiera que la adolescente cumpla con ciertas reglas de conducta. Por el contrario, el hecho de que un mayor número de integrantes del hogar se asocie a una mayor probabilidad de embarazo en la adolescencia podría deberse a una menor atención de los padres a cada integrante del hogar o a la competencia por el espacio y los recursos limitados, lo que incentiva el matrimonio o la unión sexual a temprana edad como medio para escapar de un hogar superpoblado.

El matrimonio o la unión sexual a temprana edad, el número de años transcurridos desde la primera experiencia sexual y las percepciones positivas sobre el embarazo en la adolescencia se asocian positivamente con la probabilidad de un embarazo en la adolescencia.

Recuadro 1: Factores de riesgo asociados con el embarazo en la adolescencia

Para evaluar la importancia de los factores de riesgo clave en la probabilidad de un embarazo en la adolescencia tardía, se estimaron los siguientes modelos lineales probabilísticos ponderados teniendo en cuenta las variables asociadas con cuatro grupos de factores: lugar de residencia, características del hogar, vida personal y el estatus educativo y laboral.

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Tabla 4. Probabilidad de embarazo en la adolescencia tardía

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
				Localidad	Localidad
			Localidad	Hogar	Hogar
VARIABLES	Localidad	Localidad y Hogar	Hogar y Comportamiento	Comportamiento y Educativo-Laboral	Comportamiento y Nivel Educativo
Urbana	-0.0439*** (0.00164)	-0.0147*** (0.00158)	0.00917*** (0.00109)	0.0144*** (0.00107)	0.00905*** (0.00109)
Porcentaje adolescentes embarazadas en el municipio	0.996*** (0.00880)	0.802*** (0.00824)	0.362*** (0.00571)	0.338*** (0.00567)	0.366*** (0.00570)
ICV1		0.257*** (0.00340)	0.0197*** (0.00250)	-0.0144*** (0.00253)	0.0122*** (0.00251)
ICV2		0.200*** (0.00151)	0.0290*** (0.00110)	0.0178*** (0.00109)	0.0229*** (0.00111)
ICV3		0.0719*** (0.00113)	0.00358*** (0.000818)	-0.00348*** (0.000812)	0.000999 (0.000827)
Padre presente		-0.167*** (0.00105)	-0.0264*** (0.000696)	-0.0253*** (0.000687)	-0.0258*** (0.000701)
Total miembros en el hogar		-0.0032*** (0.000378)	0.0128*** (0.000254)	0.0130*** (0.000254)	0.0126*** (0.000254)
Nacida en Haití		0.0589*** (0.00434)	-0.0179*** (0.00318)	-0.0708*** (0.00320)	-0.0212*** (0.00324)
Edad			0.00719*** (0.000284)	0.00226*** (0.000284)	0.0147*** (0.000399)
Alguna vez unida			0.482*** (0.00208)	0.466*** (0.00211)	0.477*** (0.00209)
Tiempo exposición			0.0522*** (0.000426)	0.0489*** (0.000421)	0.0509*** (0.000426)
Percepción positiva de la maternidad adolescente			0.138*** (0.00198)	0.130*** (0.00199)	0.136*** (0.00198)
NiNi				0.0968*** (0.00127)	
Déficit educativo				0.0101*** (0.000332)	
Primaria completa					0.00177 (0.00178)
Secundaria completa					-0.0298*** (0.00211)

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Tabla 4. Probabilidad de embarazo en la adolescencia tardía (Continuación)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Inscrita en educación superior					-0.0387*** (0.00238)
Cursa o completó técnico vocacional los últimos 12 meses					-0.0145*** (0.00103)
Regiones de desarrollo					
Cibao Nordeste	-0.0108*** (0.00248)	-0.0113*** (0.00242)	-0.0219*** (0.00174)	-0.0102*** (0.00168)	-0.0221*** (0.00173)
Cibao Noroeste	-0.00785** (0.00323)	-0.0518*** (0.00307)	-0.0400*** (0.00212)	-0.0321*** (0.00210)	-0.0419*** (0.00212)
Cibao Norte	-0.00719** (0.00179)	-0.0162*** (0.00169)	-0.0148*** (0.00120)	-0.0126*** (0.00119)	-0.0156*** (0.00121)
Cibao Sur	-0.0130*** (0.00245)	0.00133 (0.00234)	-0.0182*** (0.00163)	-0.0110*** (0.00163)	-0.0210*** (0.00163)
El Valle	-0.0114*** (0.00381)	-0.0445*** (0.00372)	-0.0143*** (0.00220)	-0.0116*** (0.00215)	-0.0155*** (0.00220)
Enriquillo	-0.00313 (0.00336)	-0.0367*** (0.00316)	-0.0179*** (0.00197)	-0.0171*** (0.00202)	-0.0209*** (0.00197)
Higuamo	-0.00656*** (0.00247)	-0.0400*** (0.00242)	0.0102*** (0.00151)	0.00989*** (0.00149)	0.00677*** (0.00151)
Valdesia	-0.00987*** (0.00193)	-0.00508*** (0.00184)	0.00591*** (0.00128)	0.00621*** (0.00125)	0.00380*** (0.00129)
Yuma	-0.00184 (0.00253)	-0.00828*** (0.00242)	-0.00815*** (0.00168)	-0.0108*** (0.00169)	-0.0115*** (0.00169)
Constante	0.0419*** (0.00222)	0.0443*** (0.00270)	-0.250*** (0.00515)	-0.179*** (0.00513)	-0.360*** (0.00671)
Observaciones	471,903	471,903	464,089	460,501	464,089
R-cuadrado	0.038	0.135	0.599	0.610	0.600

Fuente: Estimaciones de los autores a partir de los datos de ENHOGAR. 2018.

Nota: Modelos de mínimos cuadrados ponderados (WLS), errores estándar robustos entre paréntesis, *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$. Primaria completa se refiere a completar al menos ocho años de estudios. Exposición se refiere a la edad menos la edad de la primera relación sexual. Variable dependiente igual a 1 si la adolescente ha estado embarazada y cero si no.

Entre las variables consideradas, el matrimonio o la unión sexual a temprana edad están más fuertemente vinculados con la probabilidad de un embarazo en la adolescencia. El número de años transcurridos desde la primera experiencia sexual se correlaciona tanto con el matrimonio y las uniones sexuales a temprana edad como con la probabilidad del embarazo en la adolescencia. Mientras tanto, las variables

relacionadas con el nivel educativo se asocian más negativamente con el embarazo en la adolescencia después de controlar otros factores. Por último, después de controlar por la pobreza de los hogares, la probabilidad de embarazo en la adolescencia es menor entre las jóvenes nacidas en Haití (Recuadro 1).

Efectos del embarazo en la adolescencia

En diversos estudios se ha comprobado que las adolescentes embarazadas son especialmente propensas a experimentar problemas de salud antes, durante y después del parto, y que el embarazo en la adolescencia está fuertemente asociado con resultados sociales y económicos negativos. El embarazo en la adolescencia tiene riesgos asociados con bebés de bajo peso al nacer, muerte neonatal, mortalidad materna, complicaciones médicas asociadas con la anemia, enfermedades de transmisión sexual, hemorragia posparto, trastornos mentales (principalmente depresión),¹³ aumento deficiente de peso materno, prematuridad (nacimientos a menos de 37 semanas) e hipertensión inducida por el embarazo^{14,15,16} así como violencia y trauma domésticos.¹⁷ Además, un matrimonio o unión sexual a temprana edad disminuye significativamente la probabilidad de que la niña o joven termine la escuela, reduciendo permanentemente su potencial de ingresos.¹⁸ El embarazo en la adolescencia también está relacionado con menores índices de participación en la fuerza laboral, salarios más bajos, un menor nivel educativo, un mayor número total de hijos y la inhabilidad para escapar de la pobreza. Para examinar cómo opera en la RD la dinámica asociada al tamaño de la familia, el nivel educativo, la participación en la fuerza laboral y la dependencia de la ayuda pública, se estimó un modelo probabilístico lineal de los efectos del embarazo en la adolescencia tardía en indicadores socioeconómicos clave para todas las mujeres de entre 20 y 30 años que son jefas de hogar. El modelo se centra exclusivamente en los hogares encabezados por mujeres porque los datos permiten identificar a los hijos de la mujer jefa del hogar (Recuadro 2). Para cada modelo estimado, se probó la hipótesis de la igualdad de los coeficientes de regresión de las variables cuando la madre tenía entre 10 y 14 años y entre 15 y 19 años.

En la RD, el embarazo en la adolescencia se asocia con un mayor número de hijos en la edad adulta, y esta asociación es estadísticamente mayor en el caso del embarazo en la adolescencia temprana que en el caso del embarazo en la adolescencia tardía. Las mujeres jefas de hogar de entre 20 y 30 años que estuvieron embarazadas durante su adolescencia tienen más probabilidades de tener un mayor número de hijos en la edad adulta,

y la probabilidad es especialmente alta en aquellas que se embarazaron antes de los 15 años. De manera similar, las mujeres jefas de hogar que son pobres, urbanas y/o están ubicadas en regiones distintas a Ozama y Cibao Sur tienen más probabilidades de tener más hijos. La probabilidad de tener un gran número de hijos se reduce si la mujer jefa de familia tiene una pareja y/o no estuvo embarazada durante la adolescencia.

Las mujeres jefas de hogar que estuvieron embarazadas en la adolescencia tienden a tener niveles de educación más bajos que las que tuvieron hijos después de los 19 años. Además, la probabilidad de que una mujer jefa de familia haya terminado la escuela primaria o secundaria disminuye considerablemente si quedó embarazada en la adolescencia temprana. De manera similar, el hecho de tener un mayor número de hijos, no estar casada y vivir en un hogar pobre se correlaciona con menores tasas de finalización de la enseñanza primaria y secundaria. Por el contrario, las mujeres jefas de hogar que viven en zonas urbanas tienen más probabilidades de completar su educación en todos los niveles escolares.

Es más probable que las mujeres jefas de hogar que estuvieron embarazadas en la adolescencia participen en la fuerza de trabajo, estén empleadas y tengan más ingresos laborales que las que no estuvieron embarazadas en la adolescencia, y esas diferencias son mayores para todas las variables en el caso del embarazo en la adolescencia temprana. Tener hijos a temprana edad parece ejercer presión sobre las mujeres para que ingresen a la fuerza laboral, obtengan empleo y pasen más tiempo trabajando. Sin embargo, la participación en la fuerza laboral y las tasas de empleo disminuyen en las mujeres con un mayor número de hijos y en las que están casadas o en una unión sexual. También hay una mayor probabilidad de que las mujeres jefas de hogar que viven en zonas urbanas participen en la fuerza laboral y estén empleadas. La pobreza se asocia con una mayor probabilidad de participar en la fuerza laboral, pero la probabilidad de estar empleadas es menor entre las mujeres jefas de hogar en situación de extrema pobreza. Las mujeres que se embarazaron en la adolescencia tendían a tener más ingresos laborales que las que se embarazaron después de los 19 años, pero debido a su menor nivel educativo, la mayor cantidad de ingresos obtenidos por las madres adolescentes probablemente refleje un mayor número de horas de trabajo en lugar de un mayor salario.

¹³ Wilson-Mitchell et al. (2014).

¹⁴ Holness (2015). Pág. 678.

¹⁵ Conde-Agudelo et al. (2005).

¹⁶ Chen et al. (2007).

¹⁷ Harner (2004). Pág. 313.

¹⁸ Vicepresidencia de la República Dominicana (2019). "El matrimonio infantil y las uniones tempranas: Resumen del estudio de conocimientos, actitudes y prácticas en seis municipios de la República Dominicana."

Recuadro 2: Correlaciones entre el embarazo en la adolescencia y las condiciones socioeconómicas de los hogares encabezados por mujeres

Tabla 5. Efecto del embarazo en la adolescencia temprana y tardía en la participación en el mercado laboral, el nivel educativo y la dependencia de los programas sociales entre las mujeres jefas de hogar de entre 20 y 30 años.

