



*Al servicio
de las personas
y las naciones*

DESARROLLO HUMANO
EN REPÚBLICA DOMINICANA

EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES:

**UN DESAFÍO MULTIDIMENSIONAL
PARA GENERAR OPORTUNIDADES
EN EL CICLO DE VIDA**

2017

DESARROLLO HUMANO
EN REPÚBLICA DOMINICANA

EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES:

**UN DESAFÍO MULTIDIMENSIONAL
PARA GENERAR OPORTUNIDADES
EN EL CICLO DE VIDA**

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

- Diciembre 2017-

Este informe ha sido elaborado por la Unidad de Desarrollo Humano Sostenible del PNUD, la cual tiene la exclusiva responsabilidad del contenido y no puede reflejar las opiniones de las Naciones Unidas (incluido el PNUD), del Comité Revisor, de la Mesa de Revisión de Resultados, o de las personas e instituciones consultadas.



Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
República Dominicana

Al servicio
de las personas
y las naciones

EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES:

UN DESAFÍO MULTIDIMENSIONAL PARA GENERAR OPORTUNIDADES EN EL CICLO DE VIDA

© Copyright. Diciembre 2017

Unidad de Desarrollo Humano Sostenible

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)
República Dominicana

Equipo de Investigación

Coordinación:

- [Melisa Bretón](#), Oficial de la Unidad de Desarrollo Humano Sostenible.
- [Sócrates Barinas](#), Economista Senior de la Unidad de Desarrollo Humano Sostenible.

Investigadores

Melisa Bretón, Sócrates Barinas, Sibeli Medina, Julio Díaz, Yanelkis Fernández, Guillermina Ramírez.

Consultores

Jaime Aristy Escuder, Laura Báez, María Victoria Abreu Malla.

Equipo de apoyo

Ruth Fernández, Patricia Reyes, Luz Merán, María Nicole Morillo, Giselle Chahín, Jorge Merán, Wilkin Pujols.

Revisión Editorial

EDITEC, Asesoría en Comunicación.

Créditos Técnicos

Diseño y diagramación: DanielleWest.Arte&Diseño

Contraportada: **Niñas con Mariposas Amarillas**, Antonio Prats-Ventós. 1984.
Acrílico sobre tela. 32"x24".

Fotografías: Emiliano Larizza, Pedrito Guzmán y Luz Merán para PNUD República Dominicana

Íconos: flaticom.com / freepik.com

Impresión: Editora Amigo del Hogar

ISBN: 978-9945-9007-1-2

The background of the page is a blue-toned illustration of a diverse group of young women. They are depicted from the chest up, with their arms raised in various gestures, some with hands open and others with fingers spread. The style is a flat, graphic illustration with soft shading. The overall mood is one of collective hope and active participation.

Este informe está dedicado a todas las jóvenes que participaron en las entrevistas y que tienen la esperanza de una vida mejor, con mayores oportunidades y libertades para ellas y para sus familias.



PRESENTACIÓN

EL EMBARAZO ADOLESCENTE en República Dominicana es una problemática compleja y de alta preocupación en la agenda nacional. Los datos oficiales disponibles indican que el 22% de los nacimientos son de adolescentes. Esta tasa es 34% más alta que el promedio de los países de América Latina y el Caribe. Este fenómeno se concentra tanto en zonas específicas del país – provincias del sur y Cibao central - como en estratos económicos más pobres. El hecho de que el indicador (tasa de fecundidad en adolescentes) haya mostrado pocas variaciones en las últimas tres décadas hace complejo el panorama. Todo ello plantea un reto de desarrollo que requiere urgente atención, sobre todo en el contexto de un país que ha experimentado avances significativos en materia de crecimiento económico y mejoras en muchos de sus indicadores sociales.

Las causas del embarazo adolescente son múltiples, pero sus efectos -sociales, económicos, políticos se visibilizan muy concretamente en la calidad de la vida de las jóvenes, sus familias, comunidades y en sus posibilidades y oportunidades para lograr bienestar y vidas dignas. Por tanto, luego de nueve años desde el último Informe Nacional sobre Desarrollo Humano en el país, el tema del embarazo adolescente se erige en objeto principal de este nuevo Informe. Sabíamos de entrada que nos encontrábamos ante un reto difícil. Pero, igualmente, sabíamos que el concepto de desarrollo humano, como paradigma integrador y multidimensional, podía brindar una herramienta poderosa para escudriñar dinámicas y dimensiones poco exploradas que podrían estar incidiendo significativamente en esta problemática.

El Informe Nacional sobre Desarrollo Humano (INDH) 2017, el primero de una serie de informes en el nuevo ciclo programático del PNUD, aborda y analiza los vínculos entre pobreza y embarazo adolescente. Igualmente, busca explorar y comprender las oportunidades de desarrollo humano y progreso en el país para la población afectada. Como parte de los análisis novedosos propuestos en este INDH, se destaca la estimación del costo de oportunidad para el desarrollo humano de los principales factores que limitan la salida de la pobreza y retardan el progreso multidimensional de los y las jóvenes producto del embarazo adolescente.



El PNUD no es el primero en manifestar preocupación ante el tema del embarazo adolescente. Diferentes instancias de gobierno, sociedad civil y academia, al igual que otras agencias del Sistema de Naciones Unidas en el país, han abordado desde diferentes aristas y perspectivas este tema. Nuestra expectativa con este nuevo Informe es aportar ideas, propuestas y recomendaciones para aumentar niveles de desarrollo humano, partiendo de un enfoque que brinda una sombrilla conceptual y analítica amplia por encima de enfoques sectoriales.

*Los resultados del Informe reafirman que **existe un vínculo entre la pobreza y el embarazo adolescente**, y agregan información respecto de impactos adicionales que inciden en sus posibilidades de desarrollo humano en áreas como logros educativos, formación e inserción laboral, salud sexual y reproductiva, embarazos subsiguientes, expectativas y planes de vida, conformación de la unidad familiar y estabilidad de las uniones, además de la consabida responsabilidad de los padres biológicos de los/as hijos/as de las madres adolescentes.*

Este Informe trae elementos importantes a resaltar desde el punto de vista metodológico: la aplicación de un análisis que contempla enfoques tanto de corte cuantitativo como cualitativo, al igual que el abordaje en profundidad de otros actores adicionales a las jóvenes objeto del estudio, incluyendo la pareja o el padre biológico de su primer hijo/a, su entorno y apoyo familiar, su comunidad, al igual que sus propios hijos/as. Todo ello con el fin, precisamente de ampliar la mirada. En otras palabras, para que el **desarrollo humano sea realmente para todas las personas** – tal y como se plantea en el último informe mundial sobre desarrollo humano – se requiere un abordaje de los distintos actores/as dentro de la problemática como también los sectores, dinámicas, iniciativas y políticas.

El documento aborda el impacto del embarazo sobre las capacidades y oportunidades a lo largo del ciclo de vida, cuantifica el costo de oportunidad con respecto a jóvenes mujeres que no se embarazaron y pone el énfasis en el desarrollo de políticas integrales para enfrentar este problema multidimensional – ya que más de lo mismo rinde menos en este contexto.

El estudio también revela que existe un alto costo de oportunidad asociado al embarazo adolescente en comparación con aquellas jóvenes mujeres que postergaron esta decisión para una edad más avanzada. Sin embargo, los datos revelan que en el contexto de la pobreza – caracterizado por oportunidades limitadas y una insuficiente oferta de servicios básicos de calidad – el embarazo afecta a todas las mujeres, independientemente de que se embaracen en la adolescencia o más tarde, porque este evento entra en dinámica con otras exclusiones pre-existentes. Por tanto, el país tiene temas pendientes que resolver en materia de derechos y políticas públicas de calidad que, de ser atendidas, redundarán en mejores resultados para todos y todas.

La invitación a leer este documento es también una exhortación a continuar reflexionando y aprendiendo sobre un tema que, de ser abordado de manera integral con políticas públicas coordinadas y especializadas, permitirá al país encaminarse hacia un desarrollo humano más inclusivo y sostenible, pero sobre todo un desarrollo humano de calidad, consonante con la Agenda 2030 y contribuyendo al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en 2030.

Lorenzo Jiménez de Luis

Coordinador Residente del Sistema de las Naciones Unidas y
Representante Residente del PNUD República Dominicana

AGRADECIMIENTOS

El PNUD República Dominicana reconoce la labor realizada por un grupo de revisores, que brindaron asesoría experta desde sus experticias técnicas, en el proceso de elaboración del Informe.

Comité Revisor del Informe

Wellington Arnaud (Comisión de Desarrollo Humano de la Cámara de Diputados), Dulce Chahin (UNFPA), Alexis Cruz (MEPYD), Lourdes Contreras (INTEC), Michela Da Roda (Plan Internacional), Rosa Elcarte (UNICEF), Jeannie Ferreras (UNFPA), Myrna Flores Chang (Profamilia), Eduardo Gallardo (UNICEF), Casimira Guerrero Marcano (DIGECOOM), Ana Mitila Lora (Medios de Comunicación), Rita Mena (DGII), Sara Menéndez (UNICEF), Ayacx Mercedes Contreras (DIGEPEP), Iván Ogando (FLACSO), José Antonio Pellerano (SIUBEN), Emiliana Peña (Ministerio de Salud Pública), Raquel Pimentel (Ministerio de Salud Pública), Marianela Pinales (Ministerio de Educación), Ivett Subero (DIGECOOM), Sonia Vásquez (UNFPA).

Mesa de Discusión de Resultados

Jesús Andújar (Ministerio de Educación), Emely Báez (Adelante Jóvenes Adelante), Indiana Barinas (Ministerio de Salud Pública), Nícida Beltré (Ministerio de la Mujer), Mónica Carrión (Ministerio de Salud Pública), Ramona Eufemia de la Cruz (CONANI), Juan Carlos De Jesús (Ministerio de Salud Pública), Fior De los Santos (Adelante Jóvenes Adelante), José Rafael Delancer (Progresando con Solidaridad), Mercedes Jerez (Progresando con Solidaridad), Estefani Jerez (Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales), Mercedes Betania Leger (Ministerio de Educación), Diana Mancebo (Ministerio de Salud Pública), Liliانا Marty (Ministerio de la Mujer), Yndira Morales (Ministerio de Salud Pública), Minerva Pérez (Ministerio de Educación), Maifer Piña (Adelante Jóvenes Adelante), Magaly Smith (CONAVIHSIDA).

Agradecimientos Institucionales

El PNUD República Dominicana reconoce especialmente el apoyo de una serie de instituciones sin cuya colaboración este Informe no hubiera sido posible: Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN), Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Programas Especiales de la Presidencia (DIGEPEP), Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPYD), Ministerio de la Juventud, Ministerio de Educación, Ministerio de la Mujer, Vicepresidencia de la República, Gabinete de Coordinación de Política Social, Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia (CONANI), Consejo Nacional para el VIH y el Sida (CONAVIHSIDA), Adelante Jóvenes Adelante (AJA), Plan Quisqueya Digna, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Dirección General de Cooperación Multilateral (DIGECOOM), Centro de Estudios de Género de INTEC, Plan Internacional, PROFAMILIA, Dirección General de Impuestos Internos (DGII), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Cámara de Diputados de la República Dominicana.

Agradecimientos Personales

Agradecemos de forma especial a Lorenzo Jiménez de Luis, propulsor de este trabajo y abanderado del tema.

También se reconocen los aportes extraordinarios realizados por Luciana Mermet, George Gray Molina, Matilde Chávez de Álvarez, Ángel Camacho, Johny Beltrán, Indiana Barinas y Rita Mena.

Igualmente se agradece el apoyo de José Achecar Chupani, Dilia Bencosme, Franklin Nicasio Feliz, Nicolás Núñez, Yaquelin Montilla, Gerardo Pita, Alejandro Pacheco, Gonzalo Pizarro, Jonathan Hall, Christina Lengefelder, Jairo Fernández Jiménez, José Gregorio Dionicio Martínez, Iván Paredes, Michelle Rivas, Carolina Acuña, Luca Serafini y Roberta Masala.

Se hace un reconocimiento especial a la familia Prats-Ventós por ceder el uso de la imagen **“Niñas con Mariposas Amarillas”** que simboliza el mensaje de este Informe, y da sentido a sus recomendaciones.

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

- AJA: Adelante Jóvenes Adelante
- ALAP: Asociación Latinoamericana de Población
- ALC: América Latina y el Caribe
- ATET: Tratamiento Promedio sobre los Tratados (Average Treatment Effect on the Treated, siglas en inglés).
- BCRD: Banco Central de República Dominicana
- BID: Banco Inter-Americano de Desarrollo
- CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe
- CONANI: Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia
- CONAVIHSIDA: Consejo Nacional para el VIH y el Sida
- DD: modelos de Diferencias en Diferencias
- DH: Desarrollo Humano
- DIGECOOM: Dirección General de Cooperación Multilateral
- DGII: Dirección General de Impuestos Internos
- EA: Embarazo en Adolescentes
- END: Estrategia Nacional de Desarrollo
- ENDESA: Encuesta Demográfica y de Salud
- ENFT: Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo
- ENHOGAR-MICS: Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples
- FLACSO: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
- HNV: Hijos/as Nacidos/as vivos/as
- ICV: Índice de Calidad de Vida
- IDG: Índice de Desigualdad de Género
- IDH: Índice de Desarrollo Humano
- IDHp: Índice de Desarrollo Humano Provincial
- INABIE: Instituto Nacional de Bienestar Estudiantil
- INFOTEP: Instituto de Formación Técnico Profesional
- INTEC: Instituto Tecnológico de Santo Domingo
- IPM: Índice de Pobreza Multidimensional
- IRDH: International Research and Development for Human Beings
- ITS/ETS: Infecciones de Transmisión Sexual/Enfermedades de Transmisión Sexual
- IVACC: Índice de Vulnerabilidad frente a Choques Climáticos
- MEPYD: Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo
- NINI: Jóvenes que ni estudian ni trabajan
- ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible
- OIT: Organización Internacional del Trabajo
- ONE: Oficina Nacional de Estadística
- ONG: Organizaciones No Gubernamentales
- OPHI: Iniciativa de Oxford sobre Pobreza y Desarrollo Humano
- PEA: Población Económicamente Activa
- PIB: Producto Interno Bruto
- PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
- PRONAISA: Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de los y las Adolescentes
- SeNaSA: Seguro Nacional de Salud
- SIUBEN: Sistema Único de Beneficiarios
- SINAVE: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
- SSR: Servicios de Salud Sexual y Reproductiva
- TEF: tasa específica de fecundidad
- TGF: tasa global de fecundidad
- TICs: Tecnologías de la Información y la Comunicación
- UDHS: Unidad de Desarrollo Humano Sostenible del PNUD
- UNAPs: Unidades de Atención Primaria
- UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas
- UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
- VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

ACERCA DEL INFORME NACIONAL SOBRE DESARROLLO HUMANO 2017

EN 1990, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo publicó el primer Informe sobre Desarrollo Humano, incluyendo la presentación del Índice de Desarrollo Humano. Con una premisa básica y radical para aquella época, estableció que el nivel de desarrollo de un país debe medirse no sólo a través del ingreso nacional, sino también según los niveles de salud y educación.

Veinte años después, el paradigma del desarrollo humano sigue siendo indiscutible: el bienestar de un país o una persona es multidimensional y no puede medirse únicamente a partir de su ingreso, premisa que ha orientado la redacción de informes globales, regionales y nacionales.

En 2005*, el PNUD República Dominicana lanzó su primer Informe Nacional sobre Desarrollo Humano con una visión de desarrollo centrada en las personas. Desde entonces, estos informes han contemplado temas como la inclusión social, políticas sociales para el desarrollo humano, el desarrollo local, el empoderamiento y las desigualdades territoriales.

Estos informes son instrumentos claves para el diálogo nacional y para la formulación de políticas públicas integrales y enmarcadas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Este año 2017, el Informe Nacional sobre Desarrollo Humano, el primero de una serie de informes que producirá el PNUD en lo sucesivo, analiza los vínculos entre pobreza y embarazo adolescente como desafíos urgentes para el desarrollo humano de la República Dominicana.

La elaboración de este Informe inició hace alrededor de un año, centrando sus esfuerzos en asegurar que el proceso fuera participativo e inclusivo. Para estos fines, se establecieron dos espacios de discusión y validación multidisciplinarios conformados por actores/as clave del sector público, academia y sociedad civil: el Comité Revisor y la Mesa de Discusión de Resultados. La conformación de estos grupos marcó un hito importante en la redacción del documento, que permitió una profundidad de análisis desde la perspectiva de los diferentes sectores representados.

* Bajo lo que fue la Oficina de Desarrollo Humano, aunque su tradición de elaboración de informes nacionales data del 1997.

RESUMEN EJECUTIVO

EL EMBARAZO en la adolescencia es un fenómeno multidimensional, motivado por diferentes causas, afectando la generación de capacidades y oportunidades de las personas. Los datos oficiales disponibles indican que para República Dominicana el 22% de los nacimientos son de adolescentes de 15 a 19 años. Esta tasa es 34% más alta que el promedio de los países de América Latina y el Caribe, presentando una resistencia a la baja en más de tres décadas (1980-2015). Asimismo, las evidencias disponibles señalan que el país registra la tasa de fecundidad adolescente más alta (100.6 HNV x 1,000 mujeres de 15 a 19 años)^A entre los países de la clasificación de Desarrollo Humano Alto (PNUD, 2016). En este sentido, aunque a nivel global ostenta la clasificación de Desarrollo Humano Alto, las tasas registradas de embarazo adolescente en el país son similares a las de los países de Desarrollo Humano Bajo, clasificación históricamente superada por República Dominicana^B. Estas estadísticas son reveladoras de las limitaciones existentes para mejorar el desempeño de este indicador, que mueven a reformular de forma urgente respuestas de política pública.

En este tenor y partiendo desde el enfoque del desarrollo humano, este Informe tiene como objetivo determinar y caracterizar los impactos en el desarrollo humano de las mujeres – especialmente aquellas que experimentaron embarazo durante la adolescencia - desde una perspectiva multidimensional, priorizando las áreas geográficas de alta incidencia de pobreza. Se analizan las diferencias registradas en indicadores clave para el bienestar, entre las mujeres que fueron madres en la adolescencia y aquellas que postergaron el embarazo para una etapa posterior. Las diferencias encontradas entre estos dos grupos de mujeres, o el efecto neto, es lo que llamamos costo de oportunidad para su desarrollo humano^C.

El marco de análisis utilizado, que parte de una perspectiva multidimensional y asociado a las oportunidades para el desarrollo humano a lo largo del ciclo de vida, permite abordar con evidencias otros elementos y actores relevantes como son: el entorno donde vive la

^A Si bien es cierto que en el contexto dominicano se deben incorporar al análisis las niñas de 10-15 años para ilustrar mejor la realidad social, a nivel internacional y nacional las estadísticas aún no reflejan la adolescencia temprana y se enfocan en las mujeres de 15-19 años.

^B Informe sobre Desarrollo Humano: Desarrollo humano para todas las personas (PNUD, 2016).

^C Se identificaron variables que tienen mayor impacto en las pérdidas de oportunidades de desarrollo humano y por su correlación tienen efectos en mantener este segmento de población en condiciones de pobreza (limitar su salida) o incluso profundizarla. De esta manera se puede realizar una aproximación de los costos de oportunidad que tiene el embarazo en la adolescencia para el logro del desarrollo humano.

adolescente, sus padres, su pareja o el padre biológico de su primer hijo/a, normas y percepciones vigentes entorno al embarazo temprano, entre otros.

Los resultados del Informe indican que el costo de oportunidad de tener un embarazo en la adolescencia – en los entornos de pobreza investigados – es alto, ya que los hogares con mujeres que se embarazaron después de la adolescencia presentan mejores condiciones socioeconómicas que los hogares con mujeres que se embarazaron en dicha etapa. Específicamente, la mujer que experimenta el embarazo más tarde ingresa más fácilmente a la población económicamente activa, tiende a casarse o unirse con una persona de mayor nivel educativo y reside en un hogar con mayor cantidad de perceptores de ingresos por tamaño del hogar. Sus hijos/as también tienen menores posibilidades de morir en la primera infancia, de no acceder a la educación y de no tener documentación.

En un momento del ciclo de vida que debe estar enfocado en el desarrollo de capacidades de cara a la adultez, para las jóvenes estudiadas se caracteriza más bien por la adopción de responsabilidades que sobrepasan sus niveles de madurez y preparación.

No obstante, el informe indica que las consecuencias de este evento, y lo que ello acarrea, no son irreversibles. La aplicación de políticas que les permitan a las mujeres acumular capacidades y habilidades, antes y después de convertirse en madres, debe ser parte intrínseca de las políticas que se desarrollen para abordar el embarazo adolescente.

Como se plantea, las capacidades humanas son acumulativas y la inversión social debe mantenerse a lo largo del ciclo de vida, siendo necesario intensificar en función de las etapas de mayores riesgos, una de ellas la adolescencia. En este contexto, es importante fomentar políticas tanto para la prevención del embarazo a temprana edad

(ex –antes) como políticas para atención y protección (ex post), que en conjunto aseguren mayores oportunidades y opciones para las mujeres sin importar la etapa en que experimente el embarazo. Una política multidimensional de fortalecimiento de capacidades de las mujeres jóvenes a lo largo del ciclo de vida, implicaría integrar estas dos estrategias. A esto se suma de manera transversal mejorar el alcance y calidad de políticas universales para abordar brechas existentes. Esto se refiere a políticas educativas, de salud, de vivienda, de empleo, documentación y sistemas de cuidado que incluyan programas específicos para mujeres que han sido madres en la adolescencia.

Los retos del embarazo adolescente trascienden las acciones de cualquier sector social –salud, educación o género. En ese contexto, las acciones “ex ante” para la prevención de los/las que aún no son padres/madres, al igual que acciones “ex post” de construcción de resiliencia (para las que ya son madres/padres), son complementarias. Asimismo, deben situarse en un espacio específico –con un enfoque territorial–y deben implementarse a lo largo del tiempo –con un enfoque de ciclo de vida. Esto implica una nueva arquitectura de políticas –de aterrizaje territorial y a lo largo del ciclo de vida– que busca trascender la inercia de “más de lo mismo” en la agenda de embarazo adolescente.

El Informe propone tres líneas de acción que agrupan intervenciones para afrontar el embarazo adolescente y sus impactos: i) respuestas multidimensionales en el marco de la agenda 2030, ii) una arquitectura de políticas públicas integrales y iii) un grupo de medidas o “combos” territoriales. Para ello se identifican una serie de aceleradores o disparadores del embarazo adolescente al igual que impulsores de cambio que pueden guiar las intervenciones futuras. Esto conlleva tanto una mejor articulación de las políticas existentes como el desarrollo de nuevas intervenciones.

ÍNDICE

Presentación	5
Agradecimientos	8
Lista de siglas y acrónimos	10
Sobre el Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2017	11
Resumen Ejecutivo	12
Perspectiva general	21
- Acerca del paradigma del Desarrollo Humano.....	21
- Pobreza y embarazo adolescente	23
- El contexto de la República Dominicana	24
- Objetivos y detalles del Informe	35
- Contenido del Informe	37
Capítulo 1: El Embarazo adolescente en República Dominicana: evolución y tendencias	39
- Introducción	40
- Desarrollo Humano y la fecundidad adolescente en la República Dominicana.....	40
- Logros Nacionales opacados por la tasa de embarazos en adolescentes	44
- Comportamiento sub-nacional del embarazo adolescente, desarrollo humano y pobreza	45
- Variables asociadas al embarazo en la adolescencia no explican el fenómeno de manera independiente	49
- Conclusiones	55
Capítulo 2: Ampliando la mirada: costos de oportunidad del embarazo adolescente	57
- Introducción	58
- Detalles de la investigación.....	59
- Costos de oportunidad para el desarrollo humano por el embarazo adolescente	69
- Conclusiones	96

Capítulo 3: Perspectivas y aspiraciones: narrando historias	99
- Introducción	100
- Consideraciones metodológicas	101
- ¿Qué nos dicen las/los adolescentes?: Principales hallazgos	101
- Conclusiones	116
Capítulo 4: Políticas públicas existentes para la prevención del embarazo adolescente	119
- Introducción	120
- El embarazo y la maternidad adolescente en la planificación pública de la República Dominicana	120
- Políticas actuales que contribuyen a la prevención del embarazo en la adolescencia	124
- Conclusiones	131
Capítulo 5: Hacia políticas y estrategias multidimensionales para expandir las oportunidades de desarrollo humano y enfrentar el embarazo en adolescentes	135
- Recomendaciones de políticas	137
- Respuestas multidimensionales para la Agenda 2030	139
- Arquitectura de políticas públicas integrales para el embarazo adolescente	140
- Grupo de medidas o combos territoriales	143
Anexos	147
- Anexo 1: Metodología de la investigación	148
- Anexo 2: Cuestionario aplicado a hogares seleccionados del SIUBEN (enfoque cuantitativo)	158
- Anexo 3: Guía de preguntas de las entrevistas a profundidad aplicadas a adolescentes, padres biológicos de los primeros hijos/as de las mujeres sujeto de la investigación, y miembros de la comunidad (enfoque cualitativo)	170
Bibliografía	175

RECUADROS

- Recuadro 1: Concepto de Desarrollo Humano	28
- Recuadro 2: Evidencias clave sobre el embarazo en adolescentes en República Dominicana	29
- Recuadro 3: Progreso multidimensional	33
- Recuadro 4: Embarazo adolescente desde la óptica de la Agenda 2030	34
- Recuadro 5: Prácticas culturales y la influencia del entorno en la agencia de las adolescentes	53
- Recuadro 6: Categorías de privación en los hogares investigados	60

- Recuadro 7: Índice de Vulnerabilidad frente a Choques Climatológicos en zonas urbano-marginales 66
- Recuadro 8: Resumen metodológico del análisis cuantitativo de la probabilidad y costo de oportunidad del embarazo adolescente..... 70
- Recuadro 9: Historia de Juana - Asimetrías de poder con la pareja que limitan oportunidades de progreso 77
- Recuadro 10: Historia de Juan - Entre la ausencia de oportunidades y el deseo de superación 87
- Recuadro 11: Brecha entre los géneros a lo largo del ciclo de vida 88
- Recuadro 12: Cambios en los niveles de pobreza según la edad del primer embarazo 93
- Recuadro 13: Historia de Esmeralda - Enfrentando la discriminación por el embarazo 104
- Recuadro 14: Historia de Cristina - Limitaciones de derechos..... 113
- Recuadro 15: Inversión pública en el Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes (2011-2016)..... 121
- Recuadro 16: El índice de Pobreza Multidimensional en República Dominicana: Una visión de la pobreza más allá del ingreso..... 129
- Recuadro 17: Programa Juventud y Empleo del Ministerio de Trabajo de la República Dominicana 132
- Recuadro 18: Proyección a 2025 de las tasas de fecundidad en adolescentes 138

GRÁFICOS

- Gráfico 1: Evolución de la pobreza monetaria en República Dominicana 25
- Gráfico 2: Distribución del gasto en servicios sociales por sectores (sub-funciones), período 2010-2016 27
- Gráfico 3: Porcentaje de nacimientos de madres adolescentes en regiones del mundo y en grupos de países según clasificación de Desarrollo Humano (IDH). Período 2010-2015 31
- Gráfico 4: Tasa de fecundidad adolescente promedio 2010-2015 (nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años), por nivel de desarrollo humano..... 32
- Gráfico 5a: Tasa Específica de Fecundidad Adolescente (nacidos por 1,000 mujeres de 15-19 años) por nivel de Desarrollo Humano, por quinquenios (1950-2015) 41
- Gráfico 5b: Tasa específica de fecundidad adolescente (nacidos por 1,000 mujeres de 15-19 años) y Tasa Global de Fecundidad (nacidos por mujer) por quinquenios en la República Dominicana (1950-2015)..... 42
- Gráfico 6: Tasa específica de fecundidad adolescente (nacidos por 1,000 mujeres de 15-19 años), promedio 2000-2015, por Índice de Desarrollo Humano 2015 43
- Gráfico 7: Porcentaje de adolescentes que han tenido un hijo/a nacido/a vivo/a con relación al total de mujeres de 15 a 19 años en República Dominicana 43
- Gráfico 8: El ingreso nacional bruto subvalora logros en múltiples dimensiones de bienestar en República Dominicana 44
- Gráfico 9: Relación entre madres adolescentes y porcentaje de hogares pobres en la República Dominicana.. 46
- Gráfico 10: Relación entre el porcentaje de madres adolescentes y el índice de desarrollo humano 46

- Gráfico 11: Porcentaje de madres adolescentes por zona de residencia, según fuente	51
- Gráfico 12: Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que son madres por nivel educativo más alto alcanzado	52
- Gráfico 13: Distribución porcentual de las madres de 15 a 19 años de edad, por edad simple, según nivel educativo. Censos 2002 y 2010	52
- Gráfico 14: Porcentaje de adolescentes que son madres por quintil de ingresos, según fuente	54
- Gráfico 15: Indicadores del mercado de trabajo por sexo, año 2017	62
- Gráfico 16: Principales formas de discriminación sufridas al estar embarazadas, año 2017	63
- Gráfico 17: Brecha de aseguramiento por ciclo de vida	64
- Gráfico 18: Porcentaje de fallecimiento de niños menores de 6 años, por edad de la madre al momento de su primer embarazo	65
- Gráfica 19: Inseguridad alimentaria por jefatura del hogar	65
- Gráfico 20: Porcentaje de mujeres que no utilizó ningún método anticonceptivo tras el primer embarazo, por grupo de edad	65
- Gráfico 21: Condiciones de vivienda en hogares encuestados, 2017	66
- Gráfico 22: Acceso a servicios básicos de hogares encuestados, 2017	69
- Gráfico 23: Equipamiento de los hogares encuestados, 2017	69
- Gráfico 24: Razón de la no escolarización o inasistencia escolar al momento del embarazo de las mujeres. Año 2017	71
- Gráfico 25: Nivel educativo de las mujeres al momento de quedarse embarazadas, por edad del primer embarazo	73
- Gráfico 26: Último nivel educativo alcanzado por edad del primer embarazo	74
- Gráfico 27: Condición de actividad actual de las adolescentes por edad del primer embarazo	75
- Gráfico 28: Categoría ocupacional actual de las mujeres por edad del primer embarazo, 2017	75
- Gráfico 29: Tenencia de computadora por tipo de hogar y edad del primer embarazo	78
- Gráfico 30: Tipo de información recibida previo al primer embarazo, según la edad de la entrevistada durante esa etapa	78
- Gráfico 31: Principales formas de discriminación reportadas por las mujeres investigadas durante el embarazo	79
- Gráfico 32: Opciones priorizadas por las mujeres de 20 a 30 años de edad para postergar el embarazo adolescente, 2017	83
- Gráfico 33: Características seleccionadas de la vivienda por edad del primer embarazo	90
- Gráfico 34: Diferencias en privaciones de infraestructura y servicios básicos por edad del primer embarazo	92

TABLAS

- Tabla 1: Índice de Desarrollo de Género 2015 de República Dominicana en relación a una selección de países y grupos.....	30
- Tabla 2: Tasa específica de fecundidad adolescente (nacidos por 1,000 mujeres de 15-19 años), promedios quinquenales en grandes regiones del mundo	41
- Tabla 3: Provincias con el mayor y menor nivel de maternidad, y porcentaje de madres adolescentes (15 a 19 años) en 2010	47
- Tabla 4: Municipios con el mayor nivel de maternidad adolescente y porcentaje de madres adolescentes (15 a 19 años) en 2010	48
- Tabla 5: Variables de privaciones en capacidades	76
- Tabla 6: Variables de privaciones en empoderamiento y agencia	80
- Tabla 7: Variables que inciden en la probabilidad de ocurrencia del embarazo adolescente	84
- Tabla 8: Variables seleccionadas sobre el padre biológico del primer hijo/a de las entrevistadas	86
- Tabla 9: Variables de privaciones en vida digna y derechos.....	90
- Tabla 10: Matriz resumen de la sistematización de la oferta pública sobre embarazo y la maternidad adolescente.....	126

DIAGRAMAS

- Diagrama 1: Brecha entre los géneros a lo largo del ciclo de vida en República Dominicana: Comparación con países e indicadores seleccionados.....	102
- Diagrama 2: Principales Causas del embarazo adolescente.....	103
- Diagrama 3: Principales fuentes de información reportadas sobre salud sexual y reproductiva	106
- Diagrama 4: Principales aspiraciones a futuro	114
- Diagrama 5: Agrupamiento de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible sobre la base de los objetivos estratégicos de cada país de América Latina y el Caribe.....	140
- Diagrama 6: Conjunto de intervenciones para abordar el embarazo adolescente desde una perspectiva multidimensional.....	141
- Diagrama 7: Pasos para llevar a cabo la estrategia de combos de políticas	145

MAPAS

- Mapa 1: Desarrollo Humano en República Dominicana por provincia, 2014.....	26
- Mapa 2: Porcentaje de madres adolescentes (15-19 años) por provincias en República Dominicana, año 2010.....	47
- Mapa 3: Porcentaje de madres adolescentes (15-19 años) por municipios en República Dominicana, año 2010	48



PERSPECTIVA GENERAL

EL EMBARAZO ADOLESCENTE: UN DESAFÍO MULTIDIMENSIONAL PARA GENERAR OPORTUNIDADES EN EL CICLO DE VIDA

Acerca del Paradigma del Desarrollo Humano

DESDE 1990, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) impulsa y promueve el paradigma del Desarrollo Humano (DH), o el proceso de expansión de las libertades reales de las personas para llevar una vida prolongada, saludable y creativa. Ello significa conseguir las metas que consideren valiosas y participar activamente para darle forma al desarrollo de manera equitativa y sostenible, en un planeta compartido. Surge como reflexión crítica del enfoque basado en la economía del bienestar, que centraba exclusivamente la explicación de los logros o satisfacción de necesidades humanas en variables como el ingreso o la capacidad de gasto. Es un concepto multidimensional que combina elementos sociales, económicos, de sostenibilidad y gobernanza. El desarrollo humano implica que las personas deben influir en los procesos que determinan sus vidas (PNUD, 2016).

En tanto concepto vivo, abarcador y flexible, que incorpora nuevas dimensiones y retos emergentes para evitenciar dinámicas de exclusión, éste ha ido incorporando visiones en consonancia con su enfoque integral, que permiten el abordaje de problemáticas desde una perspectiva verdaderamente multidimensional. Esto ha implicado el desarrollo de métricas, herramientas y estrategias para generar evidencias tanto de logros como de desafíos en materia de bienestar.

El enfoque propone ampliar las perspectivas de medición de logros que, además del ingreso o riqueza, expresen el bienestar, como es el acceso efectivo y de calidad a servicios sociales mínimos, como la salud y la educación que promueven capacidades iniciales para alcanzar un espectro de oportunidades de desarrollo humano. A partir de este umbral, que es medido por el Índice de Desarrollo Humano (IDH)¹, se incrementan opciones y se constru-

¹ Índice de Desarrollo Humano (IDH): índice compuesto que mide el promedio de los avances en tres dimensiones básicas del desarrollo humano: una vida larga y saludable, conocimientos y un nivel de vida digno. Véase la Nota técnica 1 en http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2016_technical_notes.pdf para obtener información más detallada sobre cómo se calcula el IDH.

yen capacidades para acceder a otras dimensiones, como la libertad política, la seguridad personal, la participación comunitaria, la garantía del ejercicio de los derechos humanos, que permitan perseguir objetivos considerados valiosos y que las personas participen activamente en su consecución.²

El desarrollo humano se centra en tres conceptos fundamentales: libertades, capacidades y agencia. El desarrollo se concibe como un proceso de *expansión de las libertades* fundamentales de los individuos para configurar su propio destino, no como sujetos pasivos. Son libertades las oportunidades de vivir una vida larga y saludable, tener acceso a la educación, a una vida digna, y a participar en la comunidad y en las decisiones que los afecten. Es la persona que actúa y provoca cambios, y sus logros deben juzgarse en función de su autovaloración de acuerdo a sus objetivos de vida. El ejercicio de las libertades depende también de otros factores como el derecho a la provisión de servicios básicos mínimos como los servicios de educación y atención médica, así como de los derechos políticos y humanos (Sen, 2000).

Este informe – en consonancia con reportes de desarrollo humano anteriores – plantea que para lograr desarrollo humano sostenible, las siguientes consideraciones son fundamentales:

- La ampliación de las oportunidades y libertades de las personas no puede lograrse si ello implica disminuir los derechos de las personas y las comunidades.

- Tampoco se puede lograr amenazando la sostenibilidad del medio ambiente y los recursos naturales, comprometiendo así las posibilidades de bienestar de las futuras generaciones. En este sentido, dado que las futuras generaciones merecen oportunidades de desarrollo igualitarias, se requiere instaurar un modelo de desarrollo en el que se asegure la igualdad de oportunidades sin exclusiones, y que perdure en el tiempo.
- Los logros obtenidos en materia de desarrollo humano no son automáticos ni permanentes y pueden reducirse rápidamente ante choques (económicos, sociales, ambientales). Por ello, se hace necesario desarrollar políticas que permitan conservar los logros y al mismo tiempo construir resiliencia.³
- También requiere el abordaje de la vulnerabilidad humana, o la perspectiva de erosión de las capacidades y opciones de las personas. Ello denota la necesidad de inversiones e intervenciones específicas y oportunas que apoyen al desarrollo humano en las distintas etapas del ciclo de vida.

En adición a la sostenibilidad, el enfoque de desarrollo humano contempla elementos como la equidad, el empoderamiento y agencia, y el abordaje multidimensional de las dimensiones de la calidad de vida y el bienestar.

El enfoque del desarrollo humano también se fundamenta en el criterio de equidad, instando en su aplicación a revelar las desiguales oportunidades que existen en los territorios, por el ciclo de vida, las desigualdades entre hombres

² La formación de *capacidades humanas* como puede ser un mejor estado de salud, conocimientos y habilidades, son fundamentales para el desarrollo humano, pero igualmente importante es el uso que la gente hace de las capacidades adquiridas para aumentar el bienestar, expresado en ejercer actividades productivas, actividades sociales, culturales, de recreación y políticas. Las capacidades se expresan en las diferentes combinaciones de funcionamientos (ser y hacer) que la persona puede alcanzar. El ingreso es solo un medio para conseguir el desarrollo, abarcando más que la expansión de la riqueza y los ingresos, su objetivo central es el ser humano. La capacidad sería equivalente a la libertad efectiva para elegir posibles formas de vida en el espacio de posibilidades que se pueden ejercer, o funcionamientos.

³ Hay un gran debate sobre el significado de la resiliencia, pero el énfasis lo ponemos en la resiliencia humana, que asegura que las opciones de la gente son sólidas, ahora y en el futuro, y que permite a las personas hacer frente y adaptarse a los eventos adversos. Fuente: Informe sobre Desarrollo Humano (2014), pp.2

y mujeres por causa de género, y las discriminaciones y exclusiones a pesar del crecimiento económico. Asimismo, para lograr el desarrollo humano se requiere el *empoderamiento* y *agencia* de las personas para llegar a resultados valorables. La participación activa de las personas, por sí sola, no es suficiente para lograrlo. El empoderamiento requiere tanto agencia a nivel individual, como estructuras institucionales inclusivas- al igual que espacios conductivos - para poder ejercer derechos que se expresen en oportunidades de obtener un trabajo decente, el acceso a servicios básicos y la participación política.

Finalmente, el enfoque de desarrollo humano permite el abordaje de las distintas dimensiones de logros de las personas, desde un *paradigma multidimensional* al profundizar en la pluralidad de aspectos de progreso y bienestar de la vida humana, pero también, su aplicación revela las múltiples privaciones que enfrentan grupos de población en condiciones de pobreza y vulnerabilidad. Para el logro del desarrollo, se deben eliminar los factores que limitan la libertad de elección de los individuos, como la pobreza, la escasez de oportunidades económicas y de conocimiento, las brechas en la prestación de los servicios públicos, entre otros factores.

El estudio de los principales factores que inciden en limitar el desarrollo humano y la construcción de capacidades a lo largo del ciclo de vida, permite revelar el lugar que ocupa el embarazo de las adolescentes⁴ con repercusiones importantes, en la salida de la pobreza, el bienestar, la libertad individual y de construcción social. La trayectoria de desarrollo humano de la etapa adolescente a la

juventud, se construye sobre una secuencia de decisiones con la sincronía del ciclo de vida, que puede incluir: obtener progresos en términos de calidad y rendimiento escolar, inserción en el mercado de trabajo, iniciar una salud sexual y reproductiva sana, y constituir una familia. En función de la edad en la que ocurren determinados acontecimientos, puede producir la emancipación, o una ruptura del ciclo de generación de capacidades humanas. Por ejemplo, en un entorno caracterizado por la pobreza el embarazo adolescente puede aumentar las vulnerabilidades propias de esa etapa.

Pobreza y embarazo adolescente

Diversos estudios sobre fecundidad⁵ adolescente a nivel regional han evidenciado vínculos directos entre la pobreza y el embarazo en la adolescencia. Se demuestra que en los grupos más pobres existe una mayor incidencia de este fenómeno. En algunas ocasiones se plantea que la pobreza es causa del embarazo, y en otras, su consecuencia. Por una parte, la pobreza es planteada como uno de los determinantes socioeconómicos de este fenómeno al incidir en las oportunidades que tienen las personas que viven en pobreza. Se plantea que las jóvenes de familias pobres tienen mayor probabilidad de tener un menor desempeño escolar porque dedican tiempo al trabajo doméstico y de cuidado de otros familiares, incentivando a que se planteen el embarazo como plan de vida (Bledsoe y Cohen, 1992 citado en (CEPAL & UNFPA, 2006) (Rodríguez , 2013) (Di Cesare, 2007) (CEPAL & UNFPA, 2006).

⁴ Para fines de este informe se considera la adolescencia como el período de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años, siguiendo definiciones desde la perspectiva de salud. No obstante, en relación a la investigación realizada, para el embarazo adolescente se consideran aquellas mujeres cuyo primer embarazo ocurrió entre los 12 y 19 años (por no encontrarse casos de este tipo previo a los 12 años). La misma definición aplicará para los/las jóvenes a lo largo del presente estudio.

⁵ Para fines de este informe se utiliza la tasa de fecundidad ya que el objetivo es medir el efecto que tiene en el desarrollo humano tener un hijo/a en la adolescencia. Esto implica que el embarazo llega a su término.

Por otro lado, se argumenta que el embarazo en la adolescencia “implica un obstáculo importante para el logro de las tareas propias de esta etapa de desarrollo” ya que limita las oportunidades de las/los jóvenes en cuanto a acumulación de capital humano mediante logros educativos (Flórez & Soto, 2007). De hecho, la deserción escolar por causa del embarazo se ha situado como una de las consecuencias inmediatas de esta problemática. Concomitantemente, los roles de género reforzados por el entorno social en la región latinoamericana, donde República Dominicana no es excepción, perpetúan que el rol de cuidado recaiga en las mujeres y las madres. Esto también representa una limitación para la inserción en el mercado laboral y la reincorporación a la escuela si no cuentan con apoyo familiar o de servicios de cuidado en la comunidad.

Este truncamiento del ciclo educativo de las jóvenes puede impactar, particularmente, en el acceso a un trabajo remunerado y decente, igualmente en sus ingresos potenciales, aspectos fundamentales para la reproducción del círculo vicioso de la pobreza (CEPAL & UNFPA, 2006).

Este Informe se fundamenta en la noción de que un verdadero desarrollo requiere vencer el desafío que implica cerrar las brechas de derechos a oportunidades de las adolescentes y desenlazar los nudos que limitan las capacidades de elección a lo largo del ciclo de vida. Se estiman los costos de oportunidad⁶ que representa este evento tanto para la joven adolescente como para su entorno (sus padres, el padre biológico del primer hijo/a, entre otros), con el fin de facilitar el diseño de políticas para

acelerar el ritmo de su reducción y expandir las oportunidades de desarrollo humano y salida de pobreza.

El foco principal del Informe es la adolescente. Sin embargo, para comprender mejor su situación en materia de desarrollo humano, se hace necesario indagar otras dinámicas en: i) su entorno, ii) sus comunidades y iii) sus hogares (miembros de su hogar). El Informe gira en torno a esas dinámicas y esos espacios.

El contexto de la República Dominicana

En las dos últimas décadas, la República Dominicana ha experimentado una transformación importante en términos económicos y sociales. La tasa de crecimiento promedio en el período 2000-2016 de 5% lo sitúa por encima de la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. En el período 2014-2016, con una tasa de 7.1%, el país se situó por tercer año consecutivo como líder en términos de crecimiento. Guiado en mayor medida por este desempeño económico⁷, a partir del 2014 la República Dominicana es incluida por primera vez en el grupo de países de desarrollo humano alto (PNUD, 2014).

Según datos del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD), tanto la pobreza moderada como la pobreza extrema han registrado disminuciones considerables desde el último trimestre de 2012, pasando la pobreza general de 41.2% en 2013 a 30.5% en 2016 y la extrema de 10.0% a 6.5% en el mismo período. Esto representa una reducción de 10.7 puntos porcen-

⁶ El costo de oportunidad es un concepto económico formalizado por el economista Friedrich von Wieser en su Teoría de Economía Social (1914) y se refiere a aquello de lo que un agente se priva o renuncia cuando hace una elección. La concepción de costo alternativo o de oportunidad designa, esencialmente, el valor de la mejor opción no realizada.

⁷ RD se ha establecido como una de las economías de más rápido crecimiento en la región, con una tasa de crecimiento anual promedio del Producto Interno Bruto (PIB) del 7.2% (2014-2015). El sector servicios, es el que mayor crecimiento presenta, seguido por el comercio, la construcción, el turismo y otras actividades económicas que tienen una capacidad limitada para crear empleo (Cálculo a partir de datos del Banco Central (BCRD)).