VARIABLES	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
	Total de hijos	Participación laboral	Ocupada	Ln (Ingreso Mensual)	Al menos primaria completa	Al menos secundaria completa	Universidad completa	Beneficiaria Comer es Primero	Afiliada SENASA
Madre antes de los 15 años	0.770*** (0.00756)	0.288*** (0.00488)	0.372*** (0.00515)	6,248*** (83.23)	-0.224*** (0.00327)	-0.235*** (0.00428)	-0.00967*** (0.00240)	0.0103*** (0.00277)	-0.0922*** (0.00459)
Madre entre 15-19 años	0.592*** (0.00218)	0.134*** (0.00150)	0.108*** (0.00159)	1,083*** (25.64)	-0.0163*** (0.00101)	-0.0959*** (0.00132)	-0.0112*** (0.000740)	0.000396 (0.000853)	0.0284*** (0.00141)
Casada o unida	0.190*** (0.00251)	-0.126*** (0.00161)	-0.0645*** (0.00170)	1,483*** (27.51)	-0.0225*** (0.00108)	-0.0454*** (0.00141)	0.0912*** (0.000794)	-0.0393*** (0.000916)	-0.0573*** (0.00152)
Total de hijos		-0.146*** (0.00382)	-0.0770*** (0.00404)	-3,266*** (65.24)	-0.0425*** (0.00256)	-0.0213*** (0.00335)	-0.0920*** (0.00188)	0.0283*** (0.00217)	0.294*** (0.00360)
Total hijos al cuadrado		-0.00283*** (0.000868)	-0.0161*** (0.000916)	269.2*** (14.81)	-0.000701 (0.000581)	-0.0137*** (0.000761)	0.0117*** (0.000427)	-0.00301*** (0.000493)	-0.0501*** (0.000817)
Edad	0.115*** (0.000391)	0.0331*** (0.000273)	0.0362*** (0.000288)	420.0*** (4.655)	-0.00116*** (0.000183)	0.0175*** (0.000239)	0.00652*** (0.000134)	0.0158*** (0.000155)	0.00677*** (0.000257)
Urbano	0.147*** (0.00303)	0.105*** (0.00194)	0.0690*** (0.00205)	1,842*** (33.12)	0.0206*** (0.00130)	0.00869*** (0.00170)	0.0580*** (0.000956)	-0.00803*** (0.00110)	-0.0171*** (0.00183)
ICV1	0.525*** (0.00435)	0.0655*** (0.00285)	-0.0193*** (0.00301)	-3,584*** (48.63)	-0.596*** (0.00191)	-0.824*** (0.00250)	-0.142*** (0.00140)	0.0776*** (0.00162)	0.114*** (0.00268)
ICV2	0.336*** (0.00311)	-0.00392* (0.00203)	0.00664*** (0.00215)	-3,936*** (34.71)	-0.206*** (0.00136)	-0.566*** (0.00178)	-0.163*** (0.00100)	0.0804*** (0.00116)	0.138*** (0.00191)
ICV3	0.0950*** (0.00291)	0.0120*** (0.00187)	0.00634*** (0.00197)	-2,968*** (31.87)	-0.0500*** (0.00125)	-0.248*** (0.00164)	-0.145*** (0.000920)	0.0125*** (0.00106)	0.110*** (0.00176)
Regiones de desarrollo									
Cibao Nordeste	0.205*** (0.00462)	0.00167 (0.00295)	0.00396 (0.00311)	-751.8*** (50.35)	-0.0671*** (0.00198)	-0.220*** (0.00259)	0.0429*** (0.00145)	-0.0590*** (0.00168)	-0.0241*** (0.00278)
Cibao Noroeste	0.0537*** (0.00641)	0.0141*** (0.00409)	0.0456*** (0.00432)	-1,707*** (69.78)	-0.191*** (0.00274)	-0.109*** (0.00358)	-0.0179*** (0.00201)	0.0299*** (0.00232)	-0.323*** (0.00385)
Cibao Norte	0.0605*** (0.00367)	0.0458*** (0.00234)	0.130*** (0.00247)	1,211*** (39.94)	-0.120*** (0.00157)	-0.196*** (0.00205)	0.0574*** (0.00115)	-0.0308*** (0.00133)	-0.191*** (0.00220)
Cibao Sur	0.0378*** (0.00481)	-0.0685*** (0.00307)	0.00485 (0.00324)	1,211*** (52.37)	-0.152*** (0.00206)	-0.202*** (0.00269)	0.0813*** (0.00151)	-0.0454*** (0.00174)	-0.0497*** (0.00289)

Tabla 5. Efecto del embarazo en la adolescencia temprana y tardía en la participación en el mercado laboral, el nivel educativo y la dependencia de los programas sociales entre las mujeres jefas de hogar de entre 20 y 30 años. (Continuación)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Regiones de desarrollo									
El Valle	0.211*** (0.00833)	0.116*** (0.00532)	0.242*** (0.00562)	3,577*** (90.82)	0.0276*** (0.00356)	-0.0309*** (0.00467)	0.102*** (0.00262)	0.0223*** (0.00302)	-0.159*** (0.00501)
Enriquillo	0.262*** (0.00597)	0.0237*** (0.00382)	0.0181*** (0.00403)	-1,177*** (65.13)	-0.0724*** (0.00256)	0.0414*** (0.00335)	0.0487*** (0.00188)	0.130*** (0.00217)	-0.0270*** (0.00359)
Higuamo	0.0672*** (0.00435)	0.193*** (0.00277)	0.246*** (0.00293)	3,033*** (47.30)	0.0694*** (0.00186)	0.0837*** (0.00243)	0.145*** (0.00136)	0.0560*** (0.00157)	0.109*** (0.00261)
Valdesia	0.259*** (0.00347)	0.0329*** (0.00223)	0.0155*** (0.00235)	-1,361*** (38.00)	-0.109*** (0.00149)	0.0133*** (0.00195)	-0.0161*** (0.00110)	-0.0943*** (0.00126)	-0.0713*** (0.00210)
Yuma	-0.00155 (0.00394)	0.0918*** (0.00252)	0.0665*** (0.00266)	-293.2*** (42.99)	-0.142*** (0.00169)	-0.188*** (0.00221)	0.0594*** (0.00124)	-0.0527*** (0.00143)	-0.214*** (0.00237)
Constante	-1.952*** (0.0113)	-0.0945*** (0.00784)	-0.324*** (0.00827)	-533.0*** (133.7)	1.156*** (0.00525)	0.687*** (0.00687)	0.0322*** (0.00386)	-0.380*** (0.00445)	-0.256*** (0.00738)
Observaciones	449,380	449,380	449,380	449,380	449,380	449,380	449,380	449,380	449,380
R-cuadrado	0.282	0.107	0.094	0.131	0.293	0.366	0.184	0.093	0.113
Prueba: El coeficiente de "Madre antes de los 15 años" es igual al coeficiente de "Madre entre 15-19 años"									
Chi-cuadrado	450.92	1128.85	3868.87	1560.14	1583.45	1112.05	2.33	10.93	992.33
Valor P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.1273	0.0009	0.0000
Resultado prueba al 95% de nivel de significancia	Rechazada	Rechazada	Rechazada	Rechazada	Rechazada	Rechazada	No rechazada	Rechazada	Rechazada

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENFCT 2018.

Nota: Variable dependiente es igual a 1 si la jefa de hogar cumple con la condición indicada en el nombre de la columna y cero en caso contrario. Primaria completa se refiere a completar al menos ocho años de estudios. Modelos de Mínimos Cuadrados Ponderados (WLS) usando como ponderado el factor de expansión de las mujeres de 15-19 años, errores estándares robustos en paréntesis, *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.

Es más probable que las mujeres jefas de hogar que se embarazaron siendo adolescentes participen en los programas de protección social y en los planes de seguro subsidiados. La dependencia de los programas sociales se correlaciona positivamente con el número total de hijos, la edad y la situación de pobreza. Los hogares encabezados por mujeres ubicados en las regiones de Cibao Noroeste, El Valle, Enriquillo e Higuamo tienen más probabili-

dades de estar inscritos en el programa de apoyo nutricional Comer es Primero, mientras que los hogares encabezados por mujeres en la región de Higuamo tienen más probabilidades de estar inscritos en el plan de Seguro Familiar de Salud en el Régimen Subsidiado. La participación en los programas de protección social es menos probable entre las mujeres jefas de hogar que cohabitan y entre las que viven en zonas urbanas.



Políticas, programas y gasto público en el embarazo en la adolescencia en la República Dominicana

Políticas y planes

Desde principios de la década de los 90, la RD ha adoptado un marco de políticas compuesto por leyes, planes estratégicos, iniciativas gubernamentales y convenciones internacionales diseñado para abordar el embarazo en la adolescencia; sin embargo, los encargados de la formulación de políticas se han abstenido de prohibir el matrimonio temprano o de ampliar el acceso a los métodos anticonceptivos modernos. El Artículo 144 del Código Penal dominicano establece que la edad mínima para contraer matrimonio es de 18 años para los varones y de 15 para las mujeres, y que se podrán conceder excepciones por un juez o por el consentimiento de los padres, de conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 49-99. La Constitución de la RD establece que el Estado debe proteger a los niños y adolescentes de toda forma de abuso o violencia, incluida la violencia sexual y la Ley N° 136-03 tipifica como delito la actividad sexual entre adolescentes y adultos con una diferencia de edad de cinco años o más. Sin embargo, la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) de 2014 reveló que el 35 por ciento de las adolescentes tardías que estaban casadas o en unión sexual tenían un esposo o pareja con una diferencia de edad de cinco a nueve años, mientras que el 23.2 por ciento tenía un esposo o pareja con una diferencia de edad de 10 años o más.¹⁹ Además, el Código Penal (Ley N° 550-14, Artículos

107 y 108) prohíbe el aborto excepto en los casos en que el embarazo ponga en peligro la vida de la madre, lo que ha creado incentivos para practicar abortos ilegales e inseguros, mientras que la prestación inadecuada de servicios de salud viola el derecho a la salud integral consagrado en el Artículo 61 de la Constitución de la RD.

La Estrategia Nacional de Desarrollo (END) 2030 de la RD reconoce que el embarazo en la adolescencia es un gran desafío y destaca el papel de la educación, la igualdad de derechos y la ampliación de oportunidades para los jóvenes y las mujeres en la prevención del embarazo en la adolescencia y la lucha contra la marginación económica de las adolescentes embarazadas.

La END 2030 pide que se fortalezca la educación sobre salud sexual y reproductiva; se promuevan la paternidad y la planificación familiar responsables; se establezcan procedimientos para prevenir, denunciar y enjuiciar el acoso sexual, la violencia y la explotación contra los niños, los adolescentes y las mujeres; y se ayude a las adolescentes embarazadas a permanecer en el sistema escolar. Como parte de la Política Nacional de Desarrollo de la Primera Infancia, se han creado centros de atención integral a la primera infancia y centros de atención a la infancia y la familia para prestar servicios de atención a los niños menores de cinco años, y el Pacto Nacional para la Reforma Educativa de 2014 pide que se establezcan centros de desarrollo de la primera infancia cerca de las universidades

¹⁹ Véase ONE-UNICEF (2016): ENHOGAR-MICS 2014. Tabla CP.9. Pág. 220

y los centros de formación vocacional para aliviar la carga de las estudiantes con niños pequeños. El pacto también apoya la incorporación de la salud sexual y reproductiva en el programa escolar, y el Ministerio de Educación ha propuesto la implementación de la educación en materia de salud sexual y reproductiva en todos los niveles de la educación preuniversitaria, aunque esta política no ha sido oficialmente aprobada.

El Gobierno adoptó el primer Plan de Prevención del Embarazo en Adolescentes (Plan EA)²⁰ en 2010, pero los problemas presupuestarios y de gobernanza socavaron su eficacia. El plan fue coordinado inicialmente por el Comité Técnico Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, que estaba compuesto por representantes de los Ministerios de Educación, Salud Pública, de la Mujer y de la Juventud, así como del Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia (CONANI) y del Consejo Nacional para el VIH y el SIDA (CONAVIHSIDA). Sin embargo, las responsabilidades de coordinación se transfirieron al Ministerio de la Mujer y luego al Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales (GCPS).²¹ Una evaluación del Plan EA reveló problemas clave, entre ellos la insuficiencia de recursos financieros para implementar programas sociales y abordar las causas del embarazo en la adolescencia; la falta de apoyo oportuno a las madres adolescentes cuando regresan a la escuela; la falta de integración de los hijos de las adolescentes al sistema de protección social; la falta de atención a las poblaciones de adolescentes con necesidades específicas; la insuficiente integración de la población masculina dentro del marco operacional del plan; y la ausencia de un sistema amplio de monitoreo y evaluación de todas las iniciativas implementadas como parte del plan. Además, la mayoría de los programas sociales implementados por el gobierno se centraron en la ampliación de la educación sobre salud sexual y reproductiva entre las adolescentes, y el plan no abordó adecuadamente toda la gama de factores socioeconómicos y culturales que influyen en el embarazo en la adolescencia.²²

En 2019, el gobierno aprobó el Plan de la Respuesta Nacional para la Reducción del Embarazo en Adolescentes (PREA) para 2019-2023. El PREA se basó en los mandatos establecidos en la END 2030, el Pacto Nacional para la Reforma Educativa y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).²³ La implementación del PREA involucra

a 27 organismos gubernamentales, a 10 organizaciones no gubernamentales (ONG) y a 11 agencias especializadas de la ONU y de instituciones de cooperación internacional.²⁴ Mientras tanto, el Pacto Nacional para la Reforma Educativa prevé la incorporación de la educación sexual en el plan de estudios desde la primera infancia (Acuerdo 4.2.4), la ampliación de los programas de educación sexual y el fortalecimiento de los planes de apoyo parental para ayudar a los padres y madres adolescentes a permanecer en el sistema escolar (Acuerdo 3.1.6).²⁵

Para 2023, el PREA tiene como objetivo una reducción en las tasas de embarazo en la adolescencia temprana y tardía de al menos 5 puntos porcentuales por debajo de la línea de base de la encuesta MICS de 2014.²⁶ El plan tiene por objeto reducir las tasas de embarazo en la adolescencia de manera progresiva a lo largo de los cinco años de su implementación (Tabla 6). El PREA está diseñado en torno a cuatro pilares estratégicos: i) la prevención del embarazo en la adolescencia; ii) la prestación de una atención adecuada en respuesta al embarazo en la adolescencia; iii) la protección de los derechos de los niños y adolescentes; y iv) la promoción de la defensa política en favor de los niños y adolescentes.

Tabla 6. Disminución esperada de la tasa global de embarazos en la adolescencia bajo el PREA, 2019-2023

Año	Puntos porcentuales
2019	0.0
2020	-1.0
2021	-1.5
2022	-1.5
2023	-1.0
2019-2023	-5.0

Fuente: Elaboración de los autores con base en el PREA 2019-23.

Aunque el PREA incluye actividades más detalladas que el Plan EA, y está acompañado de un mecanismo de monitoreo y seguimiento, aún no se han definido su marco de gobernanza y sus arreglos presupuestarios. Cada uno de los temas estratégicos del PREA 2019-2023 abarca

²⁰ <https://dominicanrepublic.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PlanPrevencionCompleto.pdf>

²¹ Plan Nacional para la Reducción de Embarazos en Adolescentes (PREA) 2019-2023

²² GCPS, 2019.