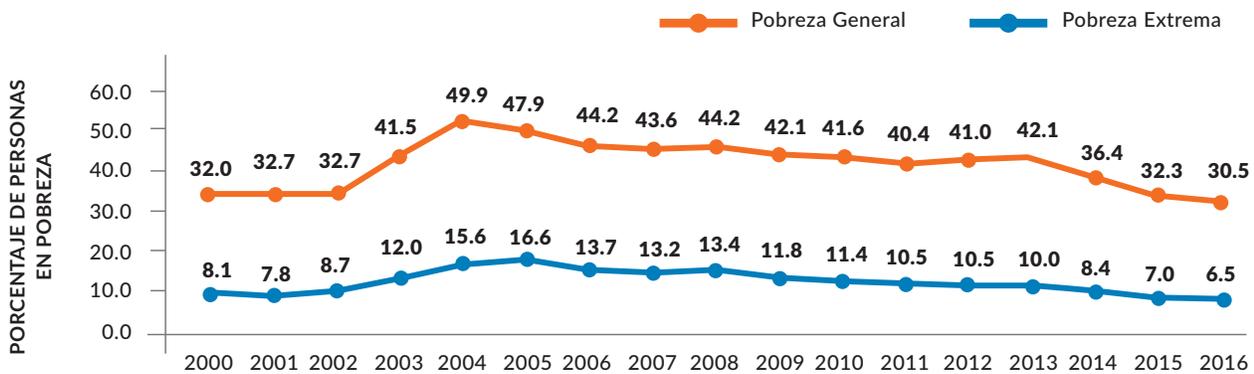
tuales en la pobreza general y 3.5 puntos en la pobreza extrema (Ver Gráfico 1). Estos resultados se ven informados por diversos factores que van desde el efecto combinado de un aumento en el ingreso de los hogares y de una mejoría en la distribución del ingreso entre los hogares hasta la implementación de políticas públicas importantes en los últimos años. Algunos ejemplos importantes incluyen el fomento de créditos a micro emprendimientos rurales, la inversión sostenida del 4% del PIB a la educación pre-universitaria, el aumento del aseguramiento de salud, los programas de alfabetización y la ampliación de la cobertura del programa de transferencias monetarias condicionadas. Estos programas han permitido abordar muchas de las brechas sociales del país, reflejándose en cambios positivos en algunos indicadores socio-económicos.

Las cifras evaluadas reportan avances en la reducción de la pobreza y promoción del desarrollo humano de forma sostenida, pero su avance ha sido lento y desigual. Dicho de otro modo, el desempeño de estos indicadores aún no se ha traducido con la misma celeridad en mejoras en la distribución de la riqueza⁸, ya que las desigualdades a lo interno del país se reducen a un ritmo muy lento⁹. De hecho, al analizar la situación de desarrollo humano a nivel provincial, se evidencia que hay una distribución espacial desigual de las oportunidades para el conjunto de las personas, y entre hombre y mujeres.

Especialmente las zonas geográficas de alta incidencia de la pobreza y de bajo desarrollo humano, se evidencia una limitada capacidad de oferta para la universalidad de la educación y persisten brechas de acceso a aseguramiento en salud. En efecto, los niveles de desarrollo del país

Gráfico 1

EVOLUCIÓN DE LA POBREZA MONETARIA EN REPÚBLICA DOMINICANA 2000 - 2016



Fuente: Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, Boletín Octubre 2016.

⁸ Esta información es corroborada por el estudio elaborado en 2014 por el Banco Mundial "Cuando la Prosperidad no es Compartida", así como también por el "Panorama Social de América Latina 2014" elaborado por la CEPAL.

⁹ Por ejemplo, el promedio de la tasa de crecimiento del PIB en el período (2010-2014) ha sido aproximadamente de un 5.16%, y la tasa de crecimiento del coeficiente de GINI para el mismo período es de -1.62.

son desiguales entre territorios, áreas rurales y urbanas, estratos socioeconómicos y grupos en vulnerabilidad. Al ajustar por desigualdad, el IDH se reduce en 23.6%, cifra superior a la disminución promedio del grupo de países de desarrollo humano alto (19.4%) (PNUD, 2016).

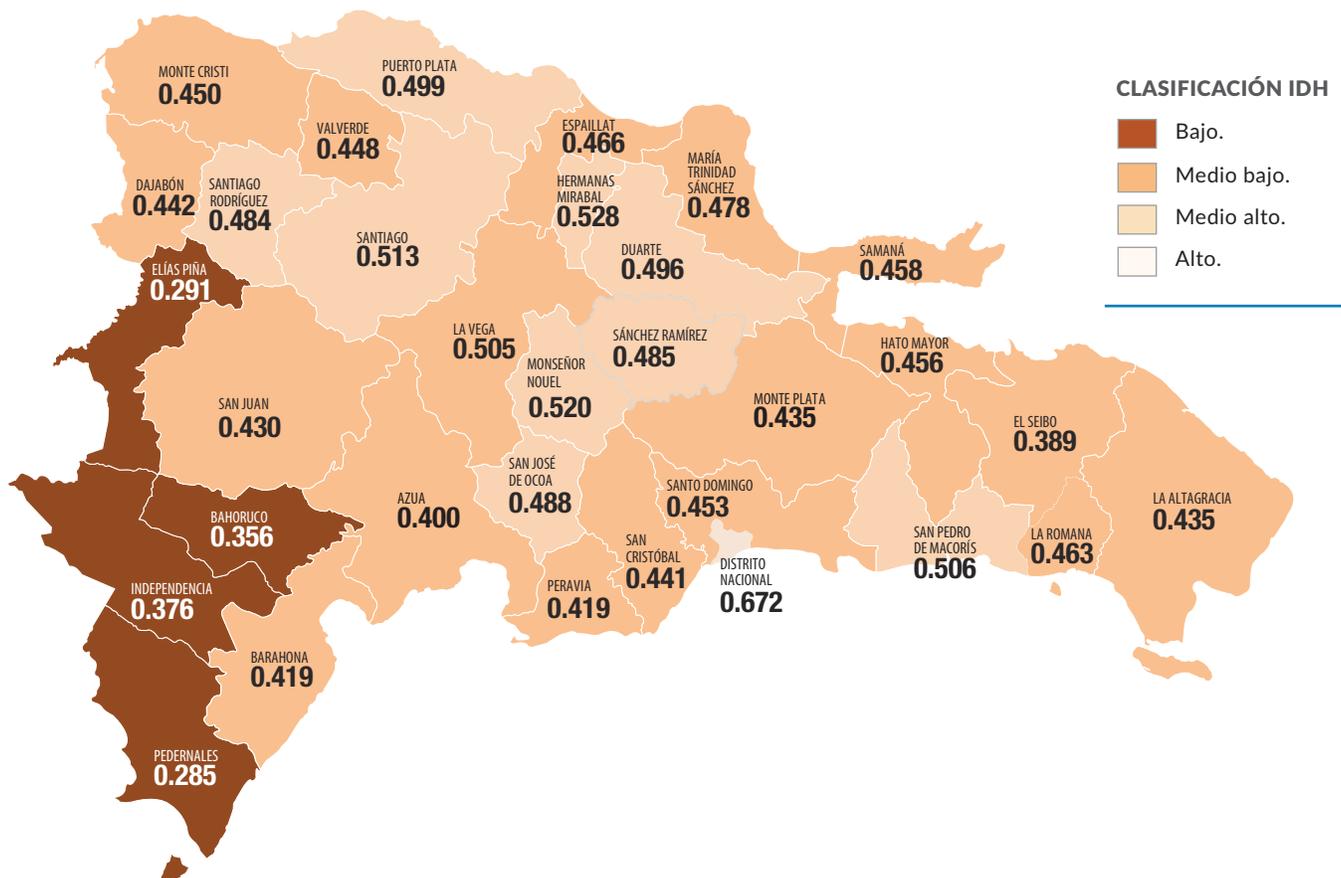
Según el Mapa Interactivo de Desarrollo Humano Provincial (PNUD, 2015), en el territorio nacional se evidencian diferencias significativas en la distribución espacial de las oportunidades de expansión de las libertades y mejoramiento de la calidad de vida. En 2015, 4 de las 32 provincias clasificaron dentro del grupo de bajo desarrollo humano, 17 en el de desarrollo humano medio bajo, y 10

provincias en el grupo de desarrollo humano medio alto. El Distrito Nacional es la única provincia del país con desarrollo humano alto, mientras que la provincia de Pedernales registra los niveles más bajos de desarrollo humano, colocándose en la última posición en el ranking. De las 4 provincias con desarrollo humano bajo, 3 pertenecen a la región fronteriza (Pedernales, Independencia y Elías Piña) y registran los indicadores más débiles de las tres dimensiones que evalúa el índice de desarrollo humano (vida larga y saludable, acceso a la educación y el nivel de vida).

En efecto, de acuerdo a la clasificación nacional de desarrollo humano, el país se clasifica en la categoría de

Mapa 1

DESARROLLO HUMANO EN REPÚBLICA DOMINICANA POR PROVINCIA, 2014



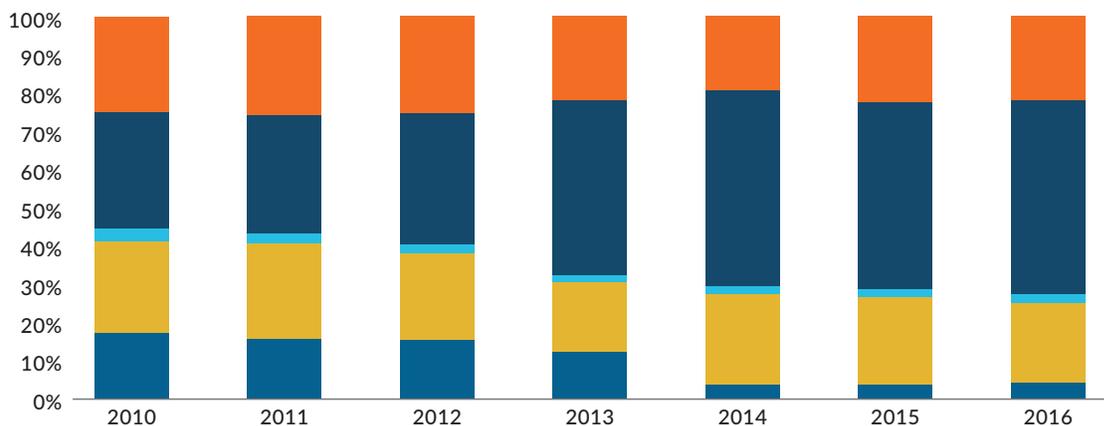
Fuente: PNUD, Mapa Interactivo de Desarrollo Humano.

desarrollo humano medio bajo.¹⁰ Este resultado podría mejorar si se reducen las desiguales oportunidades entre grupos de población afectados por la condición de pobreza, y vulnerabilidad. Por ejemplo, los análisis desarrollados por el PNUD-República Dominicana muestran que si se superan desigualdades como la desigualdad de género,¹¹ se elevaría el desarrollo humano en 44%.

En materia del gasto público social, tal y como muestra el gráfico 2, se evidencian avances en la asignación de gasto social prioritario, por ejemplo con el gasto del 4% del PIB para la educación pre-universitaria. Pero el gasto social global todavía se encuentra a niveles por debajo del promedio de ALC. En adición, el crecimiento del gasto en la función educación ha implicado que la asignación presupuestaria en las áreas de salud y protección social se vea afectada.

Gráfico 2

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EJECUTADO EN SERVICIOS SOCIALES POR SECTORES (SUB-FUNCIONES). PERÍODO 2010-2016.



Protección social



Actividades deportivas, culturales y religiosas



Vivienda y servicios comunitarios



Educación



Salud

Fuente: Elaboración UDHS a partir Dirección General Presupuesto, Ministerio de Hacienda (2016).

¹⁰ Esta clasificación es la correspondiente al IDHp calculado a nivel nacional, y no es comparable con el estimado por el Informe Mundial de Desarrollo humano, según el cual la República Dominicana pertenece al grupo de países en la categoría de desarrollo humano alto. Para más información sobre el IDHp ver el Mapa Interactivo de Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. http://www.do.undp.org/content/dominican_republic/es/home/ourwork/humandevlopment/successstories/mapa-interactivo-de-desarrollo-humano-de-rd.html

¹¹ Medida por el Índice de Desigualdad de Género, refleja la desigualdad en los logros entre hombres y mujeres en tres dimensiones: salud reproductiva, empoderamiento y mercado de trabajo. Consulte la Nota técnica 3 en: <http://hdr.undp.org/en> para obtener más detalles sobre el cálculo del Índice de Desigualdad de Género.

Recuadro 1**CONCEPTO DE DESARROLLO HUMANO**

El Informe sobre Desarrollo Humano de 1990 define desarrollo humano como un proceso que “ofrece a las personas mayores oportunidades” y que pone énfasis en la libertad del ser humano para tener salud, educación y disfrutar de condiciones de vida dignas. Desde este enfoque, el desarrollo se concibe como un proceso de expansión de las capacidades y libertades reales que logran las personas para decidir sus vidas con autonomía de elección. El desarrollo humano consiste en ampliar las libertades de modo que todos los seres humanos puedan aprovechar las posibilidades que consideren más valiosas. Estas libertades tienen dos aspectos fundamentales: la libertad de bienestar, representada por los funcionamientos y las capacidades, y la libertad de agencia, representada por la voz y la autonomía. Si bien el crecimiento económico sostenido es condición necesaria, y los ingresos personales son un medio importante para expandir las opciones de las personas, la libertad depende de factores como la capacidad de elección consciente y de las opciones disponibles para la realización de una vida

con razones para valorar. El Índice de Desarrollo Humano (IDH), medida sintética del desarrollo humano, se centra en tres dimensiones básicas: La esperanza de vida al nacer refleja la capacidad de llevar una vida larga y saludable; los años promedio de escolaridad y los años esperados de escolaridad reflejan la capacidad de adquirir conocimientos, y el ingreso nacional bruto per cápita refleja la capacidad de lograr un nivel de vida decente. Si bien el desarrollo humano es mucho más que el IDH, es muy difícil obtener logros sin salud, educación e ingresos.

El desarrollo humano universal, en la práctica, se logra combatiendo los principales obstáculos y formas de exclusión. Es un concepto vivo, abarcador y flexible que toma en cuenta tanto las generaciones presentes como las futuras. El desarrollo humano trata de sostener los logros obtenidos en el tiempo, de luchar contra los procesos que empobrecen a la gente y de frenar la opresión y la injusticia estructural. Los logros alcanzados podrían ser frágiles y susceptibles de retrocesos, y dado que las futuras generaciones merecen un trato

justo, urge velar por que el desarrollo humano perdure en el tiempo, es decir, que sea sostenible.

El verdadero progreso en el desarrollo humano, entonces, no es solo una cuestión de ampliación de las opciones fundamentales de las personas y de su capacidad para recibir educación, estar sanos, tener un nivel de vida razonable y sentirse seguros. También es una cuestión de cuán seguros son estos logros y si las condiciones son suficientes para el desarrollo humano sostenido. En ese sentido, se resalta que los grandes logros en aspectos fundamentales del desarrollo humano como la salud y la nutrición pueden resultar rápidamente socavados por un desastre natural o una depresión económica.

Por tanto, requiere también el abordaje de la vulnerabilidad humana, o la perspectiva de erosión de las capacidades y opciones de las personas. Para ello se hacen necesarias inversiones e intervenciones específicas y oportunas que apoyen al desarrollo humano en las distintas etapas del ciclo de vida.

En adición, datos nacionales revelan profundas brechas para el logro del desarrollo humano especialmente en las personas jóvenes, y en particular entre las mujeres jóvenes, cuyas oportunidades se ven reducidas ante limitaciones de la oferta educativa pública y en salud integral, un mercado laboral excluyente y de baja calidad, bajo acceso a tecnologías (TICs), y restringido acceso a información en salud sexual y reproductiva; impactando los niveles pobreza y oportunidades de desarrollo humano a futuro.

Uno de los factores que de manera específica retrasa el logro del desarrollo humano sostenible, porque amplifica las desigualdades, en especial las asociadas a la igualdad de género, lo constituyen las elevadas tasas de fecundidad en adolescentes. Este indicador es parte del Índice de Desigualdad de Género del PNUD, medida que refleja la desigualdad en los logros entre hombres y mujeres en tres dimensiones: salud reproductiva,¹² empoderamiento y mercado de trabajo. La fecundidad en la adolescencia,

junto con la mortalidad materna conforma la dimensión de salud de este índice, que busca evidenciar las repercusiones negativas que tiene la desigualdad en el ejercicio de las libertades de las mujeres y niñas (PNUD, 2010).

Otro índice desarrollado por el PNUD que aporta a esta discusión es el Índice de Desarrollo de Género, que no es más que la proporción entre los valores del IDH correspondientes a las mujeres y los correspondientes a los hombres. En otras palabras, mide las desigualdades de género en lo que respecta a la consecución de las tres dimensiones básicas del desarrollo humano (salud, educación e ingresos). Esto permite conocer las oportunidades de desarrollo humano disponibles en los países para los hombres y mujeres.

En el caso de República Dominicana, el Índice de Desarrollo de Género registra un valor mayor para los hombres (0.724) que para las mujeres (0.717). Si bien las mujeres logran mayor desempeño en las dimensiones de salud y educación que los hombres, esto no se traduce en mejoras en el acceso al mercado laboral y a una remuneración equitativa. La diferencia entre los ingresos entre los hombres y mujeres es de 43%.

Desde la óptica del paradigma de desarrollo humano, abordar el embarazo adolescente es clave para asegurar derechos, ofrecer oportunidades y libertades y sobre todo para corregir disparidades que afectan no solo a la joven sino también a su(s) hijos/as y sus co-

Recuadro 2

EVIDENCIAS CLAVE SOBRE EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN REPÚBLICA DOMINICANA

- Incidencia del embarazo adolescente a nivel nacional: 20.5% (ENDESA, 2013).
- Incidencia rural/urbana: Rural 21.0% y Urbana 15.3%.
- El habitante # 10 millones nació en 2015 de una madre adolescente de 16 años (Oficina Nacional de Estadísticas-ONE, 2015).
- La adición de un infante (0-5 años) a un hogar pobre en RD reduce su probabilidad de salida de la pobreza en un 5.9 puntos (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2016).
- El 20% de las mujeres de 15 a 19 años abandonó la escuela por estar embarazadas (ENDESA, 2013).
- El riesgo de una adolescente de estar embarazada es 6 veces superior en las mujeres de educación primaria (ENDESA, 2013) respecto a las de educación superior. En el segmento de las adolescentes embarazadas el 73.2% solo llegó al 8vo. curso (ENDESA 2013).
- El 64% de los/las jóvenes que ni estudian ni trabajan (Ninis) son mujeres (PNUD, en base a ENFT 2016).
- El 12.5% de mujeres entre 20 y 49 años se casaron/ unieron antes de los 15 años. El 37% antes de los 18 años (ENHOGAR-MICS 2014).
- El 52% madres adolescentes tiene como actividad principal "los quehaceres del hogar" (CEG-INTEC, 2013).
- Mortalidad materna: 1 de cada 4 que fallece es una adolescente (Endesa 2013).



¹² La salud reproductiva de la mujer puede medirse a través de dos indicadores: coeficiente de mortalidad materna y tasas de fecundidad entre adolescentes. El bienestar de la mujer durante el parto tiene importancia intrínseca y, además, es una clara señal del lugar que ocupa la mujer en la sociedad. Hay factores que reducen el riesgo de morir durante el parto, como educación, nutrición adecuada, acceso a anticonceptivos, servicios de salud prenatal y asistencia de profesionales capacitados. Y aunque muchos de estos servicios son de bajo costo, todavía les son negados a demasiadas mujeres. La reproducción no sólo conlleva riesgos, con frecuencia también se inicia demasiado prematuramente y compromete la salud y restringe las oportunidades futuras. La procreación a edad temprana, medida a través de la tasa de fecundidad de adolescentes, aumenta los riesgos sanitarios para la madre y el bebé y suele impedir a las jóvenes asistir a la escuela, destinándolas muchas veces a trabajos que, en el mejor de los casos, son poco especializados. Fuente: Informe sobre Desarrollo humano 2010, pp.102

Tabla I.

**ÍNDICE DE DESARROLLO DE GÉNERO 2015 DE REPÚBLICA DOMINICANA
EN RELACIÓN A UNA SELECCIÓN DE PAÍSES Y GRUPOS**

Grupo/País	Esperanza de vida al nacer		Años esperados de escolaridad		Años promedio de escolaridad		INB per cápita (PPA US\$)		Valor del IDH	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
República Dominicana	76.9	70.6	13.7	12.7	7.9	7.5	9,281	16,256	0.717	0.724
El Salvador	77.7	68.6	13.0	13.3	6.2	6.9	5,386	10,385	0.663	0.691
Jamaica	78.2	73.5	13.1	12.6	9.7	9.6	6,628	10,086	0.719	0.738
América Latina y el Caribe	78.4	72.0	14.7	13.8	8.3	8.3	10,053	18,091	0.743	0.757
IDH alto	77.7	73.4	14.1	13.6	7.8	8.3	10,214	17,384	0.728	0.760

Fuente: PNUD (2016) "Informe sobre Desarrollo Humano 2016: Desarrollo Humano para todas las personas".

munidades.

La fecundidad en adolescentes es también un indicador importante para matizar los logros en materia de crecimiento económico de los países. Así pues, a pesar de mejoras en términos de ingresos, hay tareas pendientes en el área social (ver gráfico 3). República Dominicana, aunque registra tasas elevadas en su ingreso nacional y mejoras en sus niveles de desarrollo humano, lidera en el porcentaje de nacimientos de madres adolescentes al compararse tanto con América Latina y el Caribe - muy por encima de los países de África Subsahariana - así como en relación a países de Desarrollo Humano Bajo.

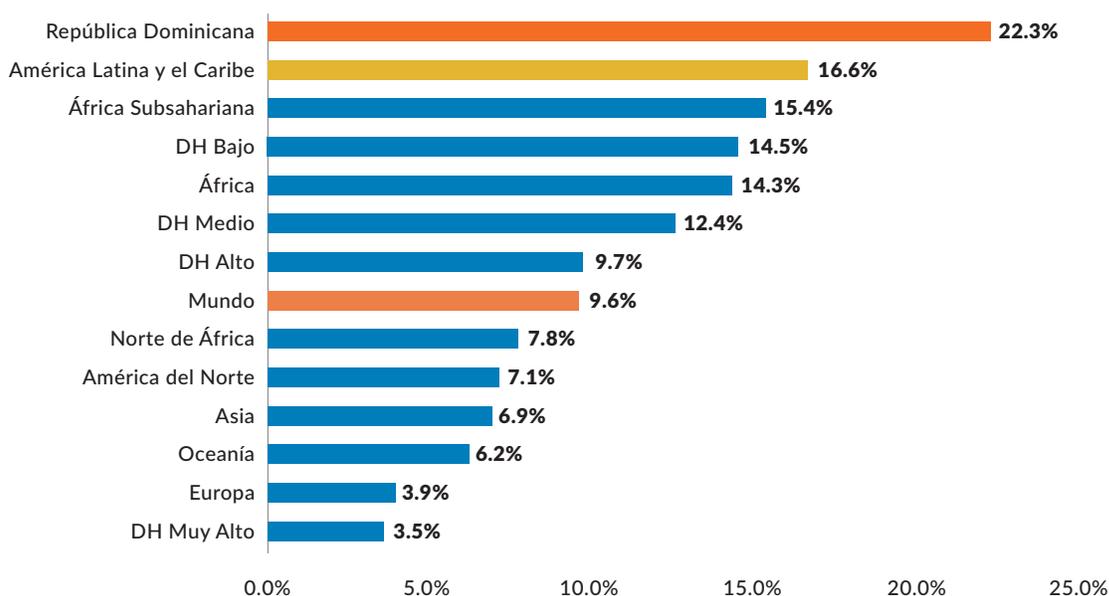
Existe una distinción entre el embarazo planificado y no planificado.¹³ El primero responde a la decisión de tener un hijo/a y la segunda a un resultado no esperado producto de la falta de información sobre cómo evitarlo, ausencia o fallo de métodos anticonceptivos, episodios

de violencia, entre otros. En adición, existen diversos estudios¹⁴ que abordan las motivaciones detrás de un embarazo planificado en la adolescencia, entre las cuales se incluyen razones económicas. Asimismo, plantean que se trata de una decisión de la adolescente que ejerce agencia y que responde a un proyecto de vida que se asume se ha construido.