²³ Los ODS relacionados con la reducción del embarazo en la adolescencia incluyen: Fin de la Pobreza (ODS 1), Salud y Bienestar (ODS 3), Educación de Calidad (ODS 4) e Igualdad de Género (ODS 5).

²⁴ GCPS, 2019.

²⁵ Pacto Nacional para la Reforma Educativa, 2014.

²⁶ El informe de la Encuesta ENHOGAR- MICS 2014 encontró que el 21.4 por ciento de las mujeres de 20 a 24 años habían tenido al menos un hijo nacido vivo antes de los 18 años.

líneas de acción específicas que abordan directamente las múltiples causas del embarazo en la adolescencia, y su implementación se evaluará mediante un sistema de monitoreo y evaluación de 36 indicadores. Sin embargo, todavía se está preparando un decreto presidencial por el que se designará la institución coordinadora y se estipularán los organismos públicos que formarán la nueva Comisión Interinstitucional. Además, en el Acuerdo Interinstitucional se debe describir el papel que desempeñan las diversas partes interesadas y definir sus respectivas responsabilidades en cuanto a los resultados del plan. Las cuestiones de gobernanza y presupuestarias socavaron la eficacia del Plan EA y, para evitar problemas similares, el gobierno debe definir la cantidad de recursos que el PREA asignará a cada organismo, incluyendo el financiamiento del monitoreo y la evaluación.

En reconocimiento a la relevancia del matrimonio infantil y las uniones tempranas como un factor altamente asociado con el embarazo en la adolescencia, existe la propuesta de un Plan Nacional para la Prevención y Reducción del Matrimonio Infantil y las Uniones Tempranas en la República Dominicana (Plan MIUT) 2030.

El Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales (GCPS), con el apoyo de UNICEF, presentó en julio de 2020 el borrador final del Plan MIUT 2030 que tiene como objetivo erradicar el matrimonio infantil para el año 2025 y reducir al menos en un 5 por ciento las uniones tempranas en relación con la línea de base (ENHOGAR 2014) para el año 2030. Como resultado, se espera que aumente la escolarización y que se reduzca el embarazo en la adolescencia, la necesidad insatisfecha de anticonceptivos, la mortalidad materna y neonatal y la violencia de género. El Plan MIUT delinea sus mecanismos de intervención en coordinación con el PREA. Su aprobación está pendiente por parte del Poder Ejecutivo.²⁷

Programas de prevención del embarazo en la adolescencia y apoyo a las madres adolescentes

Los primeros programas integrales orientados a brindar atención al embarazo en la adolescencia y a capacitar al personal de salud para tal fin se establecieron en

1993, pero los programas de prevención del embarazo en la adolescencia y de educación sobre salud sexual y reproductiva no comenzaron a proliferar hasta 2012.

En 1993, el Ministerio de Salud Pública estableció el Programa Nacional de Salud Integral de los Adolescentes y el Programa de Atención Prenatal Integral para Adolescentes, y en 2002 y 2014 se establecieron unidades de atención integral de la salud de los adolescentes en los hospitales públicos de todo el país. Estas iniciativas se centraron principalmente en la atención prenatal y postnatal y en la educación sexual para la planificación del segundo embarazo. A partir de 2012, el enfoque del gobierno viró hacia la prevención del embarazo en la adolescencia, la educación sobre salud sexual y reproductiva y las redes de capacitación de capacitadores apoyadas por diversas ONGs. Tras el lanzamiento del Plan EA, nuevas partes interesadas comenzaron a implementar iniciativas de prevención del embarazo en la adolescencia, entre ellas el Ministerio de Educación (2013), CONAVIHSIDA (2013), el programa Progresando con Solidaridad (PROSOLI) (2013), el Ministerio de la Mujer (2015) y el Ministerio de la Juventud (2016). Entre 2012 y 2018, se establecieron en promedio dos programas de prevención del embarazo en la adolescencia cada año.

Durante el período 2012-19, el gobierno implementó 21 programas diseñados para prevenir directamente el embarazo en la adolescencia y apoyar a las madres adolescentes, así como otros programas que impactan indirectamente al embarazo en la adolescencia.

Los programas directamente relacionados con el embarazo en la adolescencia se centraron en: educación sexual y reproductiva (6); salud reproductiva (6); orientación familiar (2); mejora de las aspiraciones (4); protección contra el abuso sexual (1); e intervenciones multidimensionales (2). Sin embargo, las deficiencias en el registro de los beneficiarios de esas intervenciones impiden una evaluación completa de su cobertura. Otros programas que tuvieron un impacto indirecto sobre el embarazo en la adolescencia son la Jornada Escolar Extendida y el programa de apoyo al progreso educativo (Bono Escolar Estudiando Progreso), que ofrece una transferencia monetaria condicionada a los estudiantes de bachillerato que cumplan con los requisitos (Tabla 7).

²⁷ Borrador final. Plan Nacional para la Prevención y Reducción del Matrimonio Infantil y las Uniones Tempranas en la República Dominicana (Plan MIUT) 2030.

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Tabla 7. Programas gubernamentales destinados a prevenir el embarazo en la adolescencia y a apoyar a las madres adolescentes, 2012-2018

Área de intervención	Título del programa	Mecanismo de intervención	Año de inicio	Entidad implementadora
Atención a las madres adolescentes	Proyecto sobre el embarazo en la adolescencia	Asesoramiento de salud sobre el embarazo y el parto para las madres adolescentes	2017	PROSOLI
	Por un Comienzo Positivo (Programa Comunidades Inteligentes)	Educación sobre el embarazo, el parto y el posparto para las mujeres embarazadas de bajos ingresos, incluidas las adolescentes	2013	Despacho de la Primera Dama
Educación sobre salud sexual y reproductiva	Programa de Capacitación de Instructores	Educación sexual	2012	Adelante Jóvenes Adelante (AJA), en coordinación con el Ministerio de Salud Pública
	Educación basada en habilidades para la vida sobre las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA	Educación sexual	2013	Ministerio de Educación y CONAVIHSIDA
	Fortalecimiento de la estrategia integrada de educación sexual	Educación sexual	2014	Ministerio de Educación, Unión Europea y AECID
	Centro de Promoción de la Salud Integral de Adolescentes	Educación sexual y Red TTT	2015	Ministerio de la Mujer
	Proyecto para el fortalecimiento de los servicios integrales para adolescentes, con énfasis en la prevención y la atención del embarazo en la adolescencia	Servicios integrales de salud para adolescentes y capacitación de instructores	2017	Ministerio de Salud Pública y Ministerio de Educación
	Programa de investigación, planificación y asesoría de la población y familia	Capacitación, sensibilización y divulgación de información sobre salud sexual y reproductiva, violencia doméstica y sociedad basada en valores		Consejo Nacional de Población y Familia
Familia	Programa Familias Fuertes: «Amor y límites»	Capacitación, sensibilización y asesoramiento para las familias diseñada para fortalecer la comunicación y construir valores familiares fundamentales	2012	AJA y Ministerio de Salud Pública
	Escuelas de Familia	Educación para padres e hijos sobre diversos temas, incluida la educación sexual		PROSOLI
Programas integrados	Jóvenes Progresando con Solidaridad	Capacitación de instructores en educación sexual y otros temas	2013	PROSOLI
	Centro de Apoyo Emocional Integral para Adolescentes Embarazadas (Programa Comunidades Inteligentes)	Apoyo y asesoramiento terapéutico y psicosocial para adolescentes embarazadas	2014	Despacho de la Primera Dama
Prevención del abuso infantil	Tolerancia Cero al embarazo en menores de 15 años	Sensibilización de los trabajadores de la salud y la educación para comprender el abuso sexual de los niños	2014	AJA y Ministerio de Salud Pública

Tabla 7. Programas gubernamentales destinados a prevenir el embarazo en la adolescencia y a apoyar a las madres adolescentes, 2012-2018 (Continuación)

Área de intervención	Título del programa	Mecanismo de intervención	Año de inicio	Entidad implementadora
Aspiraciones de vida	Yo Decido Esperar	Educación sexual y capacitación de instructores	2014	PROSOLI
	Bebé, Piénsalo Bien	Simuladores de crianza y charlas sobre paternidad	2015	PROSOLI
	Tu no Ta' Pa'eso	Educación sexual y capacitación de instructores	2016	Ministerio de la Juventud
	Club de Chicas	Actividades y educación para prevenir el embarazo en la adolescencia	2018	PROSOLI
Educación sobre salud sexual y reproductiva	Programa de atención prenatal integral para adolescentes	Visitas de atención prenatal y posparto y educación sexual	1993	Ministerio de Salud Pública
	Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de las y los Adolescentes (PRONAISA)	Capacitación de proveedores de atención de la salud y de instructores en atención posparto	1993	Ministerio de Salud Pública
	Unidades de atención integral de la salud de los adolescentes	Servicios integrales de salud para adolescentes	2002-2014*	Ministerio de Salud Pública
	Enfoque integrado de la salud de los adolescentes enfatizando la reducción de los embarazos en la adolescencia y la mortalidad materna	Asesoramiento sobre la prevención del embarazo en la adolescencia para jóvenes y personal de salud	2014	Ministerio de Salud Pública
	adolescencia y la mortalidad materna			

Fuente: Elaboración de los autores con base en información del PREA y PROSOLI.

No se dispone de información sobre la población adolescente atendida por estos programas, lo que complica los esfuerzos para medir su cobertura. Algunos programas han identificado adecuadamente a sus beneficiarios, entre ellos las iniciativas Bebe, Piénsalo Bien; Yo Decido Esperar y Club de Chicas, desarrolladas dentro del marco de PROSOLI, y los programas Centro de Atención Prenatal Integral para Adolescentes y Por un Comienzo Positivo desarrollados por el Despacho de la Primera Dama. En conjunto, estos programas beneficiaron a 30,138 adolescentes en 2019 (Tabla 8). Sin embargo, otros programas no han logrado diferenciar entre la población adolescente objetivo y la población adulta objetivo, incluidos los pro-

gramas de salud sexual y reproductiva implementados por el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de la Mujer, el Ministerio de la Juventud, el Consejo Nacional de Población y Familia y el programa de Escuelas de Familia dentro del marco de PROSOLI. Los programas de salud sexual y reproductiva dirigidos tanto a adolescentes como a adultos llegaron a 929,007 beneficiarios en 2019.²⁸

En 2018, la población total de la RD de entre 10 y 19 años ascendía a 1,894,072 habitantes, de los cuales 81,335 (4.3 por ciento) vivían en la pobreza extrema, 499,939 (26.4 por ciento) en pobreza moderada y 870,783 (46.0 por ciento) en hogares vulnerables a la pobreza.

²⁸ Estas estimaciones se basan en la ENCFT 2018. La pobreza extrema, la pobreza moderada y la vulnerabilidad corresponden a las clasificaciones ICV-1, 2 y 3 en el SIUBEN.

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Tabla 8. Programas destinados a prevenir el embarazo en la adolescencia, a apoyar a las madres adolescentes o a proporcionar educación sexual y reproductiva, por número de beneficiarios, 2015-2019

	2015	2016	2017	2018	2019
PROGRAMAS SOCIALES QUE DIFERENCIAN A LA POBLACIÓN ADOLESCENTE ATENDIDA					
Programa PROSOLI					
Bebé, Piénsalo Bien: Número de adolescentes y jóvenes con asesoramiento en SSR	90,774	81,170	51,220	29,745	25,004
Despacho de la Primera Dama					
Centro de Atención Integral Prenatal para Adolescentes		176	210	1,137	1,668
Por un Comienzo Positivo (Población adolescente)*				2,241	3,466
PROGRAMAS SOCIALES QUE DIFERENCIAN A LA POBLACIÓN ADULTA ATENDIDA					
Despacho de la Primera Dama					
Por un Comienzo Positivo (Población adulta)*				6,113	10,359
PROGRAMAS SOCIALES QUE NO DIFERENCIAN ENTRE LAS POBLACIONES DE ADULTOS Y ADOLESCENTES ATENDIDAS					
Programa PROSOLI					
Resultado: Miembros de la familia con asesoramiento sobre prevención de embarazos y ETS	388,975	581,975	506,284		570,398
Ministerio de Salud Pública					
Programa de Salud Colectiva. Resultado: Población en edad de procrear que está informada y empoderada y que recibe el paquete completo de promoción de SSR					348,856
Ministerio de la Mujer					
Promoción de los Derechos Integrales de la Mujer. Resultado: Mujeres y chicas jóvenes y adolescentes sensibilizadas sobre salud sexual y reproductiva					7,517
Consejo Nacional de Población y Familia					
Programa de investigación, planificación y asesoría de la población y familia. Resultado: Población nacional que recibió capacitación, sensibilización e información sobre la prevención de embarazos y asesoramiento sobre SSR					2,236
Programa de investigación, planificación y asesoría de la población y familia. Resultado: Número de personas capacitadas en los talleres de Orientación en Vida Familiar para una Sociedad Fundamentada en Valores					1,401
PROGRAMAS SOCIALES QUE NO DIFERENCIAN ENTRE BENEFICIARIOS, INTERVENCIONES O EDAD DE LOS BENEFICIARIOS					
Ministerio de la Juventud					
Programa de Desarrollo Integral de la Juventud. Resultado: Jóvenes que acceden a servicios de formación integral o a incentivos y al financiamiento de becas nacionales e internacionales**					124,506

Fuente: Estimaciones de los autores basadas en DIGEPRES e Informes Institucionales Anuales.

(*) Componentes de Comunidades Inteligentes. (**) El número de beneficiarios no diferencia por tipo de intervención dentro del Programa de Desarrollo Integral de la Juventud.

Tabla 9. Gasto público en programas de prevención del embarazo en la adolescencia, apoyo a las madres adolescentes y educación en materia de salud sexual y reproductiva, 2018-19

	2015	2016	
	Gasto presupuestado	Gasto presupuestado	Gasto ejecutado
<i>La presentación de informes diferencia e identifica los gastos realizados en la prestación de servicios a la población adolescente destinataria</i>			
Club de Chicas	31,245.0		
Bebé, Piénsalo Bien	183,621.6		
Yo decido esperar	90,881.4		
<i>La presentación de informes no diferencia los gastos por tipo de intervención o edad de la población destinataria</i>			
Ministerio de Salud Pública		584,717.8	35,712.4
Ministerio de la Mujer		59,446.3	36,528.2
Consejo Nacional de Población y Familia		47,767.2	39,109.3
<i>La presentación de informes no diferencia los gastos por tipo de intervención o edad de la población destinataria</i>			
Ministerio de la Juventud		4,737,880.5	4,138,073.8
Despacho de la Primera Dama (Programa Comunidades Inteligentes)			961,468.6

Fuente: Estimaciones de los autores basadas en DIGEPRES e Informes Institucionales Anuales.

Nota: Tipo de cambio del peso dominicano por US\$: 2018: RD\$49.5151, 2019: RD\$51.3068.

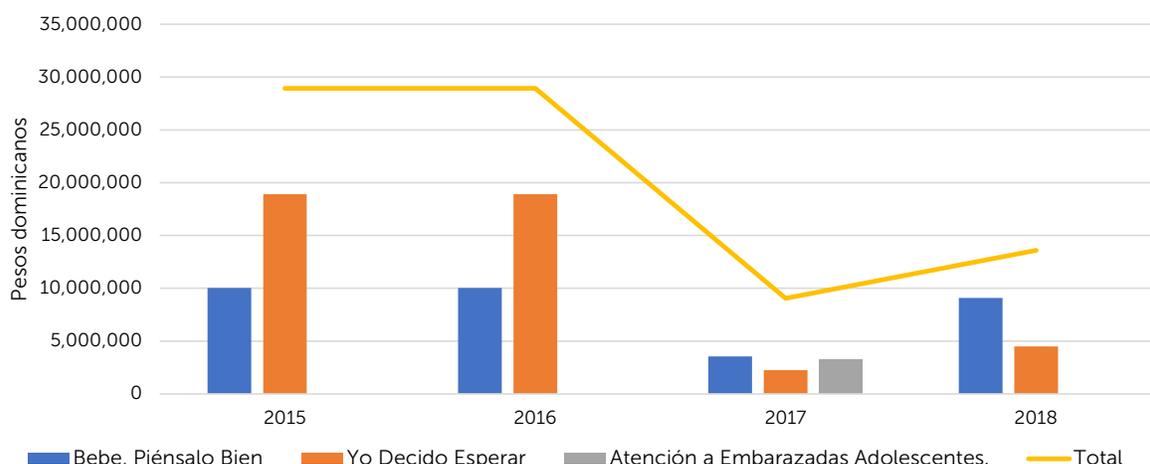
Gasto público en programas de prevención del embarazo en la adolescencia y apoyo a las madres adolescentes

El gasto público en programas destinados a prevenir el embarazo en la adolescencia o apoyar a las madres adolescentes es insignificante o no puede distinguirse de los gastos destinados a otras poblaciones y actividades objetivo. El gasto presupuestado para programas dirigidos explícitamente a la población adolescente atendida es bajo,²⁹ y los programas que no distinguen entre beneficiarios adolescentes y adultos tenían un presupuesto combinado de menos de US\$5.4 millones en 2019 (Tabla 9). Además, algunos programas con actividades focalizadas hacia los adolescentes, por ejemplo, el programa Escuelas de Familia de PROSOLI, no reportan sus gastos de manera desagregada.

La falta de información consistente sobre los gastos y los beneficiarios de los programas para la prevención del embarazo en la adolescencia, la educación en materia de salud sexual y reproductiva y el apoyo a las madres adolescentes impide un análisis significativo de sus niveles de financiamiento. Los datos disponibles sobre los gastos y los beneficiarios de los programas son fragmentarios. Por ejemplo, PROSOLI redujo el gasto en programas de prevención del embarazo en la adolescencia (Figura 25), mientras que el número de beneficiarios de los programas implementados por el Despacho de la Primera Dama aumentó con el tiempo (Tabla 7). Sin embargo, la ausencia de información sistemática impide evaluar la tendencia general del gasto y la cobertura. Esta importante laguna de información se extiende al PREA, que aún no publica las estimaciones de los gastos totales necesarios para su implementación. Si bien el PREA incluye estrategias, líneas de acción y actividades para cada objetivo, no

²⁹ Por ejemplo, en 2018 el programa Bebé Piénsalo Bien contaba con 29,745 adolescentes beneficiarias y una asignación de US\$180,000, es decir, sólo US\$6.17 por beneficiaria.

Figura 25. Presupuesto anual para la prevención del embarazo en la adolescencia dentro del marco de PROSOLI, por programa, 2015-18



Fuente: Estimaciones de los autores basadas en los informes anuales de PROSOLI.

define el presupuesto necesario para la implementación de cada actividad ni tampoco al organismo responsable de su implementación.

Definir claramente y desglosar los recursos presupuestarios y los niveles de cobertura de los programas de educación en materia de salud sexual y reproductiva y de prevención de embarazos es un requisito previo para evaluar la eficiencia del gasto público. El costo total del Plan EA se estima en RD\$522.2 millones a precios del 2019, o RD\$87.0 millones (alrededor de US\$1.70 millones) anuales. Aunque el PREA no ha sido presupuestado, prevé un conjunto de actividades más amplio que el del Plan EA y puede requerir más recursos. Mientras tanto, el presupuesto de 2019 incluye cuatro iniciativas que se centran parcial o totalmente en la prevención del embarazo en la adolescencia o en la educación en materia de salud sexual y reproductiva: el Enfoque de Salud Integral de los Adolescentes del Ministerio de Salud, que hace hincapié en la reducción del embarazo en la adolescencia y de la mortalidad materna; el Centro de Promoción de Salud Integral de Adolescentes del Ministerio de la Mujer; el Centro de Atención Prenatal Integral para Adolescentes fundado por el Despacho de la Primera Dama; y el Proyecto de Fortalecimiento de la Salud Integral de los Adolescentes.

Desde una perspectiva a mediano plazo, el financiamiento de los programas de prevención del embarazo en la adolescencia y de educación sobre salud sexual y reproductiva puede ser más rentable que abordar el embarazo y la maternidad en la adolescencia. UNFPA-INTEC (2013)³⁰ estimaron que el costo total anual de la atención de los embarazos y la maternidad en la adolescencia en 2013 fue de RD\$2,100 millones, lo que equivale a US\$50.3 millones o el 0.08 por ciento del PIB. En ese momento, el costo anual de la atención de los embarazos y la maternidad en la adolescencia era 33 veces superior al costo anual de la aplicación del Plan EA. Este hallazgo es consistente con la demanda de servicios de salud reproductiva entre las adolescentes tardías. En un período de 12 meses, las adolescentes que informan haber estado embarazadas tienen tres veces más probabilidades de requerir servicios de salud reproductiva que las adolescentes que nunca han estado embarazadas (53.3 por ciento frente a 15.5 por ciento), y ambos grupos dependen principalmente de los hospitales u otros centros de salud pública.³¹ Medidas que reduzcan el embarazo en la adolescencia podrían reducir significativamente los costos en el sistema de salud pública (Tabla 10).

³⁰ UNFPA-INTEC 2013.

³¹ ENHOGAR 2018.

Tabla 10. Porcentaje de adolescentes que han visitado un centro de salud en los últimos 12 meses, por tipo de servicio de salud solicitado, tipo de establecimiento e historial de embarazo, 2018

	Total	Ha estado embarazada	Nunca ha estado embarazada
Total	22.68	53.25	15.48
Tipo de servicio de salud			
Consulta ginecológica	56.3	65.5	48.8
Consulta de embarazo	9.6	20.8	0.5
Búsqueda de métodos anticonceptivos	5.2	4.5	5.7
Información sobre el servicio	4.5	1.2	7.1
Otro	24.2	7.8	37.5
No hay información	0.3	0.1	0.4
<i>Total</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>
Lugar del servicio de salud			
Hospital u otro lugar público	69.6	78.7	62.1
Clínica o centro del sector privado	25.9	17.3	32.9
Clínica PROFAMILIA	2.8	3.2	2.5
Otro lugar del sector privado o de las ONG	0.3	0.3	0.3
Otro	1.4	0.4	2.2
No hay información	0.0	0.1	0.0
<i>Total</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>

Fuente: Estimaciones de los autores a partir de datos de ENHOGAR.2018.

IV.

Efectividad de los programas de prevención y protección del embarazo en la adolescencia

Cobertura de los programas entre las adolescentes tardías

Como se ha señalado anteriormente, la mayoría de los programas gubernamentales destinados a prevenir el embarazo en la adolescencia y a apoyar a las madres adolescentes no publican datos de cobertura y las encuestas periódicas de hogares no los incluyen en la lista de programas de protección social. La información inadecuada impide una evaluación exhaustiva de estos programas, pero una revisión de las evaluaciones de los factores causales que inciden en la probabilidad de embarazo entre las adolescentes dominicanas puede arrojar luz sobre su efectividad. Además, la participación de las adolescentes y los hogares en ciertos programas puede identificarse a partir de la encuesta ENHOGAR 2018 y compararse con la probabilidad observada de embarazo en la adolescencia.

Las adolescentes tardías que declararon haber estado embarazadas tenían menos probabilidades de haber recibido educación reproductiva que las que nunca lo habían estado. En ENHOGAR 2018, el 78.7 por ciento de las adolescentes tardías informaron haber asistido a una clase en la escuela, colegio o universidad en la que se enseñaba anatomía humana y fisiología reproductiva. Entre las adolescentes tardías que nunca habían estado emba-

razadas, el 81.3 por ciento había recibido educación sobre anatomía humana y fisiología reproductiva, frente a sólo el 67.8 por ciento de las adolescentes que habían estado embarazadas. Esta brecha en el acceso a la educación reproductiva es mayor en las zonas rurales, entre los hogares extremadamente pobres y entre las adolescentes con bajos niveles de educación (Tabla 11).

Las adolescentes tardías que informaron haber estado embarazadas tenían menos probabilidades de utilizar métodos anticonceptivos modernos y más probabilidades de obtener anticonceptivos en un hospital público. Aproximadamente 6 de cada 10 adolescentes que declararon haber tenido relaciones sexuales utilizaron un método anticonceptivo moderno.³² Las adolescentes que nunca habían estado embarazadas tenían una probabilidad ligeramente mayor de utilizar métodos anticonceptivos modernos, excepto las que vivían en pobreza extrema (Figura 26). Por lo menos 4 de cada 10 adolescentes que declararon haber tenido relaciones sexuales obtuvieron anticonceptivos en un hospital público (Figura 27).

El acceso a la educación en materia de salud sexual y reproductiva es fundamental para prevenir el embarazo en la adolescencia, y los maestros, la familia y los amigos son las principales fuentes de información sobre la reproducción para las adolescentes. Cuando

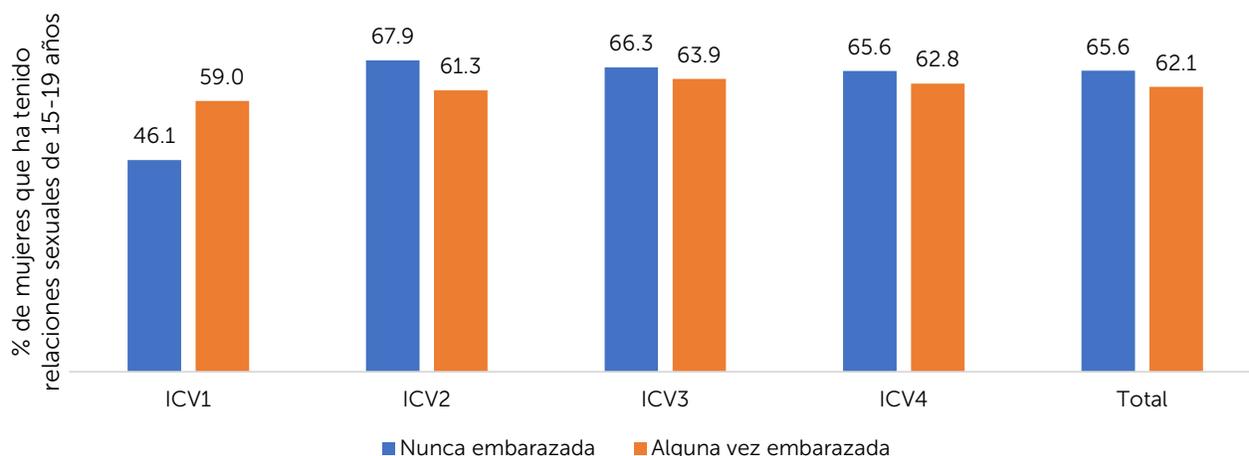
³² Los métodos anticonceptivos modernos incluyen la esterilización masculina y femenina, los anticonceptivos orales e intrauterinos y los preservativos. Los métodos anticonceptivos tradicionales incluyen el ritmo y el retiro.

Tabla 11. Porcentaje de adolescentes que informan haber asistido a una clase en la escuela o universidad en la que se impartió información sobre anatomía humana y fisiología reproductiva, por características socioeconómicas e historial de embarazo, 2018

	Ha estado embarazada	Nunca ha estado embarazada
Total	67.8	81.3
Zona		
Rural	65.2	82.0
Urbana	68.6	81.2
Puntuación de calidad de vida (SIUBEN)		
Pobreza extrema (ICV-1)	38.7	61.4
Pobreza moderada (ICV-2)	67.5	77.6
Vulnerable a la pobreza (ICV-3)	71.4	80.7
Económicamente seguro (ICV-4)	85.4	87.3
Más alto nivel de educación		
Ninguno o sólo preescolar	0.0	35.3
Primaria incompleta	39.3	54.2
Primaria completa	63.7	74.2
Secundaria incompleta	75.0	82.1
Secundaria completa	84.1	87.4
Inscrita en la enseñanza superior	80.2	89.7

Fuente: Estimaciones de los autores a partir de datos de ENHOGAR 2018.