Es importante recordar que el desarrollo humano también considera la libre *agencia* de los individuos o su habilidad para ayudarse y contribuir con su sociedad, proceso que provee una mayor libertad. Se define la capacidad de agencia como "lo que una persona es libre de hacer y alcanzar en la búsqueda de la realización de las metas o los valores que esa persona considere como importantes" (Saha, 2010). El término se relaciona con otros elementos como el empoderamiento, la autonomía, la liberación, la participación, y la confianza en sí mismo/a.

¹³ También se clasifica como deseado y no deseado. Ver: Santelli, J., Rochat, R., Hatfield-Timajchy, K., Gilbert, B. C., Curtis, K., Cabral, R., & Schieve, L. (2003). The measurement and meaning of unintended pregnancy. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 35(2), 94-101; (McQueston, Silverman & Glassman, 2012; WHO, 2007; Presler-Marshall & Jones, 2012 citados por ICRW, 2014).

¹⁴ Vargas, T., Ramírez, M., (2007) "Estudio Cualitativo sobre Maternidad y Paternidad en la Adolescencia", CONAPOFA.

Gráfico 3**PORCENTAJE DE NACIMIENTOS DE MADRES ADOLESCENTES EN REGIONES DEL MUNDO Y EN GRUPOS DE PAÍSES SEGÚN CLASIFICACIÓN DE DESARROLLO HUMANO (IDH). QUINQUENIO 2010-2015**

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas, (2017) e Informe sobre Desarrollo Humano PNUD (2016).

No obstante, el contexto social y de derechos en el que vive la persona, las normas sociales, legales, la cultura, la familia y la misma comunidad, inclusive la edad¹⁵ pueden determinar la capacidad efectiva de ejercer agencia y empoderamiento y de tomar decisiones. Cuando ese contexto está caracterizado por opciones y oportunidades limitadas, acceso a información y estímulos sociales y educativos escasos, y violencia, las decisiones se toman en un espacio de información limitada. Y sobre todo cuando muchas de estas dinámicas han sido normaliza-

das. La adolescencia es la etapa para construir capacidades que luego permitirán definir un proyecto de vida. En pocas palabras, el entorno juega un rol importante en la incidencia de la problemática planteada en el Informe.

El embarazo adolescente se ha constituido en un tema de alta preocupación nacional,¹⁶ evidenciado en su inclusión en distintos instrumentos que guían la planificación nacional y las políticas públicas. Por ejemplo, la Estrategia Nacional de Desarrollo (END) 2030¹⁷ – marco nacional de desarrollo a futuro – en su eje número 2, objetivo

¹⁵ Como es el caso de la adolescencia temprana de 10 a 15 años.

¹⁶ A nivel internacional, resalta la agenda ODS (agenda 2030) y a nivel regional el Plan regional de prevención de Embarazo en la adolescencia del Sistema de Integración Centroamericana.

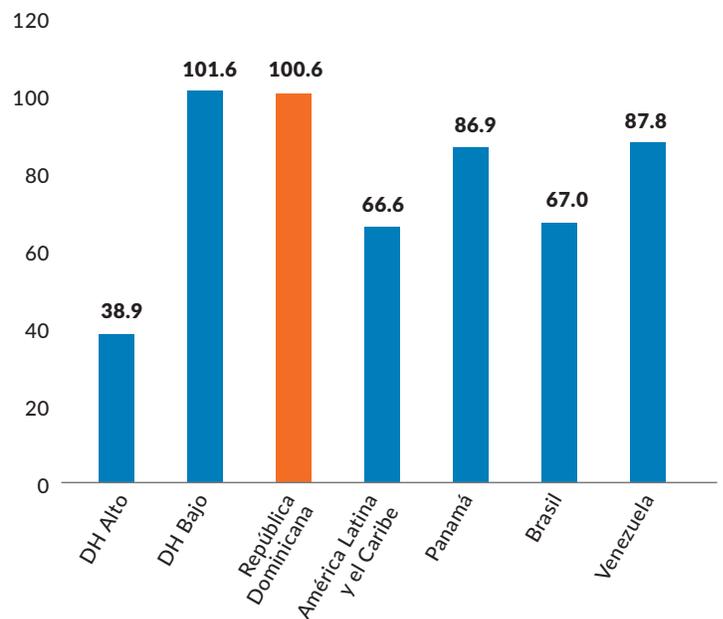
¹⁷ Ley 01-12.

2.2.1, incluye el fortalecimiento de los servicios de salud colectiva relacionados con los eventos de cada ciclo de vida, en colaboración con las autoridades locales y las comunidades, en el cual se hace énfasis en la prevención del embarazo adolescente.¹⁸ Asimismo, el Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2013-2016, contempló algunos proyectos de inversión en el sector salud y asistencia social, sobre la prevención del embarazo en adolescentes y el fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva de las mujeres jóvenes. Por otra parte, el Plan de Gobierno del Presidente Danilo Medina 2016-2020 fijó la meta de diseñar y ejecutar programas para reducir los embarazos en adolescentes en un 20% mediante la implementación de estrategias socio-educativas y psicopedagógicas, y el fortalecimiento de la educación sexual y el programa de habilidades para la vida en el sistema educativo. A esto se suma una multiplicidad de iniciativas y programas tanto del sector público como de organizaciones no gubernamentales (ONG) para incidir en transformar esta situación, como se verá más adelante en el capítulo 4.

A pesar de ello, la evolución de este indicador en el país presenta una resistencia a la baja en más de tres décadas (1980-2015)¹⁹. Esta situación cobra un matiz más preocupante aún entre las adolescentes que viven en entornos de pobreza, rompiendo el ciclo de acceso a capacidades y limitando su potencial, que finalmente reproduce exclusiones duras²⁰, discriminaciones, y restringe el logro del progreso en múltiples dimensiones.

Gráfico 4

TASA DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE PROMEDIO 2010-2015 (NACIMIENTOS POR CADA MIL MUJERES ENTRE 15 Y 19 AÑOS), POR NIVEL DE DESARROLLO HUMANO.



Fuente: Elaboración de la UDHS del PNUD a partir de los datos del World Population Prospects: The 2017 Revision. Naciones Unidas, y Informe sobre Desarrollo Humano PNUD (2016).

Las evidencias disponibles señalan que la República Dominicana registra la tasa de fecundidad adolescente más alta (100.6HNV x 1,000 mujeres de 15 a 19 años)²¹ entre los países de la clasificación de Desarrollo Humano Alto (PNUD, 2016). En este sentido, aunque a nivel glo-

¹⁸ También presente en la Ley 136-03 "Código para el Sistema de Protección y los Derechos Fundamentales de niños, niñas y adolescentes", el Plan Nacional de Igualdad y Equidad de Género (PLANEG, 2007-2017) del Ministerio de la Mujer, al igual que los planes decenales de Salud y Educación.

¹⁹ Naciones Unidas (2017) World Population Prospects: The 2017 Revision.

²⁰ Se refiere a exclusiones que trascienden el nivel de ingreso —y están asociadas al trato desigual, la discriminación, la violencia o la estigmatización por condición étnica o racial, color de piel, identidad sexual, género, religión, condición migrante, nacionalidad o padecimiento de discapacidades físicas o mentales—. Para erradicar estas exclusiones no es suficiente cerrar brechas materiales (PNUD, 2016).

²¹ Si bien es cierto que en el contexto dominicano se deben incorporar al análisis las niñas de 10-15 años para ilustrar mejor la realidad social, a nivel internacional y nacional las estadísticas aún no reflejan la adolescencia temprana y se enfocan en las mujeres de 15-19 años.

Recuadro 3

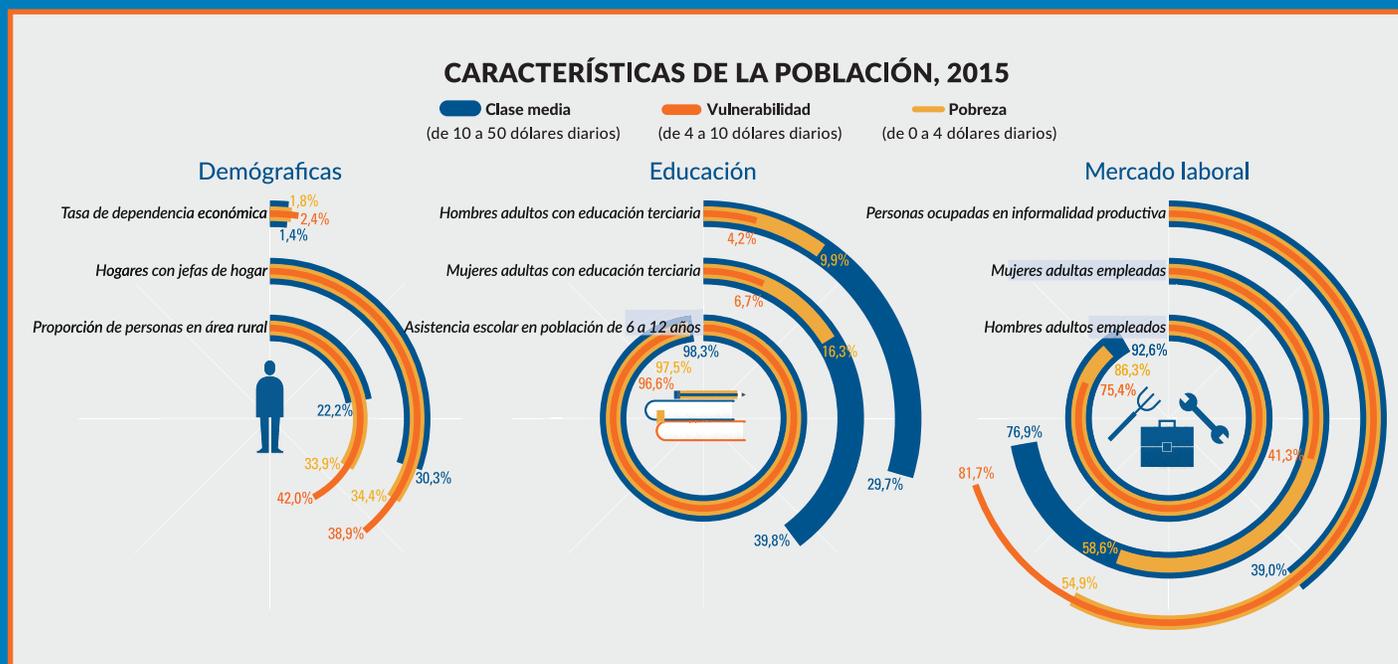
PROGRESO MULTIDIMENSIONAL

“PROGRESO MULTIDIMENSIONAL” (PM) es un concepto paraguas – desarrollado por el PNUD en el informe regional para LAC “Progreso Multidimensional: bienestar más allá del ingreso” - para la medición del bienestar en los países de la región, como instrumento para valorar la situación del desarrollo regional de ALC y perspectivas de futuro. Por tanto, no es suficiente con llegar a lograr cero pobreza en los países, por igual se requiere asegurar que las personas no recaigan a la pobreza. Por ello, el análisis desde el PM se enfoca en una visión de pobreza más dinámica, identificando transiciones desde y hacia la pobreza al igual que las políticas públicas que deben implementarse para asegurar los logros en el tiempo. Tiene como valor añadido la inclusión de índices y políticas dirigidas a superar la pobreza multi-

dimensional, pero los trasciende al contemplar también las exclusiones que están por encima de las líneas de ingresos, necesidades básicas y carencias. El PM se define como “un espacio de desarrollo con límites normativos, en el que nada que disminuya los derechos de las personas y las comunidades, ni que amenace la sostenibilidad ambiental del planeta, puede considerarse progreso. El desarrollo del concepto, por tanto, requiere expandir las fronteras de la definición de bienestar a fin de incluir como prioridades públicas, entre otras, las dimensiones relacionadas con el trabajo decente, la calidad de la educación, la igualdad de género, la protección social y los sistemas de cuidado al alcance de los hogares, el desarrollo de comunidades seguras, y el cuidado del medio ambiente.

La mayor amenaza actual al progreso multidimensional en ALC, es la recaída de entre 25 y 30 millones de hogares de la vulnerabilidad a la pobreza extrema, por lo que se proponen mediciones y políticas para orientar por medio de evidencias opciones de salida de la pobreza, como para evitar la recaída.

El logro del progreso multidimensional presenta actualmente un reto para la República Dominicana por ser uno de los países de mayor crecimiento de la región, clasificado como país de renta media y de desarrollo humano alto; pero con rezagos importantes en la redistribución de los logros económicos; y con reducida capacidad de traducir este crecimiento en aseguramiento de derechos y amplificación de las oportunidades en los diferentes momentos del ciclo de vida.



Fuente: Anexo 1.P del Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe 2016.

bal ostenta la clasificación de Desarrollo Humano Alto, las tasas registradas de embarazo adolescente en el país son similares a las de los países de Desarrollo Humano Bajo, clasificación históricamente superada por República Dominicana²². Estas estadísticas son reveladoras de las limitaciones existentes para mejorar el desempeño de este indicador, que mueven a reformular de forma urgente respuestas de política pública.

Es importante resaltar que el embarazo adolescente es una problemática social de múltiples aristas, que debe definirse como un flagelo multidimensional que restringe el bienestar, causado por factores que se refuerzan mutuamente. No es un problema de salud sexual y reproductiva por sí solo y de competencia de los sectores de salud o educación. Las evidencias indican que es un fenómeno que se magnifica en los sectores más pobres,

²² Informe sobre Desarrollo Humano: Desarrollo humano para todas las personas (PNUD, 2016).

Recuadro 4

EMBARAZO ADOLESCENTE DESDE LA ÓPTICA DE LA AGENDA 2030

La Agenda 2030 – con sus 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y 169 metas – aprobada por los países en la Cumbre de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible de 2015, es la culminación de más de cuatro decenios de diálogo y debate multilateral sobre cómo responder a los desafíos medioambientales, sociales y económicos que enfrenta la comunidad internacional. La responsabilidad de la aplicación de la Agenda, adoptada como resultado de extensas negociaciones entre los Estados Miembros, recae principalmente sobre los gobiernos nacionales. Es el plan de acción más amplio acordado hasta la fecha para eliminar la pobreza extrema, reducir la desigualdad y proteger el planeta. Los principios fundamentales en los que se sustenta la agenda son:

1. Universalidad
2. No dejar a nadie atrás
3. Interconexión e indivisibilidad
4. Inclusión
5. Cooperación entre múltiples partes interesadas

El embarazo adolescente es un tema clave dentro de esta agenda. El ODS 3, Salud y Bienestar, por ejemplo, tiene como propósito fun-



damental garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos y todas en el entendido de que se requieren iniciativas para erradicar por completo una gama de enfermedades y hacer frente a numerosas y variadas cuestiones persistentes y emergentes relativas a la salud como lo es el fenómeno del embarazo en la adolescencia. En efecto, el objetivo 3.7.2 plantea la necesidad de garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales. Otros objetivos que guardan una estrecha relación con el tema del embarazo en la adolescencia y abordan múltiples aristas de ese fenómeno son:

- **Objetivo 1:** Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo.
- **Objetivo 4:** Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos.
- **Objetivo 5:** Lograr la igualdad entre los gé-

neros y empoderar a todas las mujeres y las niñas

- **Objetivo 8:** Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos
- **Objetivo 10:** Reducir la desigualdad en y entre los países

El embarazo en adolescentes tiene una estrecha relación con el avance hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Con la adopción de la Agenda 2030, República Dominicana enfrenta el desafío de traducir el alto crecimiento económico en una ampliación de oportunidades de las personas, sin discriminaciones ni exclusión de ningún segmento de población.

Fuentes:
UNSSC Knowledge Centre for Sustainable Development. CEPAL, (2016). Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, Una oportunidad para América Latina y El Caribe.

donde la desigualdad y la falta de oportunidades contribuyen a la perpetuación del problema. Por ejemplo, existen vínculos entre el embarazo adolescente y las uniones tempranas, deserción escolar, violencia, inserción en el mercado laboral (Wodon, Male, Onagoruwa, Savadogo, & Yedan, 2017).

El análisis con perspectiva integradora de múltiples dimensiones, plantea el reto de caracterizar las correlaciones entre variables que interactúan determinando escasas oportunidades, y así limitando las posibilidades de salida de pobreza y de mejorar el desarrollo humano. En adición, el Informe Regional de Desarrollo Humano 2016, explica que los *factores asociados con la salida de las personas de la pobreza, no son los mismos que los que proveen resiliencia ante los eventos económicos, personales y ambientales*. A partir del enfoque del progreso multidimensional, se propone a los países centrar sus intervenciones en políticas para no perder los logros alcanzados y prevenir recaídas a la pobreza, y que incluyan las exclusiones más allá del ingreso: por ejemplo, desarrollando habilidades en el ciclo de vida con énfasis en la protección de la niñez, adultos mayores y personas con discapacidad.

Objetivos y detalles del Informe

Este Informe tiene como objetivo determinar y caracterizar los impactos del embarazo en la adolescencia en el

desarrollo humano de las mujeres, desde una perspectiva multidimensional, priorizando las áreas geográficas de alta incidencia de pobreza.

Cabe resaltar que en el país se registran avances significativos en el análisis de las dinámicas que inciden en el embarazo adolescente, en particular en identificar determinantes, estimar costos y analizar la situación de salud de la madre y de los niños/niñas.²³ No obstante, aún existen evidencias limitadas de la medición de sus consecuencias, y las repercusiones de sus efectos como limitantes de las opciones de progreso, movilidad social y desarrollo humano.

Es precisamente a través del lente del desarrollo humano –por su amplitud de enfoque– que con este Informe se busca ir más allá de los efectos del embarazo en la adolescencia en algún sector exclusivo (solo salud, solo educación) y mover la reflexión a un terreno multidimensional, que incluya además actores como los padres y madres de las adolescentes y sus parejas (o padres biológicos²⁴ de los/las niños/as). En otras palabras, el enfoque de desarrollo humano permite visualizar y dimensionar las exclusiones que sufren grupos específicos de población que, y en especial en el contexto de la República Dominicana, refleja la necesidad de establecer una agenda de política pública focalizada hacia grupos en desventaja social y económica, excluidos del dinamismo de la economía.

²³ Por ejemplo: Costos del embarazo y la maternidad en la adolescencia en la República Dominicana (INTEC,- CEG-INTEC, UNFPA, 2013) que estima los costos de los servicios de salud en atención al embarazo y la maternidad de adolescentes en el país y en el Sistema Nacional de Salud; El Embarazo Adolescente en Hogares Pobres de la República Dominicana: Evidencia a partir de la EEPS 2010 (Haydeeliz Carrasco, 2012) que identifica los factores socioeconómicos asociados a la probabilidad de embarazo-maternidad en las adolescentes que viven en condiciones de pobreza); El embarazo en adolescentes en la República Dominicana Tendencias observadas a partir de las Encuestas Demográficas y de Salud (ENDESA 1986-2013) UNFPA-Profamilia (Pérez-Then, 2015); entre otros.

²⁴ El término "padre biológico del primer hijo/a de la mujer sujeto de este informe" se utiliza para identificar el hombre con quien la mujer procreó su primer hijo/a. No hablamos exclusivamente de pareja porque, en muchos casos, el padre del primer hijo/a no es la pareja actual. Asimismo, con el fin de identificar la situación de las mujeres al momento del primer embarazo en la adolescencia, se toma en cuenta de forma más directa el primer hijo/a, aunque sí se indaga sobre embarazos subsiguientes. No debe confundirse con el padre biológico de la mujer. En otras publicaciones, se utilizan los términos "embarazadores" y/o "progenitores".

De manera específica busca:

- Estimar el costo de oportunidad del embarazo adolescente en las mujeres. Esto significa calcular las pérdidas en desarrollo humano, es decir, los logros que, en ausencia de embarazo adolescente, la/el joven obtendría en áreas como: educación, capacitación, salud, trabajo decente, perspectiva de futuro.
- Elaborar recomendaciones de políticas que sirvan de insumo para el próximo Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes y de otras iniciativas nacionales que surjan para abordar esta situación.

En relación a la metodología, el estudio se llevó a cabo mediante dos abordajes distintos. Un análisis cuantitativo a través de un modelo de probabilidad²⁵ para determinar el impacto que tiene la condición del embarazo adolescente en las jóvenes que experimentaron esta condición, y entre aquellas que no, sobre indicadores como educación, ingreso, acceso al mercado laboral, y TICs. A través del diseño y aplicación de una encuesta a 661 hogares seleccionados de la base de datos del Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN), se obtuvieron los insumos necesarios para aplicar los métodos cuantitativos que serán detallados más adelante.²⁶ Adicionalmente, se realizó un levantamiento cualitativo con adolescentes embarazadas, padres biológicos y personas clave de la comunidad en las localidades seleccionadas para obtener información detallada de las características de vida actuales y las dimensiones de impacto al momento del primer embarazo, entre otros. Con ello se buscó identificar elementos que no se capturan en la parte cuantitativa pero que forman parte de las dinámicas en torno al embarazo adolescente.

En términos específicos, los resultados de la investigación, basados en un análisis cuantitativo - cualitativo, reafirman que existe un vínculo entre la pobreza y el embarazo adolescente, con repercusiones específicas en áreas tales como: logros educativos, formación e inserción laboral, salud sexual y reproductiva, embarazos subsiguientes, expectativas y planes de vida, conformación de la unidad familiar y estabilidad de las uniones, muertes infantiles y responsabilidad de los padres biológicos. Asimismo, este estudio revela que existe un alto costo de oportunidad para las mujeres con un primer embarazo en la adolescencia en comparación con aquellas que postergaron esta decisión hasta una edad más avanzada.

Algunos resultados obtenidos en el estudio demuestran que, en general, aquellos hogares donde sólo hay mujeres que se embarazaron durante la adolescencia, tienen un menor porcentaje de afiliación a seguro de salud (63.8%), que los hogares donde las mujeres experimentaron el primer embarazo en un período posterior (72.6%). En adición, los/as hijos/as de las mujeres embarazadas adolescentes tienen una probabilidad de fallecimiento en la niñez 3.9 veces superior al que tienen las mujeres embarazadas a partir de los 20 años. En relación a temas educativos, las madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de abandonar los estudios debido al embarazo. El 32% de esas jóvenes declaró que no se inscribió ni tampoco asistió a la escuela durante el año escolar en que se embarazó por causa de ese evento y un 15% afirma que la razón fue que se unió con su pareja.²⁷

²⁵ Ver anexo metodológico.