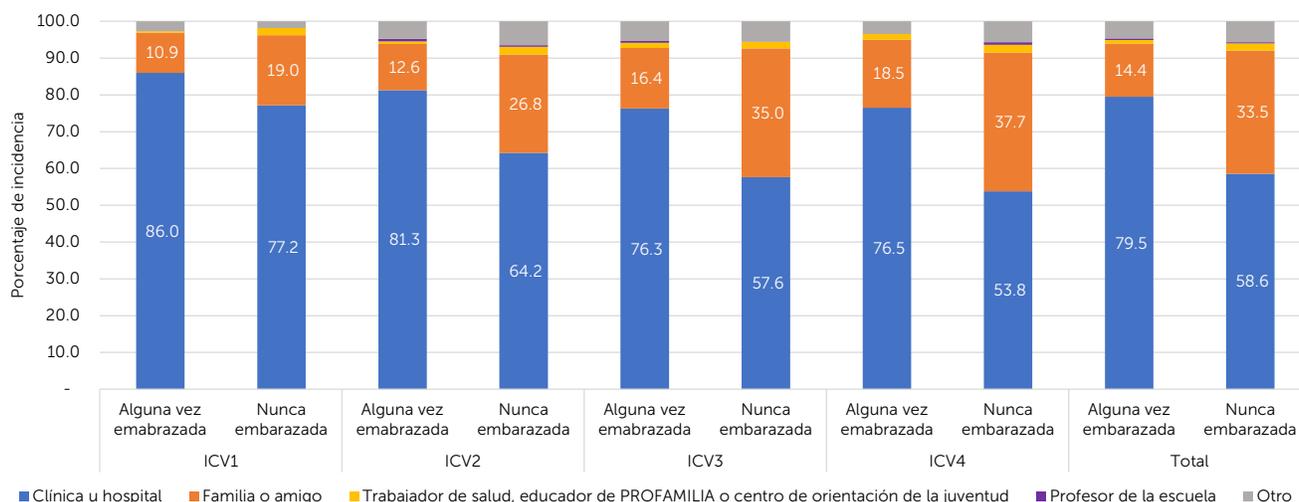
Figura 26. Porcentaje de adolescentes tardías que han tenido relaciones sexuales y que informan utilizar un método anticonceptivo moderno, por características socioeconómicas e historial de embarazo, 2018



Fuente: Estimaciones de los autores a partir de datos de ENHOGAR 2018.

Nota: Los métodos anticonceptivos modernos incluyen la esterilización masculina y femenina, los anticonceptivos orales e intrauterinos y los preservativos.

Figura 27. Fuentes de anticoncepción entre las adolescentes tardías que han tenido relaciones sexuales, por características socioeconómicas e historial de embarazo, 2018



Fuente: Estimaciones de los autores a partir de datos de ENHOGAR 2018.

se les preguntó quién les proporcionó información sobre salud sexual y reproductiva, el 69.5 por ciento de las adolescentes tardías informó haber recibido información de los maestros de la escuela, mientras que el 24.9 por ciento informó haber recibido información de un pariente (Tabla 12). Independientemente de la fuente, las adolescentes que informaron haber estado embarazadas tenían menos probabilidades de haber recibido información sobre salud reproductiva.

El acceso a los servicios públicos de salud sexual es especialmente crucial para las adolescentes de hogares marginados. Según ENHOGAR 2018, la mayoría de las adolescentes tardías con preocupaciones sobre el embarazo, el aborto, las infecciones vaginales u otros aspectos de la salud sexual y la reproducción indicaron que preferían buscar ayuda en una clínica u hospital. Esta preferencia era más fuerte entre las adolescentes de hogares en pobreza moderada y extrema, y era más fuerte entre las adolescentes que ya habían estado embarazadas (93.3 por ciento) que entre las que nunca habían estado embarazadas (82.4 por ciento). La familia y los amigos son la segunda opción más común para las adolescentes que buscan ayuda sobre temas relacionados con la salud sexual, y las adolescentes que nunca han estado embarazadas son más propensas a expresar

una preferencia por buscar ayuda de la familia y los amigos (33.5 por ciento) que las que sí han estado embarazadas (14.4 por ciento). Además, la preferencia por buscar ayuda de familiares y amigos también tiende a ser más fuerte en los hogares más ricos (Figura 28).

Participación en programas sociales y otras intervenciones y la incidencia del embarazo en la adolescencia

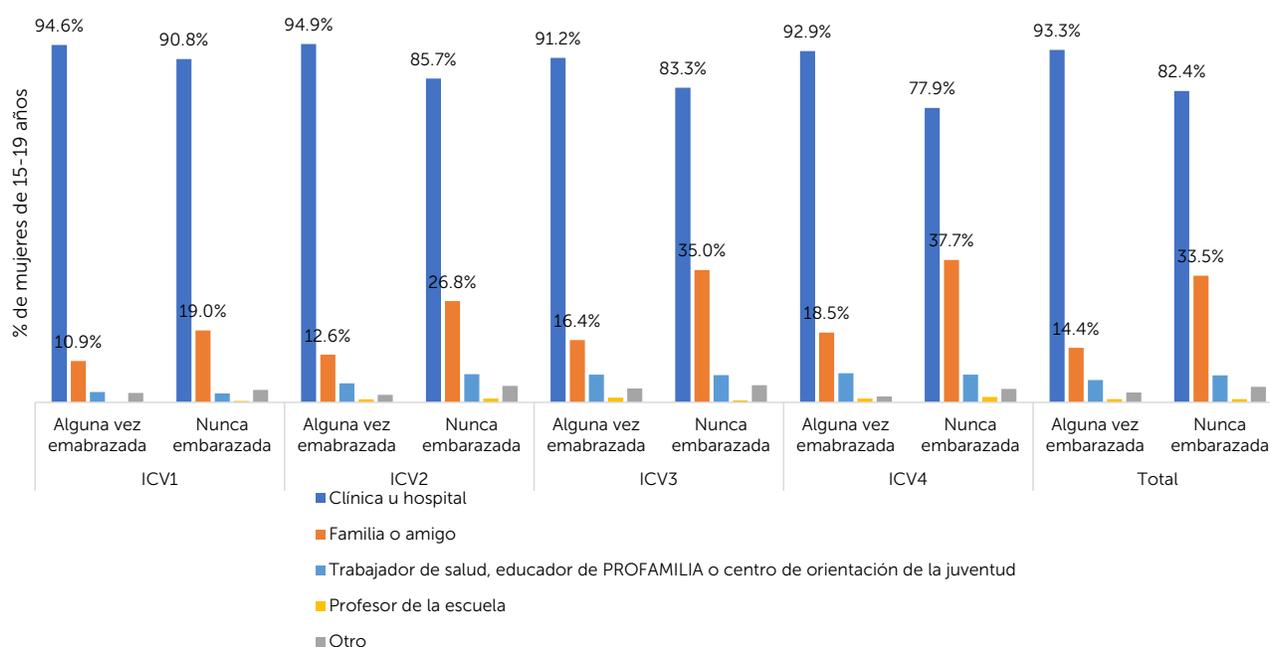
El complejo conjunto de circunstancias y decisiones que contribuyen al embarazo en la adolescencia pone de relieve la importancia de contar con políticas públicas inclusivas que aborden una amplia gama de factores causales. Sin embargo, no todos los programas son igualmente efectivos para reducir el embarazo en la adolescencia. Para determinar qué programas están teniendo el mayor impacto en la RD, la siguiente sección examina la correlación entre la incidencia del embarazo en la adolescencia y la participación en programas diseñados para abordarlo. Estos programas incluyen educación sobre salud reproductiva, suministro de anticonceptivos, el programa Comer es Primero, el programa Jornada Escolar Extendida y varias iniciativas de difusión pública relacionadas con el embarazo en la adolescencia.

Tabla 12. Fuentes de información de las adolescentes tardías sobre salud sexual y reproductiva, por historial de embarazo, 2018 (%)

	Asistió a una clase de anatomía humana y fisiología reproductiva en la escuela o la universidad					
	Total		Ha estado embarazada		Nunca ha estado embarazada	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Total	78.7	21.3	67.8	32.2	81.3	18.7
Fuentes no escolares de información sobre anatomía humana y fisiología reproductiva						
Maestros de la escuela	69.5	6.3	56.6	5.8	72.5	6.5
Algún pariente	24.9	4.5	17.9	5.0	26.5	4.4
Amigo	3.0	1.4	1.2	2.1	3.4	1.2
Médicos	1.0	0.4	2.9	1.4	0.5	0.1
Educador de salud PROFAMILIA	1.1	0.3	1.9	1.1	0.8	0.1
Libros, películas y revistas	0.7	0.2	0.8	0.0	0.7	0.3
Otro	1.1	0.4	0.6	0.6	1.3	0.3
N	4,946	4,946	1,059	1,059	3,887	3,887
N (factor de expansión)	472,022	472,022	89,969	89,969	382,054	382,054

Fuente: Estimaciones de los autores a partir de datos de ENHOGAR 2018.

Figura 28. Fuente de asistencia preferida sobre inquietudes relacionadas con la salud reproductiva, por características socioeconómicas e historial de embarazo, 2018 (%)



Fuente: Cálculo de los autores a partir de datos de ENHOGAR 2018.

Las adolescentes que utilizan actualmente métodos anticonceptivos modernos, que reciben educación sobre salud reproductiva o que declaran utilizar preservativos durante su primera relación sexual tienen menos probabilidades de quedar embarazadas.³³ Estudios anteriores han encontrado que la educación sexual y el acceso a los anticonceptivos son fundamentales para prevenir el embarazo en la adolescencia.³⁴ El uso de anticonceptivos también puede indicar un mayor grado de empoderamiento de la mujer dentro de la relación, ya que es más probable que los hombres eviten el uso de preservativos. Si bien el acceso a los métodos anticonceptivos modernos no es necesariamente el resultado de una política pública específica, es probable que los programas que aumentan la disponibilidad o el uso de anticonceptivos reduzcan la tasa de embarazos en la adolescencia.

Según la Evaluación de Impacto de Berkeley (2019), las jóvenes y las niñas de los hogares que participan en PROSOLI³⁵ tienen más probabilidades de utilizar métodos anticonceptivos temporales de largo plazo y menos probabilidades de quedar embarazadas al final de la adolescencia. Los datos descriptivos son consistentes con una ligera disminución del porcentaje de adolescentes embarazadas en hogares que participan en PROSOLI. El porcentaje de mujeres y niñas de 15 a 20 años que informaron haber estado embarazadas fue del 16.7 por ciento en los hogares inscritos en PROSOLI y del 19.1 por ciento en los hogares del grupo de control.

La participación de los hogares en el programa Comer es Primero también parece disminuir las probabilidades de un embarazo en la adolescencia tardía. Este programa está diseñado para proporcionar apoyo alimentario básico a los hogares en pobreza moderada o extrema. Para ser elegible para el programa, la futura madre debe asistir a las visitas prenatales, y el peso y la altura de todos los niños de la familia nuclear deben ser medidos regularmente por un médico.³⁶

La participación a nivel municipal en el programa Jornada Escolar Extendida se asocia con una menor probabilidad de embarazo en la adolescencia tardía.

Este programa duplica la cantidad de horas de escuela primaria y secundaria y se está introduciendo gradualmente en todos los municipios. Durante el año escolar 2017/18, Jornada Escolar Extendida cubrió al 62 por ciento de la matrícula escolar pública y semioficial en la RD,³⁷ y los hogares de los municipios participantes experimentaron tasas más bajas de embarazo en la adolescencia. Un análisis de una política similar en Chile concluyó que las mujeres jóvenes con mayor acceso a programas extraescolares a nivel de escuela secundaria tenían menos probabilidades de quedar embarazadas.³⁸

Aunque la RD ha lanzado campañas en los medios de comunicación diseñadas para reducirlos el embarazo en la adolescencia, así como programas de divulgación destinados a concientizar a las mujeres jóvenes sobre los cambios y las responsabilidades que implica la maternidad, estos programas han tenido un alcance limitado y no se dispone de suficiente información para evaluar su efectividad.

Una revisión reciente de la literatura internacional encontró que los programas de prevención del embarazo en la adolescencia tienden a ser eficaces cuando se centran en la promoción de la confianza, la construcción de la autoestima, la mejora de las habilidades de negociación y el fomento de un fuerte desarrollo socio-emocional, proporcionando a la vez una educación más tradicional y la construcción de habilidades cognitivas.³⁹ Otras investigaciones han encontrado que los programas que se centran en las habilidades socio-emocionales fueron más efectivas para cambiar el comportamiento que aquellos que se basan en el conocimiento y la información,⁴⁰ y existe evidencia de que las campañas en los medios de comunicación pueden influir eficazmente en el comportamiento de las adolescentes.⁴¹

³³ Los métodos anticonceptivos modernos incluyen tanto procedimientos quirúrgicos permanentes, como vasectomías y ligaduras de trompas, como anticonceptivos físicos temporales, por ejemplo, preservativos.

³⁴ Azevedo et al., 2012. Un análisis de Profamilia, un programa enfocado en la anticoncepción en Colombia, encontró que ésta no parecía tener un impacto significativo en la fecundidad total, pero que sí elevó la edad promedio del primer embarazo.

³⁵ PROSOLI también abarca a un subconjunto de beneficiarios del programa Comer es Primero.

³⁶ ADESS, 2017.

³⁷ MINERD, 2018.

³⁸ Berthelon y Kruger, 2012.

³⁹ Banco Interamericano de Desarrollo, 2012.

⁴⁰ Kirby et al., 2007.

⁴¹ Kearney y Levine, 2015.

Tabla 13. Correlaciones estadísticas entre la participación en programas sociales y otras intervenciones y la probabilidad de embarazo en la adolescencia tardía

Variables	Coefficiente	Significado estadístico	Error estándar robusto
Urbano	0.00684	***	(0.00108)
Alguna vez ha cohabitado con una pareja íntima	0.480	***	(0.00207)
Hogar en extrema pobreza (ICV-1)	0.0110	***	(0.00254)
Hogar en pobreza moderada (ICV-2)	0.0266	***	(0.00117)
Hogar vulnerable a la pobreza (ICV-3)	0.00488	***	(0.000859)
Educación primaria terminada	0.00983	***	(0.00181)
Educación secundaria terminada	-0.0181	***	(0.00214)
Educación terciaria en curso o terminada	-0.0294	***	(0.00242)
Curso técnico o vocacional tomado en los 12 meses anteriores	-0.0110	***	(0.00104)
Tener una figura paterna en la casa	-0.0271	***	(0.000695)
Tamaño total del hogar	0.0132	***	(0.000249)
Nacida en Haití	-0.0280	***	(0.00321)
Edad	0.0139	***	(0.000402)
Exposición	0.0548	***	(0.000518)
El embarazo en la adolescencia se percibe como algo negativo	0.135	***	(0.00199)
Tasa municipal de embarazo en la adolescencia	0.369	***	(0.00579)
Conocimiento y agencia			
Clases de educación sobre salud reproductiva	0.0123	***	(0.000907)
Usó métodos anticonceptivos modernos	-0.0118	***	(0.00307)
Clases de educación sobre salud reproductiva y uso de métodos anticonceptivos modernos	-0.0313	***	(0.00329)
Usó preservativo durante la primera relación sexual	0.0497	***	(0.00317)
Clases de educación sobre salud reproductiva x Usó preservativo durante la primera relación sexual	-0.0656	***	(0.00360)
Busca ayuda para sus inquietudes sobre la sexualidad			
Clínica u hospital	0.0238	***	(0.00254)
Trabajador de salud, educador o centro de orientación para jóvenes	0.0149	***	(0.00289)
Maestro de la escuela	0.0859	***	(0.00434)
Pariente o amigo	0.00294		(0.00256)
Programas sociales			
Comer es Primero	-0.0102	***	(0.000848)
Jornada Escolar Extendida	-0.0229	***	(0.00271)

Tabla 13. Correlaciones estadísticas entre la participación en programas sociales y otras intervenciones y la probabilidad de embarazo en la adolescencia tardía (Continuación)

Variables	Coficiente	Significado estadístico	Error estándar robusto
Región			
Cibao Nordeste	-0.0171	***	(0.00198)
Cibao Noroeste	-0.0321	***	(0.00245)
Cibao Norte	-0.0144	***	(0.00128)
Cibao Sur	-0.0184	***	(0.00182)
El Valle	-0.0123	***	(0.00242)
Enriquillo	-0.0137	***	(0.00224)
Higuamo	0.0102	***	(0.00170)
Valdesia	0.00369	***	(0.00134)
Yuma	-0.0144	***	(0.00168)
Constante	-0.370	***	(0.00704)
Observaciones	463,385		
R-cuadrado	0.604		

Fuente: Estimaciones de los autores a partir de datos de ENHOGAR 2018.

Nota: Modelo de Mínimo Cuadrado Ponderado (WLS), errores estándar robustos entre paréntesis, *** $p < 0,01$,

** $p < 0,05$, * $p < 0,1$. Primaria terminada se refiere a completar al menos ocho años de estudios. Exposición se refiere a la edad menos la edad de la primera relación sexual. Los métodos anticonceptivos modernos incluyen la esterilización masculina y femenina, los anticonceptivos orales e intrauterinos y los preservativos.

V.

Conclusiones y recomendaciones

A pesar de décadas de crecimiento robusto, la tasa de embarazos en la adolescencia en la RD se ha mantenido obstinadamente alta y ahora está muy por encima del promedio tanto de la región de LAC como de los países de ingreso medio alto en todo el mundo. Con 94.3 nacimientos por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años en 2017, la tasa de embarazos en la adolescencia en la RD es casi 50 por ciento más alta que el promedio de LAC (63.0), más de tres veces el promedio de los países de ingreso medio alto (30.7), y está acercándose al promedio de SSA (102.8). Después de disminuir constantemente desde la década de los 60 hasta principios de los 80, la tasa de embarazos en la adolescencia en la RD aumentó a principios de la década de los 90 y luego disminuyó a un ritmo más lento que los promedios de ASS o LAC. En su trayectoria actual, la tasa de embarazos pronto superará al promedio de ASS.

Si bien la RD ha realizado progresos significativos en el crecimiento económico y la reducción de la pobreza, el logro de la prosperidad compartida y la eliminación de la pobreza requerirá una respuesta política inclusiva y concertada al persistente desafío del embarazo en la adolescencia. Estudios nacionales⁴² e internacionales⁴³ encuentran que las mujeres que han estado embarazadas

durante la adolescencia corren un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materno infantil, de abuso sexual y de violencia doméstica, y que experimentan peores resultados educativos, económicos y sociales que sus pares. Estas consecuencias son especialmente graves entre las mujeres que quedaron embarazadas antes de los 15 años. En 2013, el 3.1 por ciento de las mujeres de la RD informaron que habían quedado embarazadas entre los 10 y los 14 años,⁴⁴ y la curva de fecundidad del país comienza a aumentar a los 12 años, mucho antes que las curvas de fecundidad de Colombia, Guatemala, Haití, Honduras y Perú.⁴⁵

En 2018, el 19.1 por ciento de las adolescentes de la RD informaron haber estado embarazadas; el 13.8 por ciento ya eran madres, el 4.8 por ciento tuvo dos o más embarazos y el 3.97 por ciento tuvo un aborto espontáneo o un aborto. Asumiendo que estos índices se hayan mantenido sin cambios desde 2018, la información demográfica reciente implica que 90,092 niñas y mujeres jóvenes entre los 15 y los 19 años han estado embarazadas por lo menos una vez, de las cuales 65,230 son ahora madres, mientras que 18,765 han sufrido un aborto espontáneo o recurrido al aborto. Además, se estima que 7,400 niñas de entre 10 y 14 años han estado embarazadas al menos una vez.⁴⁶

⁴² Vicepresidencia de la Republicana, 2017. Embarazo y adolescencia en la República Dominicana.

⁴³ World Bank, 2012. Embarazo en adolescentes y oportunidades en América Latina y el Caribe.

⁴⁴ ENHOGAR 2018.

⁴⁵ MacGaurie et al., 2017. Fig. A6.6.

⁴⁶ ENDESA 2013. Esta estimación se basa en el porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que reportan haber estado embarazadas entre los 10 y los 14 años.

En 2020, un total de aproximadamente 100,000 niñas y mujeres jóvenes de la RD habían tenido al menos un embarazo durante la adolescencia temprana o tardía.

La incidencia del embarazo en la adolescencia tardía es mayor en las zonas rurales, las regiones fronterizas y en los hogares pobres de todo el país. En 2018, el 23.7 por ciento de las adolescentes tardías de la RD informaron haber estado embarazadas, pero en las áreas urbanas este índice fue de sólo 18.1 por ciento. Las regiones con las tasas más altas de embarazo en la adolescencia tardía incluían Enriquillo (27.2 por ciento), Cibao Noroeste (25.6 por ciento) y El Valle (23.1 por ciento), todas ellas a lo largo de la frontera con Haití, mientras que las tasas más bajas se registraban en Ozama (16.1 por ciento) y Cibao Nordeste (18.1 por ciento). La tasa de embarazos en la adolescencia temprana fue del 4.6 por ciento en las zonas rurales, en comparación con sólo el 2.6 por ciento en las zonas urbanas.⁴⁷ En 2018, la tasa de embarazos en la adolescencia tardía fue del 41.4 por ciento en los hogares en situación de pobreza extrema y de sólo 7.1 por ciento en los hogares más ricos. En 2013,⁴⁸ la tasa de embarazos en la adolescencia temprana también fue cinco veces más alta en los hogares más pobres que en los más ricos.⁴⁹

Causas y efectos del embarazo en la adolescencia

Los factores más importantes que contribuyen al embarazo en la adolescencia tardía en la RD son el matrimonio o las uniones sexuales a temprana edad, los bajos niveles de educación y que la chica no esté activa en el mercado laboral o inscrita en la escuela. En 2018, el 71.3 por ciento de las adolescentes tardías que reportaron haber estado casadas o en una unión sexual ya habían estado embarazadas al menos una vez, frente a sólo el 3.2 por ciento de las que nunca habían estado en una relación de ese tipo. Además, el 69.5 por ciento de las adolescentes tardías que informaron haber estado embarazadas habían completado menos años de escolaridad de los que se esperaría para su edad, en comparación con apenas el 30.1 por ciento de las adolescentes que nunca habían estado embarazadas. Finalmente, el 44.5 por ciento de las adolescentes tardías que informaron haber estado embarazadas no estaban activas en el mercado laboral ni inscritas en la escuela.

Si bien las características individuales y familiares están correlacionadas con el embarazo en la adolescencia, muchas de estas correlaciones desaparecen después de tomar en cuenta otros factores contextuales.

La probabilidad de quedar embarazada durante la adolescencia tardía se asocia positivamente con el matrimonio o la unión sexual a edad temprana, niveles más bajos de logro educativo y una menor probabilidad de estar activa en el mercado laboral o inscrita en la escuela. La ubicación y las características del hogar también se correlacionan significativamente con el embarazo en la adolescencia, pero estas relaciones son más complejas de lo que pueden parecer inicialmente. Por ejemplo, aunque las zonas rurales tienen tasas globales de embarazo en la adolescencia más altas que las zonas urbanas, sus posiciones se invierten cuando se toman en cuenta otros factores circunstanciales. De manera similar, las regiones fronterizas con Haití tienen las tasas absolutas más altas de embarazo en la adolescencia, pero después de controlar otros factores las tasas más altas se encuentran en Higuamo y Valdesia. Asimismo, haber nacido en Haití y vivir en un hogar pobre sólo se correlaciona positivamente con el embarazo en la adolescencia cuando no se han tenido en cuenta otros factores; cuando se consideran esos factores, las dominicanas nacidas en Haití y las integrantes de hogares pobres tienen tasas de embarazo en la adolescencia inferiores a las de sus pares.

El embarazo en la adolescencia está asociado con niveles más bajos de logro educativo, peores resultados laborales y una mayor dependencia de los programas sociales. Es más probable que las mujeres jefas de hogar de entre 20 y 30 años que fueron madres adolescentes tengan más hijos, participen en la fuerza laboral, estén empleadas, tengan más ingresos laborales y dependan de programas sociales como Comer es Primero y el Seguro Familiar de Salud en el Régimen Subsidiado;⁵⁰ también tienen menos probabilidades de haber completado la educación primaria, secundaria o terciaria. Además, el 31.1 por ciento de las adolescentes que declaran haber estado embarazadas no asistió a la escuela o a la universidad durante su primer embarazo, y el 48.7 por ciento abandonó los estudios después del nacimiento de su primer hijo.⁵¹ El embarazo en la adolescencia temprana tiene un mayor impacto que el embarazo en la adolescencia tardía y estas diferencias son estadísticamente significativas para todos los resultados, excepto la probabilidad de completar la educación terciaria.

⁴⁷ Ibid. Como en el caso anterior, esta es la proporción de mujeres de 20 a 24 años que informaron haber estado embarazadas entre los 10 y los 14 años en la ENDESA de 2013.

⁴⁸ Estos hogares corresponden a las clasificaciones ICV-1 e ICV-4 del SIUBEN.

⁴⁹ ENDESA 2013.

⁵⁰ La excepción son las madres adolescentes tempranas, que tienen menos probabilidades de estar inscritas en el Seguro Familiar de Salud.

⁵¹ ONE, 2018.

Políticas, programas y gasto público en el embarazo en la adolescencia

Desde principios de la década de los 90, la RD ha elaborado un marco de política para abordar el embarazo en la adolescencia, pero ese marco no incluye la prohibición de los matrimonios tempranos ni medidas para ampliar el acceso a los métodos anticonceptivos modernos. No obstante, el gobierno reconoce que el embarazo en la adolescencia es un importante desafío para el desarrollo, y múltiples documentos estratégicos destacan la necesidad de un enfoque integrado para abordar el embarazo en la adolescencia. La Estrategia Nacional de Desarrollo, el Pacto Nacional para la Reforma Educativa y los planes específicos relacionados con el embarazo en la adolescencia hacen hincapié en el papel que juegan la educación, la salud y las políticas sociales para mitigar los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia y mejorar los resultados para las madres adolescentes. Desde 2011, la RD ha implementado dos planes destinados a reducir la tasa de embarazos en la adolescencia, el Plan EA (2011-2016) y el PREA (2019-2023), pero las limitaciones presupuestarias y de gobernanza han socavado la eficacia de ambos planes.

El gasto público en programas de prevención y protección del embarazo en la adolescencia, así como de apoyo a las madres adolescentes, es muy bajo o no se distingue de los gastos destinados a otras poblaciones y actividades. Entre 2012 y 2019, el gobierno implementó 21 programas relacionados con la prevención del embarazo en la adolescencia y el apoyo a las madres adolescentes. Sin embargo, estos programas eran pequeños y la falta de información adecuada de la cobertura impide un análisis completo de su impacto.