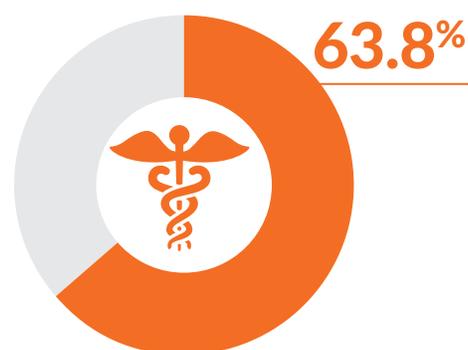
²⁶ Al momento del levantamiento las jóvenes ya habían sido madres. Para fines de análisis, se desagregaron entre aquellas que fueron madres por primera vez entre los 12-19 años y aquellas que fueron madres por primera vez a partir de los 20 años.

²⁷ Sin la condición de embarazo.

Igualmente, se observa que los hogares con mujeres con embarazo después de la adolescencia presentan mejores condiciones socioeconómicas que los hogares con mujeres que se embarazaron en la adolescencia. Una de las conclusiones del informe es que la mujer que posterga el embarazo luego de la adolescencia ingresa más fácilmente a la población económicamente activa, tiende a casarse con una persona con mayor nivel educativo y reside en un hogar con mayor cantidad de perceptores de ingresos. Esto le permite tener un mayor ingreso per cápita y mejores condiciones de vida. Las uniones tempranas también inciden de manera significativa en las probabilidades del embarazo en adolescentes, resultado consistente con otros estudios (Wodon, Male, Onagoruwa, Savadogo, & Yedan, 2017). Se evidenciaron también situaciones de violencia y discriminación experimentadas por las mujeres investigadas.

Otra dimensión que resalta en el análisis es el tema del acceso a tecnología de la información (TICs) y su relación inversa con la probabilidad de embarazo adolescente, ya que la joven con embarazo en la adolescencia tiene 48% menos posibilidades de tener acceso a TICs, en comparación con aquella que experimentó el embarazo a una edad posterior a la adolescencia. De hecho, el estudio concluye que tener acceso a las TICs puede reducir en 53% la posibilidad de quedar embarazada durante la adolescencia.²⁸

También, los datos revelan que en el contexto de la pobreza – caracterizado por la ausencia de oportunidades y una insuficiente oferta de servicios básicos de calidad – el embarazo afecta a todas las mujeres, independientemente de que se embaracen en la adolescencia o no,



**DE LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS
TIENEN MENOR %
DE AFILIACIÓN AL
SEGURO DE SALUD**

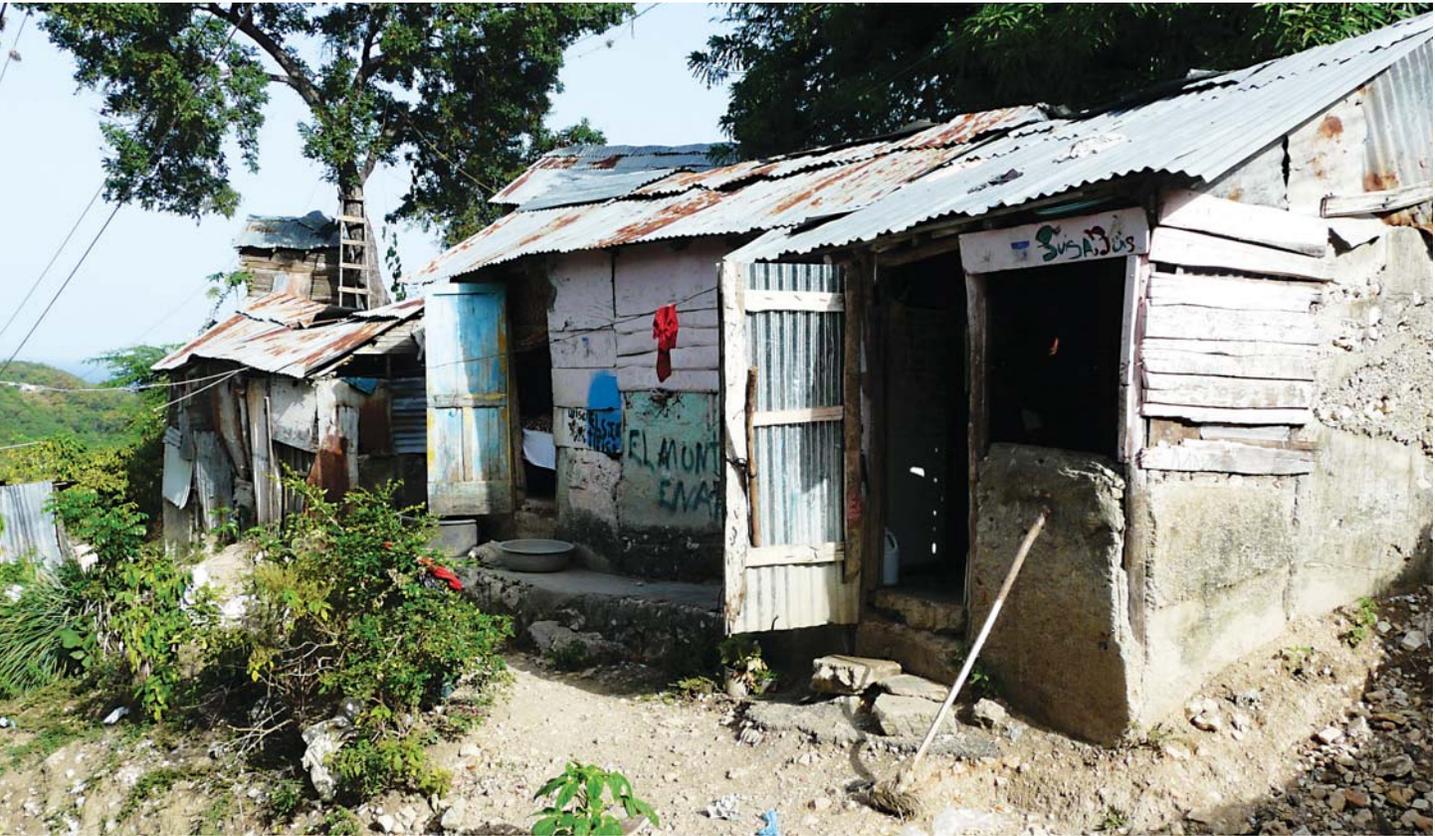
Fuente: Elaboración UDHS/PNUD en base a resultados de la encuesta.

porque este evento ocurre en entornos con dinámicas que presentan otras exclusiones pre-existentes.

Contenido del Informe

El contenido de este informe se ha estructurado en cinco capítulos. El capítulo 1 presenta un análisis de la evolución del embarazo adolescente en el país, partiendo de la perspectiva global. El capítulo 2 aborda los costos de oportunidad del embarazo adolescente, analizados a través de un levantamiento de información a mujeres que experimentaron y/o no, embarazo en la adolescencia. En esta sección, se profundiza sobre el entorno socioeconómico de los hogares, se caracteriza a las jóvenes objeto del estudio, al igual que a la pareja o padre biológico del

²⁸ La encuesta levantó información en relación al acceso a internet, celular y computadora, pero no se abordó el contenido y la calidad de las informaciones obtenidas por esta vía.



primer hijo/a de la mujer y se hace una aproximación a los efectos e impactos socioeconómicos que la problemática del embarazo adolescente tiene sobre el desarrollo humano. Más adelante, el capítulo 3 complementa estos resultados con una investigación cualitativa que aborda los impactos del evento en las oportunidades de desarrollo, autonomía y bienestar emocional de las mujeres. En adición, se evalúan las perspectivas y aspiraciones de la joven madre, el padre biológico, y otros actores claves de la comunidad desde sus propias miradas. El capítulo 4 incluye un mapeo de las principales intervenciones y políticas existentes para hacer frente al embarazo adolescente.

Finalmente, el capítulo 5 presenta las conclusiones del estudio y las recomendaciones para la formulación de políticas públicas. De manera específica, se plantea una

serie de medidas a corto y mediano plazo para afrontar el tema desde varios niveles y sectores y al igual que diferentes escenarios de políticas integrales o “combos de medidas” que competen al ámbito económico, social y cultural, con alto impacto en reducir las probabilidades de embarazo en la adolescencia y mejorar la calidad de vida y las oportunidades de aquellas que ya lo han experimentado. Se proponen políticas diferenciadas para, por una parte, contribuir a la prevención del embarazo en la adolescencia, y, por otro, mejorar las capacidades, oportunidades y resiliencia luego del embarazo que aseguren mejores opciones y oportunidades para ellas, para sus hijos/as y su entorno. Estas recomendaciones se enfocan no solo a las mujeres madres sino también en su entorno, incluyendo el padre biológico de su primer hijo/a, y sus propios padres y madres.

CAPÍTULO 1

EL EMBARAZO ADOLESCENTE EN REPÚBLICA DOMINICANA: EVOLUCIÓN Y TENDENCIAS

Introducción

LA LITERATURA especializada advierte que las tasas relacionadas al embarazo en adolescente disminuyen con el desarrollo económico y sociocultural de los países, ya que estos pueden ser determinantes en los cambios de conductas sexuales y reproductivas de las personas. Igualmente, los procesos de modernización de los países provocan que el primer embarazo se postergue a edades más adultas y/o la tasa de fecundidad disminuya debido a que las/los jóvenes priorizan la acumulación de capital humano y mejores condiciones laborales por encima de la iniciación de la familia (Rodríguez Vignoli, Di Cesare, & Páez, 2017 citando a Cherry y Dillon, 2014; (Di Cesare, 2015).

A continuación, se exploran los principales resultados de las investigaciones realizadas a nivel nacional y regional para caracterizar el embarazo en adolescencia, de modo que se pueda obtener una primera aproximación de las causas y las consecuencias de este evento. Con ello, se busca problematizar perspectivas focalizadas en un sector específico, o en una variable, o determinante individual.

Como se analizará más adelante, la tasa de fecundidad en adolescentes se relaciona con distintas variables socio-económicas, demográficas y culturales, entre otras. Ante esto, se hace necesario ir más allá de “lecturas fáciles” y de enfoques individuales, ya que cada uno de los factores que incide en la problemática no la explica por sí solo. En el marco de la Agenda 2030 se requiere una mirada multidimensional – consistente con el enfoque de

desarrollo humano - asociada al ciclo de vida, a las oportunidades, a las percepciones, y exclusiones que ocurren en el marco del embarazo adolescente y que podría explicar de forma más articulada dicha situación.

Desarrollo humano y la fecundidad adolescente en la República Dominicana: perspectiva comparada

A nivel mundial, las tasas de fecundidad global para todas las clasificaciones de desarrollo humano han tenido una tendencia a la baja desde los años cincuenta hasta el quinquenio 2010-2015. Los países con mayor nivel de desarrollo, ya sea medido por ingresos, como por el Índice de Desarrollo Humano, comenzaron a disminuir la tasa de fecundidad global²⁹ décadas antes que los países con menor nivel de desarrollo, como los países de África Subsahariana, África o América Latina, siendo estos últimos los que mayor retraso tuvieron en encaminarse en la transición.

De acuerdo a los análisis de las tendencias demográficas, la República Dominicana se encuentra en un proceso de transición demográfica media, caracterizada por la disminución de la tasa de mortalidad, aumento de la esperanza de vida y reducción de la tasa de fecundidad global.³⁰ Sin embargo, al analizar la tendencia de la tasa específica de fecundidad³¹ para adolescentes entre 15 y 19 años, se observa una evolución estacionaria: a través del tiempo no registra cambios significativos, lo que resulta inconsistente con el comportamiento experimentado por la tasa global de fecundidad. En adición, el nivel de la tasa específica de fecundidad para las adolescentes se encuentra

²⁹ La tasa global de fecundidad se refiere al número de hijos que en promedio tendrían las mujeres al final de su vida reproductiva si durante la misma estuvieran expuestas a las tasas de fecundidad por edad del período de estudio. <https://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPPI/Webhelp/helpsispi.htm#fecundidad.htm>

³⁰ Pérez Then, P. (2015) Tendencias Observadas a partir de las encuestas demográficas y de salud (ENDESA 1986-2013).

³¹ La tasa específica de fecundidad se define como el total de nacimientos de madres de 15 a 19 años, pertenecientes al ámbito de estudio, a lo largo de un año *t* por cada 1.000 mujeres de dicho colectivo poblacional. http://www.ine.es/metodologia/t20/metodologia_idb.pdf

Tabla 2.

TASA ESPECÍFICA DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE (NACIDOS POR 1,000 MUJERES DE 15-19 AÑOS), PROMEDIOS QUINQUENALES EN GRANDES REGIONES DEL MUNDO

Grupo/País	1950-1955	1965-1970	1995-1999	1995-2000	2010-2015
África Subsahariana	154.0	151.6	150.7	132.9	110.4
Rep. Dominicana	170.4	148.0	110.6	111.0	100.6
África	150.2	148.0	136.3	114.8	99.4
América Latina y el Caribe	104.4	101.3	88.4	83.8	66.6
Caribe	102.1	117.6	91.0	77.8	60.0
Mundo	86.4	80.3	68.8	59.3	46.5
Norte de África	136.0	135.3	88.3	48.9	45.9
Asia	94.3	78.7	61.9	47.6	30.6
Europa	27.4	36.9	33.3	23.9	16.0

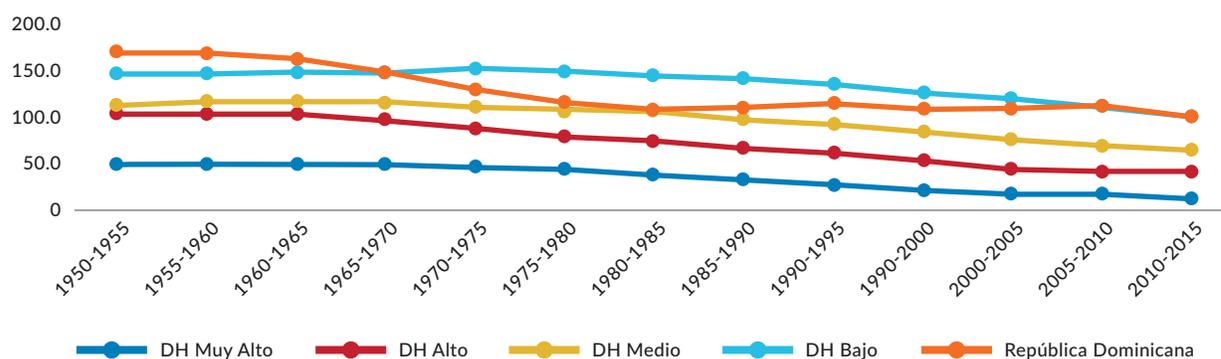
Fuente: Elaboración de la UDHS a partir de los datos del World Population Prospects: The 2017 Revision. Naciones Unidas, y PNUD (2016)

muy por encima de la registrada por el promedio de los países con desarrollo humano alto, homólogos del país, presentando un comportamiento disímil en relación a estos indicadores, ya que la tasa específica de fecundidad

para República Dominicana solo es comparable con promedios registrados en los países de desarrollo humano bajo, como aquellos en la región África Subsahariana y África (ver gráfico 5a y 5b).³²

Gráfico 5a

TASA ESPECÍFICA DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE (NACIDOS POR 1,000 MUJERES DE 15-19 AÑOS) POR NIVEL DE DESARROLLO HUMANO, POR QUINQUENIOS (1950-2015)

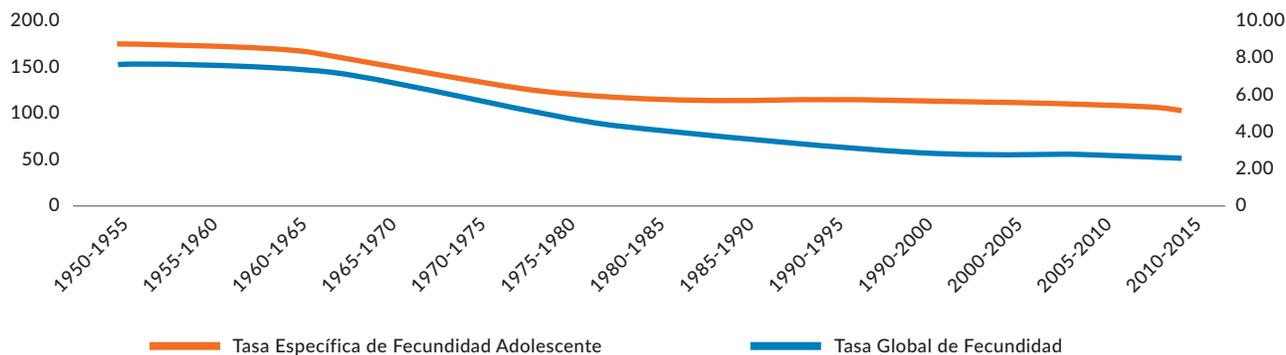


Fuente: Elaboración de la UDHS a partir de los datos del World Population Prospects: The 2017 Revision. Naciones Unidas, y PNUD (2016)

³² La fecundidad global en el país es igual a la mundial (2.5 hijos/as por mujer), a diferencia de la fecundidad adolescente, que está al nivel del promedio africano y de los países de Desarrollo Humano bajo con 100.6 nacimientos por 1,000 mujeres adolescentes en RD en un año, 101.6 en países de DH bajo y 99.4 en África; superada solo por África Subsahariana (110.4).

Gráfico 5b

TASA ESPECÍFICA DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE (NACIDOS POR 1,000 MUJERES DE 15-19 AÑOS) Y TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD (NACIDOS POR MUJER) POR QUINQUENIOS EN LA REPÚBLICA DOMINICANA (1950-2015)



Fuente: Elaboración de la UDHS a partir de los datos del World Population Prospects: The 2017 Revision. Naciones Unidas, y PNUD (2016)

El comportamiento de la tasa específica de fecundidad adolescente en el país muestra un panorama diferente a la tasa global. Si bien hasta llegar a la década de los 80 la tendencia era hacia la baja, como se comportaban los países de DH alto, a partir de ahí es cuando comienza a ralentizar su descenso hasta quedarse en lo que sugiere ser una “meseta” y resistirse a la baja por más de 35 años³³.

Al asociar la tasa específica de fecundidad adolescente y nivel de desarrollo humano de cada país se observa la existencia de una correlación negativa entre las dos variables; es decir, a menor nivel de desarrollo humano, más elevada es la tasa de fecundidad adolescente, lo cual es consistente con los diversos estudios disponibles.³⁴ Según la medición global, la República Dominicana se en-

cuentra en la posición opuesta descrita anteriormente, ya que todos sus homólogos en desarrollo humano alto, tienen una tasa de fecundidad en adolescente mucho menor (ver Gráfico 6).

La comparación del embarazo adolescente con el IDH (y sus tres dimensiones – salud, educación y vida digna) permite mostrar una perspectiva sustentada en un enfoque multidimensional, más allá de análisis unidimensional. La República Dominicana, con carencias de educación, salud y pobreza menos pronunciadas que países como Guatemala y Nicaragua, muestra tasas más elevadas de embarazo adolescente.

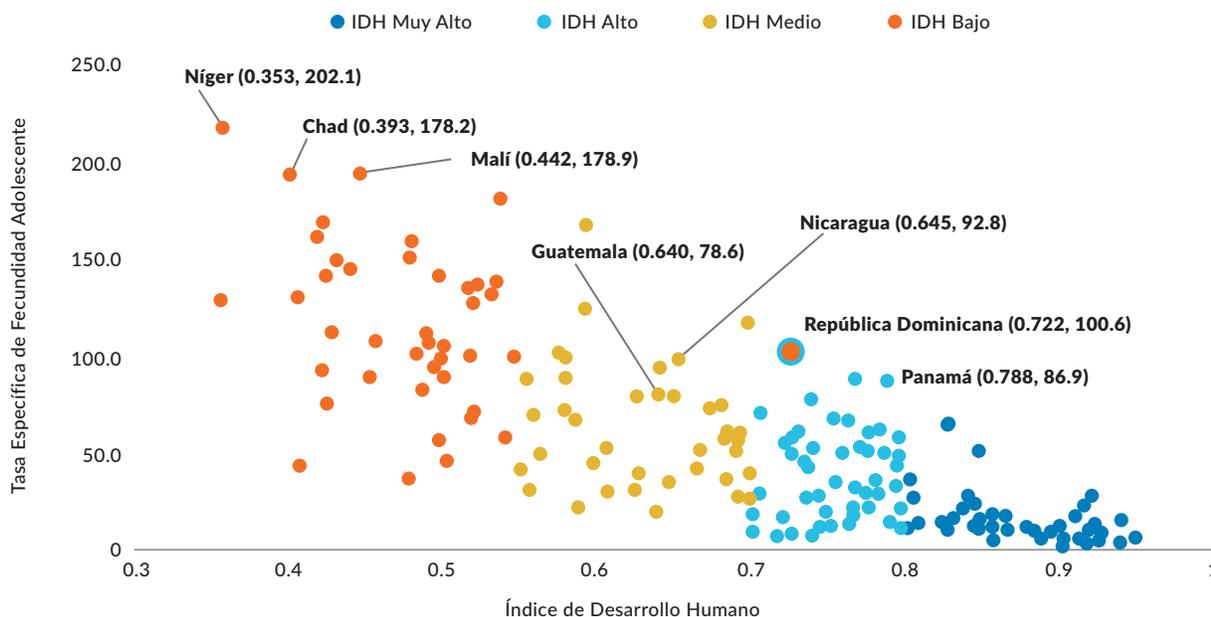
Según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2010, el 19.7% de las adolescentes habían sido madres, repre-

³³ La resistencia a la baja de la tasa de fecundidad adolescente ha sido evidenciada a nivel regional en países específicos de ALC por diversos estudios publicados por la CEPAL.

³⁴ Por ejemplo, Di Cesare (2015); Rodríguez Vignoli, Di Cesare, & Páez, (2017).

Gráfico 6

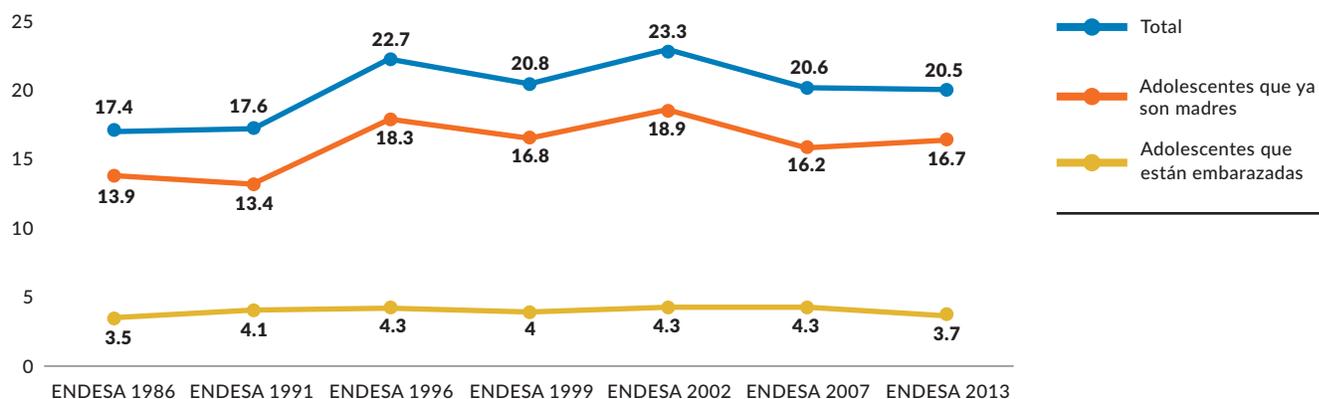
TASA ESPECÍFICA DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE (NACIDOS POR 1,000 MUJERES DE 15-19 AÑOS), PROMEDIO 2000-2015, POR ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO 2015



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos Naciones Unidas, Departamento de Desarrollo Económico y Social, División de Población (2017) y PNUD (2016)

Gráfico 7

PORCENTAJE DE MUJERES DE 15 A 19 AÑOS QUE HAN TENIDO UN HIJO/A NACIDO/A VIVO/A Y QUE ESTÁN EMBARAZADAS POR PRIMERA VEZ EN LA REPÚBLICA DOMINICANA



Fuente: Elaboración UDHS a partir de los datos del Programa de Encuestas de Demografía y Salud publicados en www.statcompiler.com.

sentando el mayor porcentaje de ALC.³⁵ Según la Encuesta Demográfica y de Salud (Centro de Estudios Demográficos y Sociales, 2013), el porcentaje de mujeres adolescentes, entre 15 y 19 años, que habían tenido un hijo/a nacido/a vivo/a y que estaban embarazadas por primera vez al momento de la encuesta, fue de 20.5%.

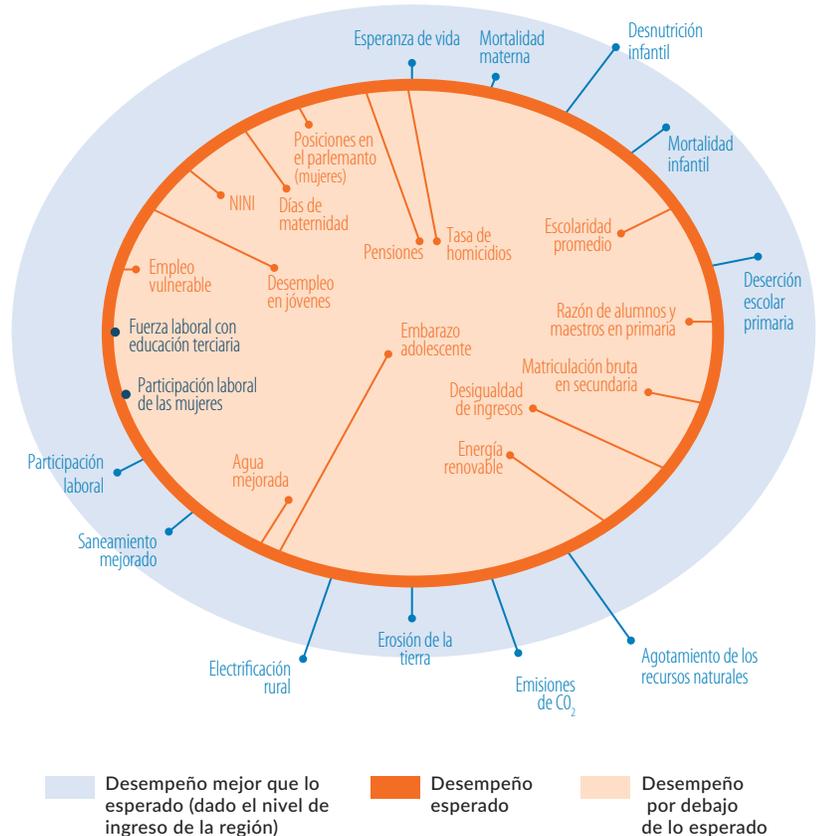
Como indica ENDESA 2013, el 2.2% de las jóvenes de 15 años ha sido madre, y el 6.2% con 16 años. Sin embargo, el porcentaje se dispara considerablemente al final de la adolescencia: el 24.6% de las jóvenes de 18 años ya habían sido madres, y a los 19 años un 31.9%. Esto puede estar relacionado con el hecho de que, a mayor edad, mayor período de exposición en términos de embarazo.

Logros nacionales opacados por el porcentaje de embarazos en adolescentes

A pesar de logros sociales y económicos importantes a nivel nacional, los porcentajes de embarazo adolescente no varían mucho en los últimos 15 años –en todo caso, menos de lo que se esperaba si se compara con los avances en materia de crecimiento económico, urbanización, mejoras en la esperanza de vida, y en la matriculación escolar. De hecho, el Informe Regional sobre Desarrollo Humano 2016 realizó un ejercicio para analizar el comportamiento de algunas variables socioeconómicas en relación a los niveles de ingreso de los países de la región. Según el gráfico 8, El ingreso

Gráfico 8

EL INGRESO NACIONAL BRUTO SUBVALORA LOGROS EN MÚLTIPLES DIMENSIONES DE BIENESTAR EN REPÚBLICA DOMINICANA



Fuente: Informe Regional de Desarrollo Humano 2016.

Nacional Bruto subvalora logros en múltiples dimensiones de bienestar. En el caso de República Dominicana, a pesar de sus avances en términos de crecimiento económico, existen indicadores con un desempeño por debajo de lo esperado, entre los que el embarazo adolescente tiene uno de los peores rendimientos.

³⁵ Este dato proviene del estudio “La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina” de la CEPAL y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, año 2010.

Efectivamente, los niveles de desarrollo humano registrados por el país – a partir de la medición global – están impulsados mayormente por la dimensión de ingreso, que registra cifras más cercanas a las registradas por países con un nivel de desarrollo humano alto, seguido por salud y luego educación.³⁶

De hecho, cuando el IDH se ajusta por desigualdad, es decir, cuando se examina cómo se distribuyen los logros en ingreso, educación y salud a nivel de la población, el país pierde 21.7%³⁷ de su desarrollo humano, mostrando importantes niveles de desigualdad. Es precisamente esa distribución desigual del desarrollo humano que se captura a través del Índice de Desarrollo Humano Provincial³⁸ y que nos acerca más a las realidades complejas a lo interno de los territorios dominicanos donde existen altas tasas de embarazos en adolescentes.

Comportamiento sub-nacional del embarazo adolescente, desarrollo humano y pobreza

El acápite anterior explica el comportamiento de las distintas tasas de fecundidad adolescente, utilizando datos globales.³⁹ No obstante, al indagar sobre la realidad nacional, y analizando los datos del IDHp, se advierte que

la disimilitud analizada entre los niveles de embarazo adolescente y el de desarrollo humano de las provincias desaparece, y se puede percibir un comportamiento más consistente y acorde con la literatura y dinámicas propias de las situaciones de pobreza. En efecto, aunque ocurre en contextos socio-económicos medios y altos, la prevalencia de esta problemática es mucho menor.

Al correlacionar el porcentaje de madres adolescentes⁴⁰ con el porcentaje de hogares pobres por provincia y por nivel de desarrollo humano, se puede observar una relación positiva en el primer caso, y una negativa en el segundo. Es decir, a mayor nivel de pobreza en los hogares, mayor porcentaje de embarazo adolescente en las provincias del país, mientras que, a mayor nivel de desarrollo humano, menor porcentaje de maternidad adolescente.⁴¹

A nivel sub-nacional, las provincias Pedernales, Elías Piña, Baoruco, Azua e Independencia ocupan los primeros 5 lugares de jerarquía, donde, en promedio, 1 de cada 4 adolescentes en estas provincias habían sido madres.⁴² Asimismo, se observa que Pedernales es la provincia con el menor nivel de desarrollo humano en el país y con mayor incidencia de madres en la adolescencia (Censo, 2010).

³⁶ Informe Mundial sobre Desarrollo Humano 2016: Desarrollo Humano para todos. Ver Tabla 1, disponible en: <http://www.undp.org/content/undp/es/home/librarypage/hdr/2016-human-development-report.html>

³⁷ Informe Mundial sobre Desarrollo Humano 2016: Desarrollo Humano para todos. Ver página No.23, disponible en: <http://www.undp.org/content/undp/es/home/librarypage/hdr/2016-human-development-report.html>

³⁸ Para construir el Índice de Desarrollo Humano Provincial (IDHp) en República Dominicana, a partir del Informe Mundial sobre Desarrollo Humano 2014, se introdujeron modificaciones a los indicadores y los referentes internacionales. La construcción del (IDHp) se hizo en base a esa metodología, pero adecuándola a las características y disponibilidad de información de los sistemas y registros administrativos nacionales. Como resultado se sustituyeron los indicadores que se utilizan para evaluar las diferentes dimensiones y se ajustaron los referentes internacionales de acuerdo a esas informaciones. Para más información ver: http://www.do.undp.org/content/dominican_republic/es/home/ourwork/humandevlopment/successstories/mapa-interactivo-de-desarrollo-humano-de-rd.html

³⁹ Informes Mundiales sobre Desarrollo Humano del PNUD. Disponibles: <http://www.undp.org/content/undp/es/home/librarypage/hdr.html>

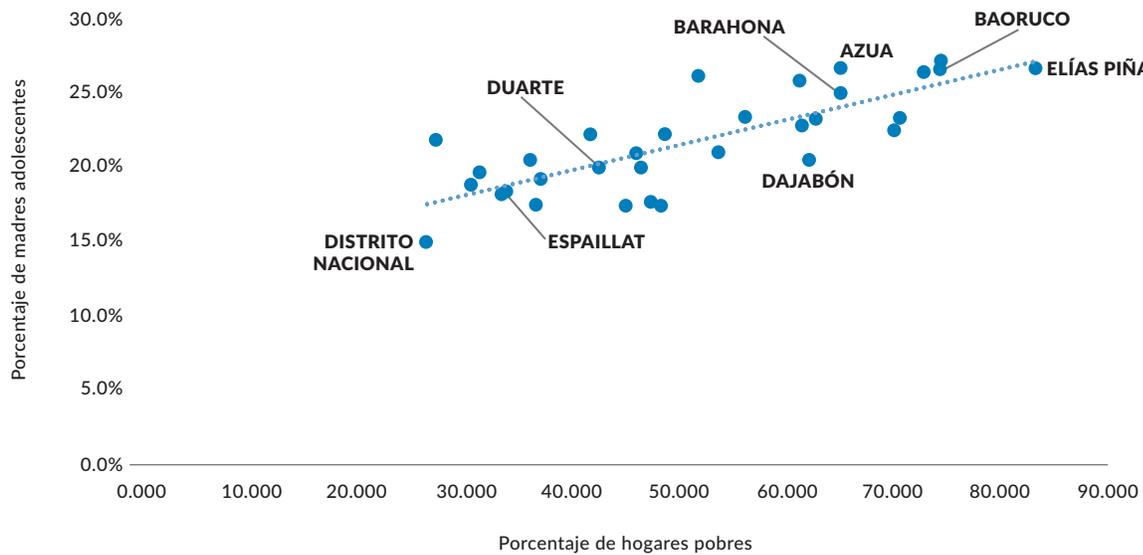
⁴⁰ Para el análisis provincial se tomó el indicador de madres adolescentes con relación al total de mujeres de 15 a 19 años en vez del indicador de fecundidad adolescente utilizado para la comparación regional e internacional. Esto se debe a que los datos disponibles a nivel provincial tienen niveles de sub-registro mayores en las zonas donde se concentró la muestra del estudio.

⁴¹ El coeficiente de correlación resultó ser estadísticamente significativo a un nivel de confianza del 95%.

⁴² Censo Nacional de Población y Vivienda, año 2010, Oficina Nacional de Estadísticas.

Gráfico 9

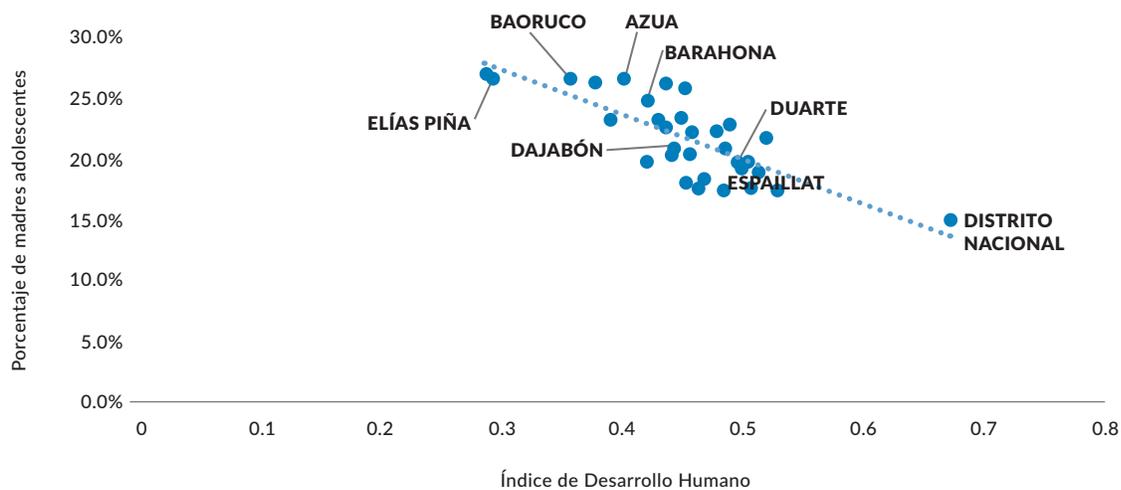
RELACIÓN ENTRE MADRES ADOLESCENTES Y PORCENTAJE DE HOGARES POBRES EN LA REPÚBLICA DOMINICANA



Fuente: Elaboración UDHS a partir de datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2010 y del Mapa de Pobreza de la República Dominicana 2014.

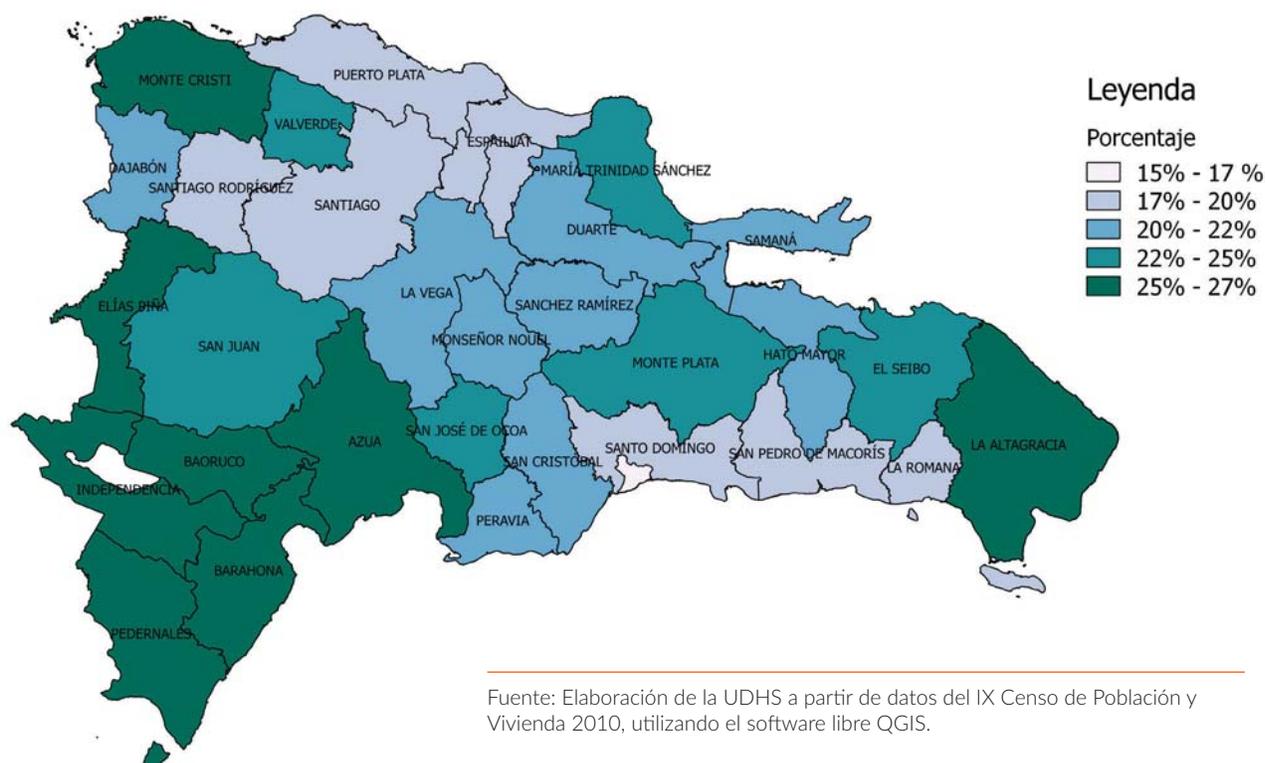
Gráfico 10

RELACIÓN ENTRE EL PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES Y EL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO



Fuente: Elaboración UDHS a partir de datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2010 y del Mapa Interactivo de Desarrollo Humano de la República Dominicana 2014.

Mapa 2

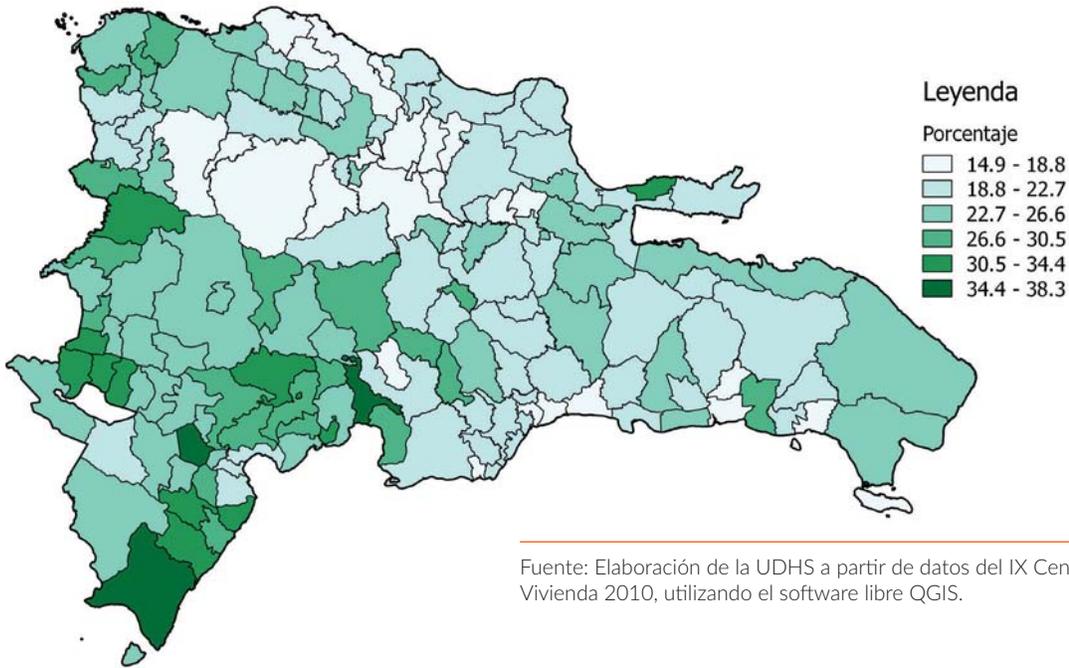
PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES (15-19 AÑOS) POR PROVINCIAS EN REPÚBLICA DOMINICANA, AÑO 2010

Tabla 3
PROVINCIAS CON EL MAYOR Y MENOR NIVEL DE MATERNIDAD, Y PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES (15 A 19 AÑOS) EN 2010

Provincia	Porcentaje de madres adolescentes
Pedernales	27.1%
Elías Piña	26.8%
Baoruco	26.7%
Azua	26.6%
Independencia	26.4%
Puerto Plata	19.3%
Santiago	18.9%
Españat	18.4%
Santo Domingo	18.1%
San Pedro de Macorís	17.7%

Fuente: Elaboración de la UDHS a partir de datos del IX Censo de Población y Vivienda 2010.

Mapa 3

PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES (15-19 AÑOS) POR MUNICIPIOS EN REPÚBLICA DOMINICANA, AÑO 2010



Fuente: Elaboración de la UDHS a partir de datos del IX Censo de Población y Vivienda 2010, utilizando el software libre QGIS.

Tabla 4

MUNICIPIOS CON EL MAYOR NIVEL DE MATERNIDAD ADOLESCENTE, Y PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES (15 A 19 AÑOS) EN 2010

Provincia	Municipio de residencia	Porcentaje de madres adolescentes
Azua	Estebanía	38.26
Pedernales	Oviedo	36.64
Independencia	Cristóbal	34.51
Baoruco	Los Ríos	34.34
Azua	Pueblo Viejo	33.56
Elías Piña	Hondo Valle	33.40
Independencia	La descubierta	33.08
Independencia	Postrer Río	32.35
Azua	Las Yayas de Viajama	32.31
Barahona	Polo	32.18
Elías Piña	Pedro Santana	31.97
Barahona	Enriquillo	31.69
Samaná	Las Terrenas	30.93
Barahona	La Ciénaga	30.63
Azua	Las Charcas	30.07

Fuente: Elaboración de la UDHS a partir de datos del IX Censo de Población y Vivienda 2010.

Estos resultados indican que existe una relación entre el IDHp y el embarazo adolescente. Es por tanto necesario explorar a mayor profundidad los vínculos existentes entre elementos que integran el desarrollo humano y la pobreza, con una mirada más profunda en las dimensiones sociales, económicas, de construcción de capacidades y autonomía, para explicar cómo interactúan estos aspectos y la manera en que uno incide en el otro, con el objetivo de contar con informaciones para la identificación y formulación de acciones amplias (en los distintos ámbitos públicos y privados), para la mejora de la calidad de vida de las personas que se ven afectadas por el evento.

Variables asociadas al embarazo en la adolescencia no explican el fenómeno de manera independiente

La tasa de fecundidad se relaciona con distintas variables socio-económicas, demográficas, culturales, entre otras, pero que cada una, por sí sola, no la explica totalmente. Por ejemplo, la pobreza, la zona de residencia (urbano/rural), el nivel de educación de las/los jóvenes de manera independiente no reflejan las múltiples dinámicas que confluyen en el problema.

De hecho, según estudios especializados sobre embarazo adolescente y sus causas, existen dos tipos de determinantes que condicionan la ocurrencia de esta problemática: (i) determinantes próximos o variables intermedias y (ii) los factores subyacentes (Di Cesare & Rodríguez Vignoli, 2006).

Los determinantes próximos son los factores biológicos y de conducta que influyen directamente en la fecundidad, por ejemplo el estado conyugal, la edad de la primera relación sexual, el uso de anticonceptivos, entre otros (Bongaarts, 1978).

Por otra parte, los factores subyacentes generalmente se dividen en tres ejes principales: factores socioculturales, familiares e individuales, y, en conjunto con los determinantes socioeconómicos, son los que definen los niveles y parámetros de los determinantes próximos. Entre los primeros tres grupos se encuentran los valores y pautas culturales, las características de los medios de comunicación, las características de la jefatura de hogar, la transmisión intergeneracional del embarazo adolescente de la madre, y el nivel educativo, el conocimiento de métodos y de fuentes de anticonceptivos de la joven, entre otros (di Cesare & Rodríguez Vignoli, 2006). En relación a los determinantes socioeconómicos, se encuentran: lugar en donde viven (zona urbana o rural), los niveles de pobreza, de desarrollo y el nivel socioeconómico de sus hogares. Todos estos elementos condicionan el comportamiento de las personas en cuanto a las valoraciones sobre la sexualidad, el uso y/o acceso a anticonceptivos, e inciden en la toma de decisiones y en el acceso a información, servicios y recursos (Rodríguez, Páez, Ulloa, & Cox, 2017).