A pesar del alcance limitado del análisis del gasto en la RD, es casi seguro que el financiamiento de programas que previenen el embarazo en la adolescencia es más rentable que abordar sus consecuencias. En 2013, el costo total anual de los embarazos y la maternidad en la adolescencia se estimó en RD\$2,100 millones⁵² (alrededor de US\$50 millones), sustancialmente más alto que el costo anual estimado de la implementación del Plan EA durante 2011-2016. Para estimar y comparar el impacto de las diferentes intervenciones se necesitarán datos exhaustivos sobre los recursos que se gastan actualmente en los programas de educación en materia de salud sexual y reproductiva y en programas de salud para adolescentes

embarazadas, desglosados por edad de la población destinataria, así como información detallada sobre los beneficiarios cubiertos por los programas existentes.

Si bien las limitaciones de los datos impiden un análisis empírico exhaustivo, la participación en ciertos programas e iniciativas se asocia con tasas más bajas de embarazo en la adolescencia. Sólo el 67.8 por ciento de las adolescentes que informan haber estado embarazadas han recibido educación sobre salud sexual y reproductiva en la escuela o la universidad, frente al 81.3 por ciento de las que nunca han estado embarazadas. La brecha en los índices de embarazo en la adolescencia entre las jóvenes que han tenido y no han tenido acceso a la educación sobre salud reproductiva se amplía en los hogares más pobres. Es más probable que las adolescentes de todos los niveles de ingresos busquen información sobre salud sexual y apoyo de un centro de salud o de sus padres y amigos, lo que sugiere que una estrategia de divulgación dirigida a abordar el embarazo en la adolescencia debería aprovechar estas relaciones. El acceso a los servicios de salud sexual en un centro de salud es especialmente crucial para las adolescentes de hogares en pobreza moderada y extrema, que son mucho más propensas a buscar apoyo en un centro de salud que de amigos y familiares.

La participación a nivel municipal en el programa Jornada Escolar Extendida y la participación a nivel de hogar en Comer es Primero y Escuelas de Familia se asocian con una menor probabilidad de embarazo en la adolescencia tardía. El programa Jornada Escolar Extendida amplía la jornada escolar, lo que reduce la exposición de las adolescentes a la actividad sexual, incluida la actividad coercitiva, manteniéndolas bajo la supervisión de tutores y maestros. Comer es Primero impone condiciones a las mujeres embarazadas que tienen un impacto positivo en la salud materna e infantil. Escuelas de Familia ofrece acceso a información sobre métodos anticonceptivos, lo que ha demostrado ser eficaz para reducir la incidencia de los embarazos en la adolescencia. En cambio, las campañas de divulgación pública destinadas a reducir los embarazos en la adolescencia y a proteger el bienestar de las madres adolescentes han sido limitadas, y no se dispone de información sobre su eficacia. De manera similar, los programas que fortalecen las habilidades socio-emocionales pueden ayudar a prevenir el embarazo en la adolescencia, pero en la RD estos programas son de escala modesta y no están sujetos a una evaluación rigurosa.

⁵² UNFPA-INTEC, 2013.

Recomendaciones

Para aumentar la efectividad de sus esfuerzos por reducir el embarazo en la adolescencia, el gobierno debería:

- **Aplicar una estrategia amplia que incluya a los adolescentes de ambos sexos, a sus familias y amigos, a los maestros y administradores de escuelas, a las organizaciones sociales y religiosas y a los medios de comunicación, y que aproveche las intervenciones complementarias para abordar toda la gama de factores que contribuyen al embarazo en la adolescencia.** Las intervenciones realizadas en el marco de esta estrategia deben reforzar la educación en materia de salud sexual y reproductiva, mejorar el acceso a los servicios de planificación familiar y fortalecer las aptitudes socioemocionales, las habilidades para la vida y el desarrollo de la autoestima y la agencia personal de las adolescentes.
- **Enmendar las leyes que rigen el matrimonio de menores para elevar la edad legal de matrimonio y establecer un marco jurídico más amplio para proteger a las adolescentes y prevenir el embarazo en la adolescencia.**
- **Definir el papel de cada organismo público involucrado en la implementación del PREA, establecer mecanismos de monitoreo y evaluación, y asignar presupuestos adecuados a los organismos.** Los roles institucionales deben ser definidos por decreto presidencial. Los organismos de implementación requieren mecanismos de focalización, monitoreo y evaluación respaldados por sistemas compatibles para identificar a los beneficiarios de las iniciativas sobre el embarazo en la adolescencia y medir su impacto. La evidencia empírica será crítica para permitir al gobierno revisar las políticas y rediseñar los programas para mejorar su efectividad.
- **Ampliar los programas sociales que se asocian con una menor probabilidad de embarazo en la adolescencia, incluyendo Jornada Escolar Extendida, Comer es Primero y Escuelas de Familia.** En ausencia de una evidencia empírica rigurosa, los responsables de la formulación de políticas deben aprovechar las correlaciones y el razonamiento intuitivo para identificar los programas más eficaces para reducir el embarazo en la adolescencia. Jornada Escolar Extendida, Comer es Primero y Escuelas de Familia parecen disminuir la probabilidad de embarazo en la adolescencia y mitigar los riesgos asociados con la maternidad adolescente al limitar la exposición de las adolescentes a la actividad sexual, incentivar a las adolescentes embarazadas a buscar atención médica y ampliar el acceso a la información sobre salud reproductiva. El gobierno también puede basarse en el aparente éxito de estos programas para crear nuevos mecanismos que incentiven la asistencia a la escuela, apoyen la reintegración de los estudiantes que han abandonado el sistema escolar, ofrezcan opciones de guardería para las madres adolescentes que deseen continuar su educación y alienten a las adolescentes a buscar información sobre salud reproductiva antes de quedar embarazadas.
- **Desarrollar nuevos programas para ampliar el acceso a los métodos anticonceptivos modernos y asegurar que los estudiantes reciban educación sobre salud reproductiva en la escuela pública.** El acceso a la anticoncepción y a la educación sexual están fuertemente asociados con menores tasas de embarazo en la adolescencia. Los programas de salud reproductiva deben hacer hincapié en la importancia del protagonismo de la mujer en el uso de la anticoncepción.
- **Fortalecer la prestación de servicios integrales de salud reproductiva para adolescentes y madres adolescentes en los hospitales y clínicas públicas.** Es más probable que las adolescentes busquen información y apoyo en materia de salud reproductiva en los centros de salud pública, especialmente las adolescentes de los hogares más pobres. Las madres adolescentes necesitan una atención especial para evitar la repetición de los embarazos en la adolescencia, ya que los efectos adversos del embarazo se intensifican. Para garantizar el acceso a servicios de salud reproductiva de alta calidad, el personal de salud debe recibir capacitación especializada, y se debe destinar financiamiento específico a los centros de salud pública para la atención de la salud reproductiva de las adolescentes.

Bibliografía

- Administradora de Subsidios Sociales (2017). Programa Comer es Primero (PCP). Santo Domingo.
- Azevedo, J. et al. (2012). Teenage Pregnancy and Opportunities in Latin America and the Caribbean: On Teenage Fertility Decisions, Poverty and Economic Achievement, Washington DC, USA.
- Azevedo J.P, Favara M. (2012), "The Impact of Bolsa Familia on the Incidence of Teenage Pregnancies in Brazil".
- Banco Mundial, UNICEF (2017). Impacto económico del matrimonio infantil y las uniones tempranas: resumen para la República Dominicana, Washington, DC.
- Baumgartner, J. N., Geary, C. W., Tucker, H. y Wedderburn, M. (2009). The Influence of Early Sexual Debut and Sexual Violence on Adolescent Pregnancy: A Matched Case-Control Study in Jamaica. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35(1), 21–28. <http://www.jstor.org/stable/25472412>
- Banco Central de la República Dominicana (2019). Encuesta Nacional Continua de Fuerza de Trabajo 2018. Base de datos.
- BID (2012). "Salud Sexual y Reproductiva para Jóvenes: Revisión de evidencia para la prevención." Washington. D.C.
- Carvalho, M., K. Alencar, A. Melhado, V. Coates y H. Omar (2007). Teenage Pregnancy: Impact of the Integral Attention Given to the Pregnant Teenager and Adolescent Mother as a Protective Factor for Repeat Pregnancy. *The Scientific World Journal* (2007) 7, 187–194.
- Charles, J., J. Rycroft-Malone, R. Aslam, M. Hendry, D. Pasterfield y R. Whitaker (2016). Reducing repeat pregnancies in adolescence: applying realist principles as part of a mixed-methods systematic review to explore what works, for whom, how and under what circumstances. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2016) 16:271.
- Chen, X., Wu Wen S., Fleming, N. Demissie, K. Rhoads, G. y Walker, M. (2007). Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *International Journal of Epidemiology* 2007; 36:368–373.
- Despacho de la Primera Dama (2020): Memoria Anual 2019. <https://minpre.gob.do/transparencia/servicio-al-publico-2019/>
- _____ (2019): Memoria Anual 2018. <https://minpre.gob.do/transparencia/servicio-al-publico-2018/>
- _____ (2018): Memoria Anual 2017. <https://minpre.gob.do/transparencia/servicio-al-publico-2017/>

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

_____ (2017): Memoria Anual 2016. <https://minpre.gob.do/transparencia/servicio-al-publico-2016/>

Dirección General de Presupuesto: Informes de Ejecución Físico Financiera. Diferentes años.
www.digepres.gob.do

Freitas Galvão, R, C. Olivares, A. Borovac-Pinheiro, D. de Morais, D. Faria-Schützer y F. Garanhani (2018). Hazards of Repeat Pregnancy during Adolescence: A Case-control Study. *Revista Brasileira de Ginecología y Obstetricia* 2018; 40:437–443.

Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales (2020). Borrador final. Plan nacional para la eliminación del matrimonio infantil y reducción de las uniones tempranas en la República Dominicana (Plan MIUT) 2030.

Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales (2019 a). Plan Nacional para le Reducción de Embarazos en Adolescentes (PREA-RD). Tomado de: <https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/1218/planprea.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

_____ (2019 b). Evaluación de Impacto al Programa Progresando con Solidaridad (Prosoli): Evidencia para la Innovación en la Protección Social
<https://es.scribd.com/document/435820273/EVALUACION-DE-IMPACTO-AL-PROGRAMA-PROGRESANDO-CON-SOLIDARIDAD-PROSOLI-EVIDENCIA-PARA-LA-INNOVACION-EN-LA-PROTECCION-SOCIAL>

Gobierno de la República Dominicana: Pacto Nacional para la Reforma Educativa (2014-2030).

_____ Constitución de la República Dominicana.

_____ Código Penal de la República Dominicana Ley N° 550-14.

_____ Estrategia Nacional de Desarrollo Ley N° 1-12.

_____ Código para el Sistema de Protección y los Derechos Fundamentales de Niños, Niñas y Adolescentes Ley N° 136-03.

Harner, H. (2004). Domestic Violence and Trauma Care in Teenage Pregnancy: Does Paternal Age Make a Difference? *JOGNN Clinical Research*; 33 (3), 312-319.

Holness, N. (2015). A Global Perspective on adolescent pregnancy *International Journal of Nursing Practice*; 21: 677–681

Kearney, M. y Phillip B. Levine (2015). "Media Influences on Social Outcomes: The Impact of MTV's 16 and Pregnant on Teen Childbearing," *American Economic Review*, American Economic Association, vol. 105(12), pages 3597-3632, December.

Kirby, D. (2007). Emerging Answers, Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy.

Kruger, D.I y Berthelon M. (2012). Education consequences of adolescent motherhood in Chile.

MacQuarrie, K., Lindsay Mallick y Courtney Allen (2017). Sexual and Reproductive Health in Early and Later Adolescence: DHS Data on Youth Age 10-19. DHS Comparative Reports 45. DHS Program.

Ministerio de Educación (2020): Memoria Anual 2019.
<https://minpre.gob.do/transparencia/servicio-al-publico-2019/>

_____ (2019): Memoria Anual 2018. <https://minpre.gob.do/transparencia/servicio-al-publico-2018/>

_____ (2018): Memoria Anual 2017. <https://minpre.gob.do/transparencia/servicio-al-publico-2017/>

_____ (2017): Memoria Anual 2016. <https://minpre.gob.do/transparencia/servicio-al-publico-2016/>

_____ (2016): Memoria Anual 2015. <https://minpre.gob.do/transparencia/servicio-al-publico-2015/>

Neal, Harvey, Chadra-Mouli, Caffé y Camacho (2018). Trends in adolescent first births in five countries in Latin America and the Caribbean: disaggregated data from demographic and health surveys. *Reproductive Health* 15: 146. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0578-4>

Oficina Nacional de Estadística (2019). Estadísticas Vitales 2019. <https://www.one.gob.do/demograficas/estadisticas-vitales>

_____ (2018). Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR) 2018.

Oficina Nacional de Estadística-UNICEF (2016). Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR) 2014.

ORC Macro/MEASURE DHS+, CESDEM (2014): Demographic and Health Surveys, Dominican Republic 2013. <https://dhsprogram.com/data/available-datasets.cfm>

_____ (2008) Demographic and Health Survey, Dominican Republic 2007. <https://dhsprogram.com/data/available-datasets.cfm>

_____ (2003) Demographic and Health Survey, Dominican Republic 2002. <https://dhsprogram.com/data/available-datasets.cfm>

_____ (1997) Demographic and Health Survey, Dominican Republic 1996. <https://dhsprogram.com/data/available-datasets.cfm>

_____ (1992) Demographic and Health Survey, Dominican Republic 1992. <https://dhsprogram.com/data/available-datasets.cfm>

Plan Internacional (2017): Reporte Niñas Embarazadas: Desafíos de la respuesta nacional de prevención de embarazos en la adolescencia. Planteamientos. Septiembre. No. 3

PROSOLI (2020). Memoria Institucional, 2015-2019.
Tomado de: <http://transparencia.progresandoconsolidaridad.gob.do/>

UNICEF, ECLAC (2007). "Teenage motherhood in Latin America and the Caribbean: Trends, problems and challenges". Tomado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36002/1/desafios_4_eng_Final_en.pdf

UNFPA-INTEC (2013). Costos del embarazo y la maternidad en la adolescencia en la República Dominicana. Santo Domingo.