Los resultados de investigaciones específicas que enfocan el tema y los datos del Censo Nacional de Población han contribuido a generar las evidencias de estos determinantes o causas del embarazo temprano a nivel nacional. Sobre los determinantes próximos, se estima que 5 de cada 10 adolescentes al ser madres estaban casadas o unidas, mientras que las uniones solo representan el 20% entre todas las adolescentes (Oficina Nacional de Estadísticas, 2010). En adición, se ha demostrado que las adolescentes entre 15 a 19 años casadas o unidas fueron 47 veces más propensas a haber estado alguna vez embarazada (Perez-Then, 2015).⁴³ Estos resultados reflejan una fuerte correlación entre maternidad y uniones tempranas, que al mismo tiempo predispone al embarazo en

la adolescencia, lo que ha sido demostrado en diversos estudios (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2014), (ONE, 2017).

Cada vez es más temprana la edad de la iniciación sexual. Estudios recientes en el país (ONE, 2017) señalan que el 43.6% de las adolescentes había iniciado relaciones sexuales en 2013, en comparación con el 24.2% en 1986. En el caso de los hombres, los datos de la ENDESA (2007) arrojan que el 67% de los adolescentes ya habían tenido relaciones sexuales a los 18 años⁴⁴, con pocas variaciones para el año 2013, cuando se registró un 69.8% (Centro de Estudios Demográficos y Sociales, 2013). Resalta el hecho de que los/las jóvenes que inician su actividad sexual más temprano habitan en zonas rurales y presentan menores niveles educativos.

En relación al uso de anticonceptivos como determinante próximo⁴⁵, solo 40.5% de las adolescentes entre 15-19 años utilizó el condón en la primera relación sexual (EN-HOGAR 2014). Igualmente, por el tipo de relación con la pareja se verifican porcentajes de uso de algún tipo de anticonceptivo moderno⁴⁶ de algo más de la mitad de estas parejas, ya sea en carácter de casadas o unidas (51.7%) o parejas sin unión formal, pero activas sexualmente (56.7%). Para ambos grupos, el método más utilizado por las mujeres es la píldora (30.7% y 21%, respectivamente), seguido por las inyecciones (13.4% solo para las mujeres casadas/unidas), y por el condón masculino (22.3% solo para las que están sexualmente activas, pero

no unidas) (Centro de Estudios Demográficos y Sociales, 2013).Consecuentemente, se ha estimado que el no utilizar ningún método anticonceptivo, aumenta en 11.5% las probabilidades de ser madre en la adolescencia (Díaz & Olivo, 2011). Es importante resaltar que la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos entre adolescentes es de 27%, casi triplicando el porcentaje en mujeres no adolescentes de 11% (ENDESA 2013).

UNFPA (2013) profundiza en la caracterización de las brechas entre el conocimiento y el uso de los anticonceptivos, y que éstas se relacionan con temas institucionales y de la calidad de la oferta, tales como horarios de servicios, personal no capacitado, limitada oferta de consejería y baja distribución de anticonceptivos, o aspectos socio-culturales, como la oposición de la pareja a usar anticonceptivos o vergüenza, entre otros. De igual modo, con aspectos socio-culturales como la oposición de la pareja por usar anticonceptivos, vergüenza, entre otros. Por ejemplo, se ha planteado que el Programa de Educación Afectivo-Sexual impartido en las escuelas públicas solo está llegando a 32% de la población estudiantil (MINERD 2015).

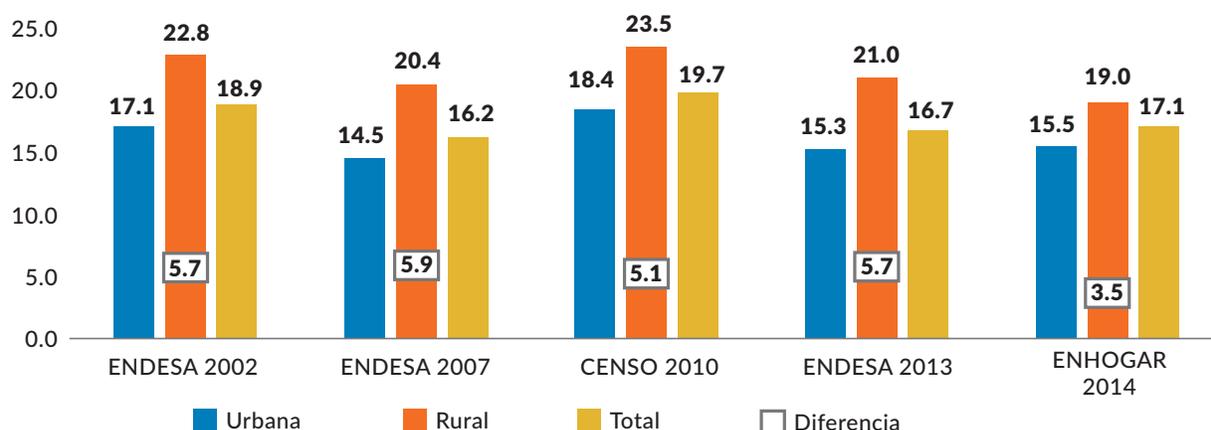
Por otra parte, cuando se analizan los factores subyacentes de las embarazadas en la adolescencia, como la zona de residencia, el nivel socioeconómico y el nivel educativo se registra una mayor incidencia del fenómeno del embarazo adolescente en jóvenes que viven en zonas rurales (ONE, 2008). De hecho, las adolescentes en estas zonas tienen una probabilidad 1.45 mayor de ser madres

⁴³ El estudio de UNICEF-Banco Mundial sobre uniones tempranas también indica que la mayoría de los nacimientos de adolescentes en el país ocurre dentro del matrimonio o la unión temprana.

⁴⁴ INTEC (2013) "Costos del Embarazo y la maternidad en la adolescencia en la República Dominicana".

⁴⁵ Sin embargo, para que la utilización de métodos sea un elemento que prevenga el embarazo en esta edad, las/los jóvenes deben utilizarlos antes del primer embarazo.

⁴⁶ Anticonceptivos modernos hacen referencia a la esterilización femenina, esterilización masculina, píldora, DIU, inyecciones, condón masculino, amenorrea por lactancia, entre otros. Los tradicionales, se refieren al método de ritmo, retiro, entre otros.

Gráfico 11**PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES POR ZONA DE RESIDENCIA, SEGÚN FUENTE**

Fuente: Elaboración de la UDHS a partir de los datos de las Encuestas Demográficas y de Salud (ENDESA) 2002, 2007 y 2013, del Censo Nacional de Población y Vivienda 2010 y de la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples 2014 (ENHOGAR-MICS).

que las que habitan en las zonas urbanas (Pérez Then, Miric, & Vargas, 2012).

El nivel de escolaridad de las jóvenes incide en la disminución de la fecundidad adolescente. Las mujeres con nivel educativo más alto tienden a regular más su fecundidad (Di Cesare & Rodríguez Vignoli, 2006). También se ha planteado que entre las vías en que la educación puede incidir en este fenómeno están: “el conocimiento, el empoderamiento, la reflexividad, la postergación de la gratificación, los modelos de roles, las oportunidades, los proyectos de vida, entre otros.” (Rodríguez, 2013).

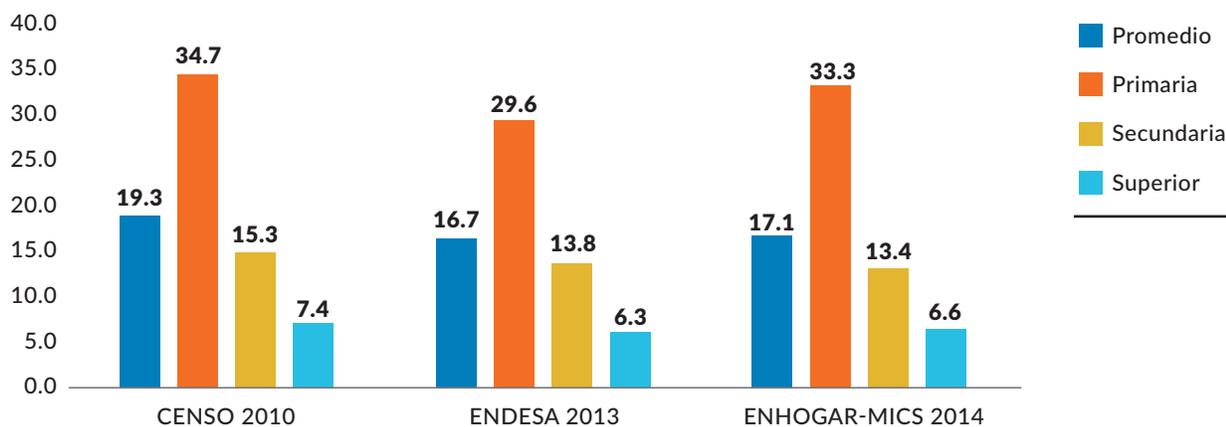
En efecto, la construcción de capacidades constituye un factor de protección, generando los cimientos para el reconocimiento de derechos sexuales y reproductivos, empoderamiento y agencia, elementos que dan soporte al desarrollo humano de las adolescentes. Estudios realizados a nivel nacional han demostrado que la educación

incide directamente en el embarazo adolescente: una mayor educación lleva a menor probabilidad de quedar embarazada en esta etapa (Perez Then, 2015) (Díaz & Olivo, 2011) (ONE, 2015) (ONE, 2008). Además, diversos estudios coinciden en que un mayor nivel educativo y una mayor acumulación de capital humano, ayuda a postergar el momento del primer embarazo (CEPAL & UNFPA, 2006) (Di Cesare, 2007), lo que implicaría mejores condiciones para acceder a oportunidades laborales y, como consecuencia, posibilidades de salir de la pobreza, por conducto de la construcción de capacidades de elección, conscientes e informadas.

Según datos de ENHOGAR 2014, el 33.3% de las adolescentes entre 15-19 años que son madres solo habían alcanzado la primaria; el 15.3% había llegado hasta la secundaria; y sólo el 7.4% había alcanzado el nivel superior o universitario.

Gráfico 12

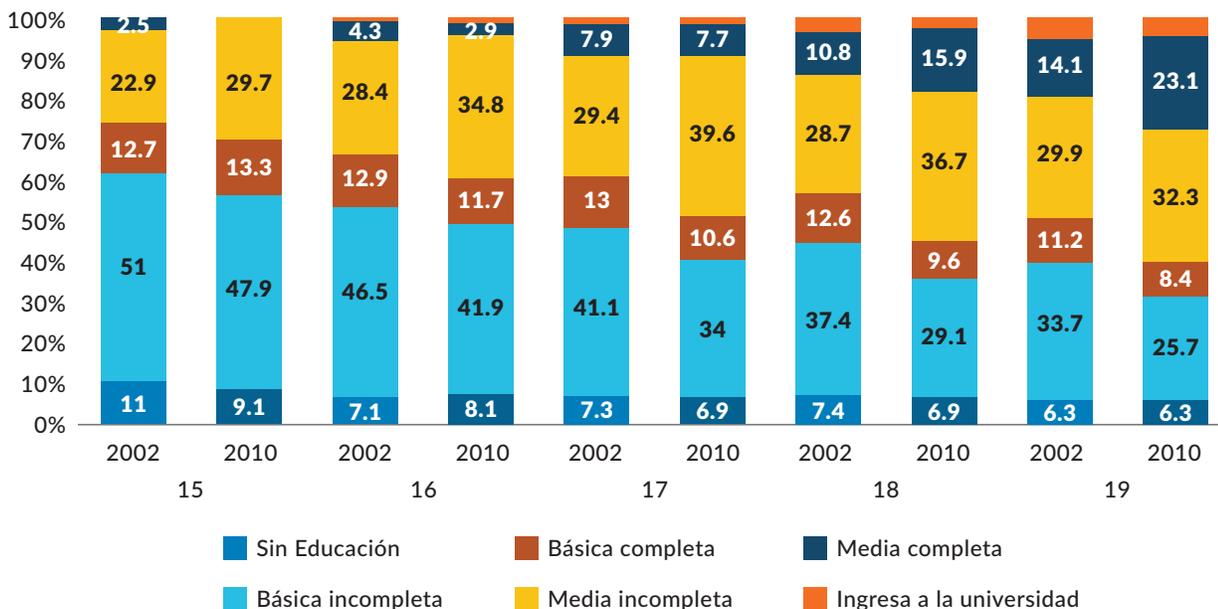
PORCENTAJE DE ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS QUE SON MADRES POR NIVEL EDUCATIVO MÁS ALTO ALCANZADO



Fuente: Elaboración de la UDHS a partir de los datos de las Encuestas Demográficas y de Salud (ENDESA) 2013, del Censo Nacional de Población y Vivienda 2010 y de la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples 2014 ENHOGAR-MICS.

Gráfico 13

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MADRES DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD, POR EDAD SIMPLE, SEGÚN NIVEL EDUCATIVO. CENSOS 2002 Y 2010.



Fuente: Elaborado por la UDHS a partir de los datos del estudio Evolución de la Maternidad Adolescente en República Dominicana de la ONE.

Recuadro 5**PRÁCTICAS CULTURALES Y LA INFLUENCIA DEL ENTORNO EN LA AGENCIA DE LAS ADOLESCENTES**

Dentro de los determinantes que se asocian a la ocurrencia del embarazo adolescente se encuentran los factores subyacentes. Éstos incluyen prácticas y pautas culturales del entorno y normas o valores sociales que inciden en el comportamiento de las personas. El embarazo y la maternidad adolescentes se encuentran mediados por un conjunto de representaciones culturales en torno a la maternidad, la adolescencia, la sexualidad, las relaciones de pareja a temprana edad, entre otros aspectos, como el machismo, que son difundidos y reproducidos por los medios de comunicación, la publicidad, las redes sociales, la música, los patrones de crianza y la educación escolar. Todos estos elementos son consumidos diariamente por las personas jóvenes.

En este sentido, según Barinas (2012), la interacción entre género, sexualidad y embarazo en adolescentes adopta expresiones diferentes según los contextos socioculturales donde conviven y se desarrollan los/las jóvenes. El estudio sugiere, además, que la iniciación de las relaciones sexuales de las

...como el machismo, que son difundidos y reproducidos por los medios de comunicación, la publicidad, las redes sociales, la música, los patrones de crianza y la educación escolar. Todos estos elementos son consumidos diariamente por las personas jóvenes.

personas jóvenes estudiadas, se caracteriza por un entorno de estereotipos de género que son ampliamente difundidos por el entorno cultural y social de cada individuo, formando parte de un sistema de normas y valores basado en relaciones de jerarquía y de poder hombre-masculino-dominante y mujer-femenina-dominada. De hecho, otros

estudios plantean que estos patrones de género, reflejados en relaciones desiguales de poder, se convierten en factores de riesgo del embarazo en la adolescencia porque subyugan a las mujeres en la toma de decisiones claves como las prácticas anticonceptivas, o porque se reproducen los roles domésticos y reproductivos (Rodríguez, Páez, Ulloa, & Cox, 2017).

Para combatir esta problemática son necesarias acciones integrales que conduzcan a cambios en los estereotipos y roles de género actuales que crean relaciones desiguales de poder. En este sentido, hay una necesidad de desarrollar estrategias adicionales relativas a los medios de comunicación, el rol de los pares, el diseño de estudios para profundizar en el tema de la construcción de nuevas masculinidades, la creación de políticas de paternidad responsable y la atención especial para adolescentes que han vivido la experiencia del embarazo y requieren apoyo para superar las limitaciones impuestas (Barinas 2012).

Barinas, Indiana. (2017). *Voces de Jóvenes: Una aproximación a la realidad juvenil a partir del estudio del significado y las implicaciones del embarazo en adolescentes según género y contextos culturales en la República Dominicana*. Santo Domingo, SD: Impresora Mixtli-Grafika.

Los resultados evidenciados en el país en los Censos de Población 2002 y 2010 demuestran que una mayor proporción de las jóvenes adolescentes están accediendo a niveles más avanzados de educación. Sin embargo, esto no se traduce todavía en una disminución de la preva-

lencia del embarazo en la adolescencia. Ello indica que el acceso a la educación con calidad es uno de múltiples factores necesarios para proporcionar opciones y oportunidades a la juventud y que incidan en la reducción del embarazo en esta etapa. Aunque la educación juega

un rol clave en el cambio de patrones sexuales y reproductivos, al igual que en América Latina y el Caribe, en República Dominicana no se han registrado los resultados esperados en cuanto al retraso de la maternidad y la disminución de la fecundidad adolescente (Rodríguez Vignoli, Di Cesare, & Páez, 2017).

Por otra parte, el nivel socioeconómico ha sido comprobado como factor que incide en el comportamiento sexual y reproductivo de las/os adolescentes, y tiene un efecto importante en el embarazo a edad temprana. Estudios a nivel regional plantean que hay una “dinámica dual” en las conductas reproductivas de las mujeres, diferenciadas por su nivel socioeconómico: a menor nivel socioeconómico es más alta y temprana su fecundidad (Cabella & Pardo, 2014) (Chackiel & Schkolnik, 2004).

Asimismo, existe un enfoque en demografía que plantea que a mayor nivel de pobreza corresponde un mayor ni-

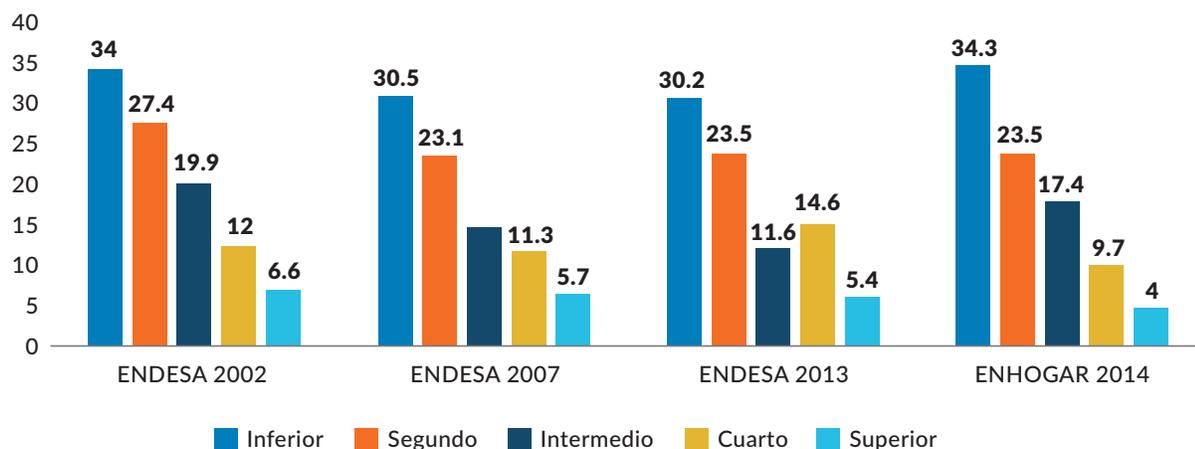
vel de fecundidad (Hausmann & Székely, 2001). Estudios han indicado que un incremento del ingreso familiar, aumenta la inversión en capital humano, lo que conlleva a una disminución en la cantidad de hijos que tiene una familia (Becker, Murphy & Tamura, 1990).

Consistente con las evidencias internacionales, a nivel nacional se observa una relación negativa entre nivel de ingresos y porcentaje de madres adolescentes (Pérez, 2015) (Díaz & Olivo, 2011). Esto se evidencia al analizar las últimas encuestas especializadas en el país: la incidencia de este fenómeno en el quintil inferior es de 34.3% (ENHOGAR MICS 2014) mientras que en el otro extremo dicho porcentaje solo representa el 4% en el quintil superior.

Las disparidades entre estos estratos de población se evidencian también en un estudio publicado por la CEPAL, en el que el porcentaje de madres adolescentes en el quintil más pobre fue 5.4 veces mayor que en el quintil

Gráfico 14

PORCENTAJE DE ADOLESCENTES QUE SON MADRES POR QUINTIL DE INGRESOS, SEGÚN FUENTE



Fuente: Elaboración UDHS a partir de los datos del documento “Tendencias, patrones y determinantes de la fecundidad adolescente en la República Dominicana” ONE (2017).

más rico (Rodríguez Vignoli, 2014). Este dato incrementa aún más en los datos de la ENHOGAR- MICS, donde el porcentaje de madres adolescentes es casi 9 veces mayor en el quintil inferior que en el superior.

UNFPA (2013) cita el análisis realizado por Carrasco (2012), el cual evalúa el embarazo adolescente en el marco de personas beneficiarias del programa de transferencias monetarias “Solidaridad”⁴⁷. Entre sus resultados resalta que las jóvenes adolescentes con embarazo temprano se colocan en actividades laborales con baja productividad una vez abandonan sus estudios: el 52% de las madres adolescentes se dedicaban al cuidado; el 20% tuvo como actividad principal los estudios; el 14% tenía algún tipo de trabajo; y el 12% se encontraba buscando uno. Estos resultados muestran variables en las que tiene repercusiones este evento, en contextos de pobreza y bajo nivel de desarrollo humano.

Estos estudios muestran la relación del embarazo adolescente con variables demográficas y sociales contribuyendo a dimensionar las causas. Sin embargo, se requieren mayores informaciones sobre como las causas interactúan entre sí de manera simultánea, para vislumbrar el alcance multidimensional del impacto.

Conclusiones

Las tasas de fecundidad adolescente de República Dominicana presentan niveles preocupantes, más aún cuando se compara con los niveles en las distintas regiones del mundo y con los países de desarrollo humano alto. Aunque el país sustenta la clasificación de Desarrollo

Humano Alto, las tasas registradas a nivel nacional y sub nacional son similares a las de los países de Desarrollo Humano Bajo, clasificación históricamente superada por República Dominicana (PNUD, 2016). Además, la resistencia a la baja y la “meseta” que forma en los últimos 35 años, indica que persisten dinámicas que impiden que las mejoras en el acceso los servicios educativos y de salud, y las prácticas culturales que, junto con la urbanización y modernización, la disminuyan.

El comportamiento de las tasas de fecundidad adolescente es disímil en relación al desarrollo humano a nivel global, por el peso que tiene el ingreso como una dimensión importante para medir los niveles de vida digna en el desarrollo humano. No obstante, como el mismo paradigma de desarrollo humano advierte, si bien el ingreso es importante, no es suficiente para medir la calidad de vida de las personas. Es por ello que a nivel nacional, el IDHp – que toma más indicadores que a nivel global para capturar mejor las dinámicas propias de los sectores de salud y educación – muestra un panorama más complejo e ilustra que efectivamente hay una relación entre el embarazo adolescente y los niveles de desarrollo humano en las provincias.

Existe mayor incidencia del embarazo adolescente en las zonas donde se concentra la pobreza, al igual en los lugares con menor nivel de desarrollo humano, medido por el IDHp. Esto es consistente con la falta de oportunidades, el bajo acceso a servicios públicos, los bajos niveles de ingreso, menores niveles de escolaridad, entre otros factores que pudieran estar relacionados con la ocurrencia del evento y/o con las consecuencias del mismo.