Vicepresidencia de la República Dominicana, UNICEF, PROSOLI (2019). "El matrimonio infantil y las uniones tempranas. Resumen del estudio de conocimientos, actitudes y prácticas en seis municipios de la República Dominicana". Tomado de: <https://www.unicef.org/dominicanrepublic/informes/estudio-cap-matrimonio-infantil-y-las-uniones-tempranas>

WHO. 1989. The Health of Youth, Document A42/Technical Discussion/2. Geneva: World Health Organization.

Wilson-Mitchell, K. Bennett, J. y Stennett, R. (2014) Psychological Health and Life Experiences of Pregnant Adolescent Mothers in Jamaica. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2014; 11, 4729-4744.

World Bank (2019). Adolescent fertility rate (births per 1,000 women ages 15-19). Tomado de: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.ADO.TFRT>

Apéndices

Tabla A. 14. Marco jurídico que soporta los programas de prevención y protección del embarazo en la adolescencia

Instrumento legal	Artículo
<p>Constitución de la República Dominicana</p>	<p>Artículo 39.- Derecho a la igualdad. Párrafo 4.- La mujer y el hombre son iguales ante la ley. Se prohíbe cualquier acto que tenga como objetivo o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio en condiciones de igualdad de los derechos fundamentales de mujeres y hombres. Se promoverán las medidas necesarias para garantizar la erradicación de las desigualdades y la discriminación de género.</p> <p>Artículo 55.- Derechos de la familia. Párrafo 6.- La maternidad, sea cual fuere la condición social o el estado civil de la mujer, gozará de la protección de los poderes públicos y genera derecho a la asistencia oficial en caso de desamparo.</p> <p>Párrafo 10.- El Estado promueve la paternidad y maternidad responsables. El padre y la madre, aun después de la separación y el divorcio, tienen el deber compartido e irrenunciable de alimentar, criar, formar, educar, mantener, dar seguridad y asistir a sus hijos e hijas. La ley establecerá las medidas necesarias y adecuadas para garantizar la efectividad de estas obligaciones.</p> <p>Artículo 56.- Protección de las personas menores de edad. Párrafo 1.- Se declara del más alto interés nacional la erradicación del trabajo infantil y todo tipo de maltrato o violencia contra las personas menores de edad. Los niños, niñas y adolescentes serán protegidos por el Estado contra toda forma de abandono, secuestro, estado de vulnerabilidad, abuso o violencia física, psicológica, moral o sexual, explotación comercial, laboral, económica y trabajos riesgosos.</p> <p>Artículo 63.- Derecho a la Educación. Toda persona tiene derecho a una educación integral, de calidad, permanente, en igualdad de condiciones y oportunidades, sin más limitaciones que las derivadas de sus aptitudes, vocación y aspiraciones.</p> <p>Párrafo 3.- El Estado garantiza la educación pública gratuita y la declara obligatoria en el nivel inicial, básico y medio.</p> <p>Artículo 61.- Derecho a la Salud. Toda persona tiene derecho a la salud integral. En consecuencia: 1) El Estado debe velar por la protección de la salud de todas las personas, el acceso al agua potable, el mejoramiento de la alimentación, de los servicios sanitarios, las condiciones higiénicas, el saneamiento ambiental, así como procurar los medios para la prevención y tratamiento de todas las enfermedades, asegurando el acceso a medicamentos de calidad y dando asistencia médica y hospitalaria gratuita a quienes la requieran.</p>

Tabla A. 14. Marco jurídico que soporta los programas de prevención y protección del embarazo en la adolescencia (Continuación)

Instrumento legal	Artículo
<p>Código para el Sistema de Protección y los Derechos Fundamentales de los Niños, Niñas y Adolescentes Ley N° 136-03</p>	<p>Artículo 396.- SANCIÓN AL ABUSO CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES. Considerando que: Párrafo c) - Abuso sexual: Es la práctica sexual con un niño, niña o adolescente por un adulto, o persona cinco (5) años mayor, para su propia gratificación sexual, sin consideración del desarrollo sicossexual del niño, niña o adolescente y que puede ocurrir aún sin contacto físico.</p> <p>Será castigado con penas de dos (2) a cinco (5) años de prisión y multa de tres (3) a diez (10) salario mínimo establecido oficialmente, vigente al momento de cometer la infracción, si el autor o autora del hecho mantiene una relación de autoridad, guarda o vigilancia (maestro, guardianes, funcionarios, policías etc.) sobre el niño, niña o adolescente y se producen lesiones severas, comprobadas por especialistas en el área, se aplicará el máximo de la pena indicada anteriormente. Cuando los infractores sean extranjeros o nacionales que en la comisión del hecho negocien, trafiquen o se hayan vinculado para la comisión del hecho con traficantes o comerciantes de niños, niñas y adolescentes, serán castigados con el doble del máximo de la pena.</p> <p>Artículo 397.- SANCIÓN AL ABUSO POR SUS RESPONSABLES. Si el abuso es cometido por el padre, la madre y otros familiares, tutores o guardianes, responsables del o de niño, niña o adolescente, en contra de sus hijos, hijas o puestos bajo su guarda o autoridad, serán sancionados con privación de libertad de dos (2) a cinco (5) años y multa de uno (1) a cinco (5) salario mínimo establecido oficialmente. En todo caso, la pena debe ir acompañada de tratamiento psicoterapéutico.</p>
<p>Estrategia Nacional de Desarrollo 2030 Ley N° 1-12</p>	<p>Artículo 12. Enfoque de Género.- Todos los planes, programas, proyectos y políticas públicas deberán incorporar el enfoque de género en sus respectivos ámbitos de actuación, a fin de identificar situaciones de discriminación entre hombres y mujeres y adoptar acciones para garantizar la igualdad y la equidad de género.</p> <p>2.2.1.2 Fortalecer los servicios de salud colectiva relacionados con los eventos de cada ciclo de vida, en colaboración con las autoridades locales y las comunidades, con énfasis en salud sexual y reproductiva atendiendo las particularidades de cada sexo, prevención de embarazos en adolescentes, prevención de enfermedades transmisibles (tuberculosis, dengue, malaria, VIH y SIDA, entre otras), crónicas (hipertensión, diabetes, cardiovasculares, obesidad, entre otras) y catastróficas (cáncer de mama, cérvix y próstata, entre otras), así como el fomento de estilos de vida saludables garantizando el acceso a la población vulnerable y en pobreza extrema.</p> <p>2.3.1.7 Concienciar sobre la igualdad de derechos y la equidad de género para construir una imagen revalorizada del aporte de la mujer a la economía y la sociedad que supere los estereotipos tradicionalmente asignados a hombres y mujeres, utilizando espacios y actividades desarrollados por escuelas, gobiernos municipales y organizaciones de la sociedad civil.</p> <p>2.3.4.3 Fomentar una cultura de respeto y protección de los derechos fundamentales de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes.</p> <p>2.3.4.10 Incorporar al currículo educativo la educación sexual-reproductiva de los niños, niñas, adolescentes, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH y promover la formación en valores para la paternidad responsable y la convivencia familiar, en un marco de respeto y equidad de género.</p>

Tabla A. 14. Marco jurídico que soporta los programas de prevención y protección del embarazo en la adolescencia (Continuación)

Instrumento legal	Artículo
<p>Estrategia Nacional de Desarrollo 2030 Ley N° 1-12</p>	<p>2.3.4.11 Garantizar la permanencia de las adolescentes embarazadas en la escuela en su horario normal, velando que no implique un riesgo adicional para su salud integral y fomentar que la pareja asuma las responsabilidades parentales que le corresponden.</p> <p>3.1.2.5 Impulsar la inclusión de la perspectiva de género y de ciclo de vida en el diseño e implementación del Presupuesto General del Estado que ponga énfasis en la asignación de recursos en áreas prioritarias que superar inequidades.</p> <p>3.5.5.16 Establecer mecanismos de prevención, denuncia y sanción del acoso, violencia y explotación sexual contra niños y niñas, adolescentes y mujeres.</p>
<p>Código Penal de la República Dominicana Ley N° 550-14</p>	<p>SECCIÓN III – DEL ABORTO</p> <p>Artículo 107. Aborto. Salvo lo previsto en el Artículo 110, quien mediante alimentos, brebajes, medicamentos, sondeos, tratamientos o por cualquier otro medio cause la interrupción del embarazo de una mujer o coopera con dicho propósito, aun cuando esta lo consienta, será sancionado con dos a tres años de prisión menor.</p> <p>Párrafo I: La misma pena se impondrá a la mujer que se provoque un aborto o que consienta en hacer uso de las sustancias que con ese objeto se le indiquen o administren, o que consienta en someterse a los medios abortivos antes indicados, siempre que el aborto se haya efectuado.</p> <p>Párrafo II: Si no se produce el aborto pero se causa al feto una lesión o enfermedad que perjudique de forma grave su normal desarrollo u origine en él una severa tara física o síquica, el autor será sancionado con uno a dos años de prisión menor.</p> <p>Artículo 108. Penas a profesionales médicos o parteras. Los médicos, enfermeras, farmacéuticos y otros profesionales de la medicina, así como las parteras, que, abusando de su profesión u oficio, causen o ayuden a causar el aborto serán sancionados con cuatro a diez años de prisión mayor.</p> <p>Artículo 109. Penas por muerte de la mujer. Si los hechos incriminados en los artículos 107 y 108 de este código causan la muerte de la mujer, el culpable será sancionado con diez a veinte años de prisión mayor.</p> <p>Artículo 110. Eximentes. La interrupción del embarazo practicado por personal médico especializado en establecimiento de salud, públicos o privados, no es punible si se agotan todos los medios científicos y técnicos disponibles para salvar las dos vidas, hasta donde sea posible.</p> <p>Párrafo. La interrupción del embarazo por causa de violación, incesto, o el originado en malformaciones del embrión incompatible con la vida clínicamente comprobada, estarán sujetos a los requisitos y protocolos que se establezcan mediante ley especial.</p>
<p>Pacto Nacional para la Reforma Educativa en la República Dominicana (2014-2030).</p>	<p>3.1.6 Fortalecer e implementar los programas de educación afectivo-sexual, así como esquemas de apoyo y acompañamiento a madres y padres adolescentes, para garantizar su permanencia en el Sistema Educativo.</p> <p>3.4.6 Habilitar centros de atención integral a la primera infancia en la cercanía de universidades y centros de formación profesional, como mecanismo para promover el desarrollo infantil temprano, facilitar el acceso a madres y padres a la educación, y mantener a los jóvenes y adultos de grupos vulnerables en el sistema educativo, contribuyendo a evitar la deserción escolar.</p>

Tabla A. 14. Marco jurídico que soporta los programas de prevención y protección del embarazo en la adolescencia (Continuación)

Instrumento legal	Artículo
Pacto Nacional para la Reforma Educativa en la República Dominicana (2014-2030).	4.2.4 Incorporar al currículo educativo, desde la primera infancia y con las estrategias pedagógicas adecuadas para cada nivel, la educación sexual – reproductiva, el conocimiento y prevención de las infecciones de transmisión sexual y el VIH, así como la formación en valores de respeto, igualdad y equidad de género, convivencia familiar, y maternidad y paternidad responsables.

Fuente: Elaboración propia en base a la información obtenida del Pacto Nacional para la Reforma Educativa en la República Dominicana (2014-2030), la Ley N° 136-03 del Código para el Sistema de Protección y los Derechos Fundamentales de los Niños, Niñas y Adolescentes, la Ley N° 1-12 de la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030 y la Ley N° 550-14 del Código Penal de la República Dominicana.

Tabla A. 15. Edad media en la primera relación sexual de las adolescentes de 15 a 19 años, por educación en SSR, área de residencia, grupo socioeconómico de la familia y años de estudio, 2018

	Total	Asistió a una clase de educación sobre SSR	No asistió a una clase de educación sobre SSR
Total	15.2 (1.7)	15.4 (1.6)	14.8 (1.6)
Zona			
Rural	15.1 (1.7)	15.3 (1.7)	14.6 (1.7)
Urbana	15.3 (1.6)	15.5 (1.6)	14.8 (1.6)
Grupo socioeconómico			
Muy bajo	14.9 (1.6)	15.2 (1.5)	14.5 (1.7)
Bajo	15.3 (1.7)	15.4 (1.8)	15 (1.7)
Medio-bajo	15.3 (1.6)	15.4 (1.6)	14.8 (1.4)
Medio y medio-alto	15.6 (1.6)	15.9 (1.6)	14.7 (1.5)
Alto	15.6 (1.4)	15.7 (1.5)	15.4 (1.2)
Número de años de escuela completados			
0-8	14.4 (1.5)	14.5 (1.5)	14.3 (1.6)
9-12	15.5 (1.5)	15.5 (1.6)	15.2 (1.5)
>12	16.3 (1.7)	16.5 (1.6)	15.3 (1.7)

Fuente: Compilación de los autores basada en los datos de ENHOGAR 2018.

Nota: La desviación estándar de la media se muestra entre paréntesis. Adolescente sexualmente activa se refiere a una mujer de 15 a 19 años que ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses.