⁴⁷ Actualmente llamado Progresando con Solidaridad (PROSOLI).

Entre los datos más significativos de la problemática se encuentra la edad de iniciación de la actividad sexual entre los/las adolescentes. Según los estudios más recientes, las adolescentes inician su actividad sexual cada vez más temprano. Esto ocurre en un contexto de limitaciones en el acceso información y salud sexual, servicios de salud sexual y reproductiva, así como el acceso a métodos anticonceptivos. Asimismo, existe evidencia de que las jóvenes se unen a edades muy tempranas: 5 de cada 10 adolescentes madres estaban casadas o unidas, hecho que precede al embarazo en la mayoría de los casos. Igualmente, las jóvenes que experimentan embarazo adolescente se caracterizan por tener un nivel educativo bajo, un menor nivel de ingreso y por habitar mayormente en zonas rurales.

Esta profundización del enfoque multidimensional debe llevar a la redefinición del problema del embarazo en adolescente. No es un problema de salud ni de pobreza solamente. Es un problema multidimensional que se explica sobre las oportunidades, capacidades y decisiones del ciclo de vida de cada adolescente, en un contexto específico. Dicho contexto puede estar permeado por normas sociales sobre la edad del primer contacto sexual, uniones a temprana edad, la ausencia métodos de prevención a la mano de los adolescentes, niveles bajos de educación, ruralidad, pobreza, entre otros.

En los próximos capítulos se hace una aproximación desde una perspectiva multidimensional, de las distintas variables que inciden tanto en las probabilidades de la ocurrencia del embarazo en la adolescencia como en las repercusiones de este evento. Esta aproximación se realiza a través del enfoque de desarrollo humano, analizando dimensiones faltantes y variables menos exploradas.

5 DE CADA 10

ADOLESCENTES MADRES ESTABAN CASADAS O UNIDAS



HECHO QUE PRECEDE AL EMBARAZO EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS.

FUENTE: CENSO (2010)

Con ello se espera contribuir con una explicación más completa y aproximada sobre las dimensiones que intervienen en el embarazo adolescente que permitan identificar acciones de políticas que generen cambios positivos en el indicador, tanto ex ante (prevención) como ex post (atención).

CAPÍTULO 2

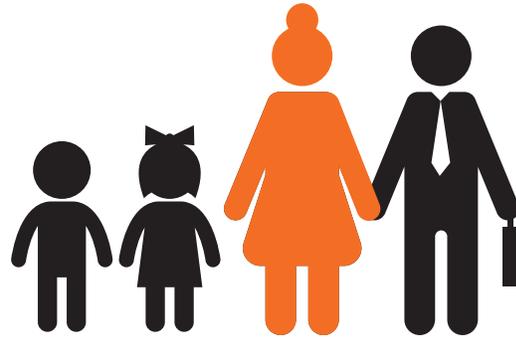
AMPLIANDO LA MIRADA: COSTOS DE OPORTUNIDAD DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Introducción

EL EMBARAZO en la adolescencia es un fenómeno multidimensional, motivado por diferentes causas, afectando la generación de capacidades y oportunidades de las personas. De manera específica, el ciclo de vida de las mujeres jóvenes está marcado por hitos que abren o cierran oportunidades de desarrollo humano.

Este capítulo, profundiza en los impactos del embarazo en la adolescencia generando y analizando información, con el propósito de reflejar el “costo de oportunidad para el desarrollo humano” de acuerdo a la edad del primer embarazo de la mujer. Para esta tarea, se llevó a cabo una investigación cuantitativa - Encuesta Sobre Embarazo Adolescente 2017⁴⁸ - que sustenta este Informe y cuyos resultados se presentan a continuación. Con la encuesta se caracteriza las condiciones de vida, los logros y desafíos de desarrollo humano de las adolescentes y sus hogares. También se recaba información sobre las responsabilidades de los padres biológicos del primer hijo/a de la mujer, seguridad alimentaria en el hogar, discriminación y abuso sufrido durante el primer embarazo, entre otras. Estas variables se agrupan en 4 categorías de privación: **i) capacidades, ii) empoderamiento y agencia, iii) vida digna y derechos, iv) inversión social e infraestructura.**

Se analizan además las diferencias registradas entre las mujeres que fueron madres en la adolescencia y aquellas que postergaron el embarazo para una etapa posterior a la adolescencia. Las diferencias encontradas entre es-



*La mujer **que experimenta el embarazo más tarde** ingresa más fácilmente a la población **económicamente activa**, tiende a casarse o unirse con una persona de **mayor nivel educativo** y reside en un hogar con **mayor cantidad** de perceptores de **ingresos por tamaño del hogar**. Sus hijos/as también tienen menores posibilidades de morir en la primera infancia, de no acceder a la educación y de no tener documentación.*

tos dos grupos de mujeres, o el efecto neto, es lo que llamamos *costos de oportunidad* para su desarrollo humano.⁴⁹ Como se ilustrará, el costo de oportunidad de tener un embarazo en la adolescencia – en los entornos

⁴⁸ Realizada por el PNUD en el mes de julio del año 2017. Con esta información se aplicaron las siguientes técnicas estadísticas y econométricas: pruebas de igualdad de medias y proporciones; modelos econométricos (logit) de variables categóricas dependientes para cuantificar probabilidades; y modelos econométricos de causalidad (método de diferencias en diferencias y método de emparejamiento por puntaje de propensión). También se utilizaron las siguientes bases de datos: Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo (ENFT); ENHOGAR-MICS; y la Encuesta sobre la transición de la escuela al trabajo de la OIT. Para más información ver anexo metodológico.

⁴⁹ Se identificaron variables que tienen mayor impacto en las pérdidas de oportunidades de desarrollo humano y por su correlación tienen efectos en mantener este segmento de población en condiciones de pobreza (limitar su salida) o incluso profundizarla. De esta manera se puede realizar una aproximación de los costos de oportunidad que tiene el embarazo en la adolescencia para el logro del desarrollo humano.

de pobreza investigados - es alto, ya que los hogares con mujeres que se embarazaron después de la adolescencia presentan mejores condiciones socioeconómicas que los hogares con mujeres que se embarazaron durante dicha etapa.

Como se plantea, las capacidades humanas son acumulativas y la inversión social debe mantenerse a lo largo del ciclo de vida, siendo necesario intensificar en función de las etapas de mayores riesgos, una de ellas la adolescencia. En este contexto, es importante fomentar políticas tanto para la prevención del embarazo a temprana edad (ex -antes) como políticas para atención y protección (ex post), que en conjunto aseguren mayores oportunidades y opciones para las mujeres sin importar la etapa en que experimente el embarazo. Una política multidimensional de fortalecimiento de capacidades de las mujeres jóvenes a lo largo del ciclo de vida, implicaría integrar estas dos estrategias.

Detalles de la investigación

El levantamiento de información fue realizado a una muestra de 661 hogares, entrevistando a un total de 3,017 personas en municipios seleccionados del país según la incidencia del embarazo adolescente. En estas demarcaciones geográficas se seleccionaron hogares donde habitan mujeres que actualmente tienen edades entre 20 y 30 años.⁵⁰ La exploración de este conjunto de variables más allá de la adolescente, que van desde la educación de la madre o el padre, dinámicas familiares, patrones de unión y de embarazo previo, niveles de ingreso hasta acceso a políticas públicas, permite ampliar la mirada de las

posibles condicionantes del embarazo relacionadas con su entorno familiar y comunitario, que pueden repercutir en su desarrollo humano.

De acuerdo a la edad del primer embarazo, los hogares se dividieron en dos grupos: el primero agrupa hogares donde solo habitan mujeres que tuvieron su primer embarazo entre los 12 y 19 años de edad (80% de la población encuestada), que para fines de esta investigación se

MUJERES CON PRIMER EMBARAZO



ENTRE
12-19 AÑOS

Grupo de
Tratamiento.



ENTRE
20-30 AÑOS

Grupo de
Comparación
y/o Control.

⁵⁰ De esta manera se permitió que transcurriera cierto tiempo (al menos 6 años) después del primer embarazo (en los casos donde se dio este evento) para levantar la información y así tener una mejor aproximación sobre los posibles efectos. Es decir, de manera retrospectiva, se pretende reconfigurar su situación de vida al momento del primer embarazo de un hijo o hija nacidos vivos. No obstante, para la investigación cualitativa la información levantada fue con jóvenes que al momento de las entrevistas tenían edades comprendidas entre 12 y 19 años.

Las características principales de todos los hogares encuestados – tomando en cuenta las 4 categorías de privación – **muestran diferencias marcadas** entre aquellos donde se registró embarazo adolescente y aquellos donde el evento ocurrió en una etapa posterior.

denomina “grupo tratamiento”.⁵¹ El segundo grupo está compuesto por hogares donde habitan mujeres cuyo primer embarazo ocurrió entre los 20 y 30 años de edad (20% de la población encuestada), denominado “grupo de comparación o control”⁵². El total de mujeres en estas edades en los hogares entrevistados fue de 537 mujeres. A través de esta clasificación se analizaron las diferencias entre los grupos y se buscaron evidencias que pudieran estar relacionadas con el evento del embarazo en adolescentes.

La investigación se realizó en los 27 municipios con mayor incidencia de porcentaje de madres adolescentes y la incidencia de la pobreza.⁵³ Las áreas geográficas seleccionadas⁵⁴ para la investigación abarcaron 9 provincias (Elías Piña, San Juan y Azua, Baoruco, Barahona, Inde-

Recuadro 6

CATEGORÍAS DE PRIVACIÓN EN LOS HOGARES INVESTIGADOS

En el análisis de la muestra se identificaron 4 áreas o categorías de mayor privación en los hogares investigados, a partir de las variables estudiadas:



⁵¹ Esta investigación apropia la terminología utilizada para ensayos aleatorios controlados y la aplica para fines de comparación analítica de las repercusiones del embarazo en la adolescencia en un grupo de mujeres en rangos de edades similares, que habitan en entornos de pobreza. Se configuró un “grupo de tratamiento” conformado por las mujeres que se embarazaron entre 12 y 19 años y un “grupo de comparación o control” para las mujeres que tuvieron el embarazo entre los 20 y 30 años. Para más información ver anexo metodológico.

⁵² Ibid.

⁵³ Los municipios seleccionados reportaron en el año 2010 un porcentaje de adolescentes con hijos o hijas que se encontraba; entre 38.3% para el municipio de Estebanía de Azua, con la proporción más alta, y la más baja la presentó el municipio Juan de Herrera de la provincia San Juan con un 24.4%. (Este último superando el promedio nacional en 4.7 puntos porcentuales).

⁵⁴ Para el diseño de la muestra se realizaron varios ejercicios. Se calculó la incidencia del embarazo en la adolescencia según municipios y provincias utilizando la base de datos del Censo del año 2010. Con ello, se identificaron los primeros 50 municipios del país con mayor porcentaje de madres adolescentes. Adicionalmente, se realizó un cruce de información con este mismo indicador obtenido del cálculo utilizando la base de datos aportada por el Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN). Este cruce permitió establecer los niveles de coincidencia de alta prevalencia de adolescentes embarazadas y densidad de la pobreza.

pendencia y Pedernales, La Vega y Monseñor Nouel) y el Distrito Nacional⁵⁵.

Las características principales de todos los hogares encuestados – tomando en cuenta las 4 categorías de privación – muestran diferencias marcadas entre aquellos donde se registró embarazo adolescente y aquellos donde el evento ocurrió en una etapa posterior. La mayoría de los indicadores estudiados muestran peor desempeño en los hogares donde hubo embarazo en la adolescencia, tanto para ellas como para los miembros de sus hogares.

i) Capacidades

El nivel educativo de los miembros del hogar es una variable que mide la capacidad de generar habilidades y competencias. A nivel general, se observa que el 11% de los miembros de 15 años o más residentes en los hogares encuestados, afirma que no sabe leer ni escribir, porcentaje que se incrementa al 14% en el caso de los hombres y se reduce al 9% en el caso de las mujeres. Cabe resaltar que estos indicadores superan la media nacional en cada categoría⁵⁶.

Continuando con los hallazgos en materia educativa, el 7% de los miembros de estos hogares inició sus estudios a partir de los 8 años, sin diferencias marcadas por sexo. Estos datos revelan la existencia de rezago en el inicio de la educación formal, lo que podría incidir en las posibilidades de deserción escolar y las consecuentes limitaciones en la construcción de capacidades.

Otro indicador de privación para los miembros en edad escolar es la duración del trayecto entre el hogar y el centro educativo: el 32% afirmó que tardaba en promedio más de 30 minutos, proporción más elevada en el caso de las mujeres (diferencia de 10 puntos porcentuales). Adicionalmente, resalta el hecho de que el 17% de las mujeres necesita más de una hora para completar el trayecto hogar-centro educativo, cifra que casi duplica la reportada por los hombres (9%).

En relación al último nivel educativo alcanzado de la población mayor de 14 años, alrededor del 56% de las mujeres alcanzó el nivel medio de educación, superando en doce puntos porcentuales la proporción de los hombres. La diferencia no es tan marcada cuando se observa el logro en educación universitaria o superior. En efecto, el 30% de las mujeres indicaron haber alcanzado estudios universitarios o superiores, en tanto que el porcentaje de los hombres fue ligeramente inferior con un 27%. Asimismo, el 17% de la población de 15 años y más indicó haber llegado tan solo al nivel básico, cifra muy superior en el hombre (26%) con relación a la mujer (13%).

Con respecto a los miembros que no asisten o no están inscritos en centros educativos en el periodo 2016-2017, el 31% justificó que dejó de asistir “para trabajar”, alrededor de un 22% argumentó “no querer seguir estudiando”, en tanto que un 12% indicó “la falta de recursos económicos”. Al analizar las diferencias entre los sexos, el trabajo representa el principal motivo para los hombres con un 42%, en tanto para las mujeres lo es el “no querer

⁵⁵ En el caso del Distrito Nacional, se trató metodológicamente como estrato diferenciado de las demás áreas para incluir en el análisis de áreas urbano marginales circundantes o periféricas a zonas de mayor desarrollo urbano, pero con elevados niveles de desigualdad y marginalidad. Para este caso, se evaluó la tasa de incidencia de la pobreza por barrios de esta demarcación, y aunque no tiene una elevada incidencia de embarazo en adolescentes (14.9%), se seleccionó por jerarquía en términos de densidad de la pobreza el barrio Domingo Savio, que es el segundo barrio más pobre del Distrito Nacional, con los tres sub-barrios que lo conforman Guachupita, Los Guandules y La Ciénaga, para incluir en el análisis dinámicas presentes en zonas geográficas de la zona metropolitana de la ciudad capital, por condiciones de marginalidad y alta densidad poblacional.

⁵⁶ En efecto, según cifras de la Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo 2016 (ENFT), la tasa de analfabetismo superó ligeramente el 8% a nivel nacional (7.9% en el caso de las mujeres y 8.3% en el caso de los hombres).

seguir estudiando” con el 26%. El 6% de los miembros no estudia por carecer de acta de nacimiento, situación más común en las mujeres (9%) que en los hombres (4%).

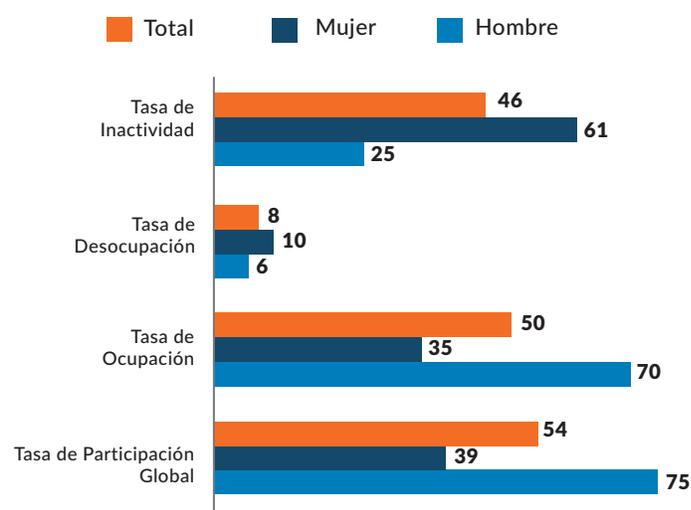
Al evaluar las condiciones de actividad de los miembros del hogar, resulta evidente la condición de vulnerabilidad económica y de inserción al mercado de trabajo que los caracteriza. La tasa de ocupación⁵⁷ alcanza apenas 50%, la tasa de inactividad el 46%, en tanto que la tasa de desocupación se sitúa en 8%.

Si se analizan estas cifras desde la perspectiva de género, se hacen notorias las disparidades que afectan a la mujer al momento de acceder al mercado laboral. En efecto, la tasa de ocupación femenina es de apenas 35% frente al 70% de la tasa masculina, lo que demuestra las escasas oportunidades de acceso al mercado laboral de la mujer. Igualmente se evidencian patrones socio-culturales que conducen a la desigualdad de género con más del 60% de las mujeres realizando los quehaceres del hogar.

Los/as jóvenes que no trabajan ni estudian, “NINIS⁵⁸”, representan el 31% de los jóvenes entre 15 y 24 años residentes en los hogares encuestados, cifra 1.6 veces superior que el promedio nacional. Los jóvenes que solo estudian representan el 34% y aquellos que solo trabajan el 23%. El 12% restante se dedica a estudiar y trabajar.

Cuando se considera la distribución de los NINIS por sexo, se observa un elevado porcentaje de mujeres jóvenes entre 15 y 24 años de edad en esta condición; efectivamente, el 37% de estas jóvenes no trabajan ni estudian, superando en casi 25 puntos porcentuales la proporción

Gráfico 15 INDICADORES DEL MERCADO DE TRABAJO POR SEXO, AÑO 2017



Fuente: UDHS/PNUD en base a resultados de la encuesta.

de los jóvenes en la misma situación. De acuerdo a un estudio del Banco Mundial⁵⁹, los factores de riesgo más importantes asociados a la condición de NINI en las mujeres son el matrimonio antes de los 18 años y el embarazo adolescente. Ambos factores refuerzan la desigualdad de oportunidades, y constituyen elementos predictores de esta condición entre las mujeres de 15 a 18 años de edad. Igualmente, la condición de no trabajar ni estudiar contribuye a perpetuar la transmisión intergeneracional de la desigualdad de género y la pobreza.

En lo relativo a la categoría ocupacional de los miembros de diez años y más, se observa que alrededor del 47% indicó dedicarse a trabajos por cuenta propia, proporción superior a la media nacional. Por otra parte, el 27% indi-

⁵⁷ La población en edad de trabajar (PET) está constituida por los miembros de 10 años y más.

⁵⁸ Término utilizado en los estudios de la Comisión de América Latina y el Caribe (CEPAL) para referir el problema social de los jóvenes que ni estudian ni trabajan denominándose “NINIS”.

⁵⁹ BM. (2016). “NINIS en América Latina: 20 millones de jóvenes en busca de oportunidades”. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. Washington.

có desempeñarse como empleado u obrero en empresas privadas, el 9% trabajaba en el gobierno general o una empresa pública, en tanto que poco más del 1% señaló ser empleador. Esta misma distribución se evidencia al desagregar por sexo con una diferencia reveladora: el 10% de las mujeres encuestadas señaló que trabaja como empleada de un hogar privado, proporción que solo alcanza el 2% en el caso de los hombres.

Respecto al nivel de formalidad de la ocupación, se comprobó que el 54% de los miembros ocupados señaló carecer de contrato de trabajo. De aquellos que sí lo tienen, más del 8% solo cuenta con un contrato verbal. Igualmente, se observa que el 19% de los miembros que trabaja o realiza una actividad productiva tiene afiliación a un seguro de salud, el 10% cuenta con un plan de pensión, el 9% con seguro de vida y el 5% con otros planes de protección. Estos indicadores apuntan a un elevado nivel de vulnerabilidad en el empleo formal que puede estar asociado a limitaciones en la superación de la pobreza, en tanto que reducen la capacidad de resiliencia de las familias para enfrentar choques adversos.

La desigualdad de género también se refleja en la vulnerabilidad laboral. En efecto, un mayor porcentaje de mujeres entrevistadas señaló carecer de contrato o poseer contratos verbales y de corta duración, así como una menor proporción de afiliación a planes de pensión. Cuando se analizan en conjunto, el 79% de las mujeres ocupadas afirmó carecer de todos los beneficios laborales (seguro de salud, plan de pensión, seguro de vida y otros beneficios).

El acceso a las tecnologías de la información y comunicación (TIC) constituye un medio para facilitar el desarrollo de las capacidades humanas. Los datos derivados de la encuesta evidencian que el 45% de los miembros de estos hogares (42% de las mujeres y el 49% de los

hombres) no tiene acceso a internet ni posee teléfono celular. Por su parte, de los miembros que sí tienen acceso (55% del total) un 59% tiene acceso a celular, 10% a internet en la casa, en un centro o en el celular, y un 31% tiene acceso a ambos. Los datos desagregados por sexo muestran que, en estos hogares, la mujer tiene un mayor acceso a las TIC en comparación con el hombre.

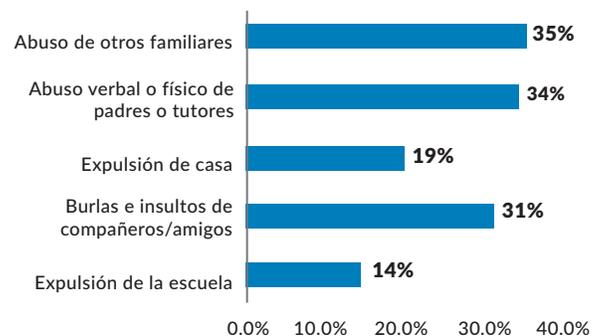
II) Empoderamiento y Agencia

Con el propósito de explorar variables de bienestar subjetivo, se indagó sobre planes de vida, discriminación y violencia reportadas por las mujeres en los entornos en los que se desenvuelven.

En este sentido, el 14% de las mujeres expresan haber sufrido discriminación por estar embarazada, con maltrato verbal o físico. De estas, el 34% recibió maltrato de parte de sus padres o tutores, el 35% por parte de otros familiares, y 31% fue objeto de burlas o insultos de compañeros o amigos.

Gráfico 16

PRINCIPALES FORMAS DE DISCRIMINACIÓN SUFRIDA AL ESTAR EMBARAZADA, AÑO 2017^{/1}



Fuente: UDHS/PNUD en base a resultados de la encuesta.
/1: La pregunta acepta más de una respuesta.

La investigación señala que alrededor de 20% de las mujeres encuestadas afirmaron que sus padres las expulsaron del hogar. En adición, el 15% de las madres investigadas indicó haber sido expulsada de la escuela⁶⁰, lo que vulnera sus derechos y disminuye sus oportunidades para construir capacidades y resiliencia.

El 12% de las mujeres que indicaron haber sido maltratadas, solicitó ayuda a alguna institución o instancia pública, frente al 88%, que no tomó la decisión de acudir a instituciones, u organismos de ayuda y defensoría de sus derechos.

La razón de mayor peso que justifica el no acudir a buscar ayuda entre las entrevistadas es “porque no lo consideraba necesario”, reportado por el 51% de las mujeres, lo que sugiere una reducida capacidad de agencia de este grupo.

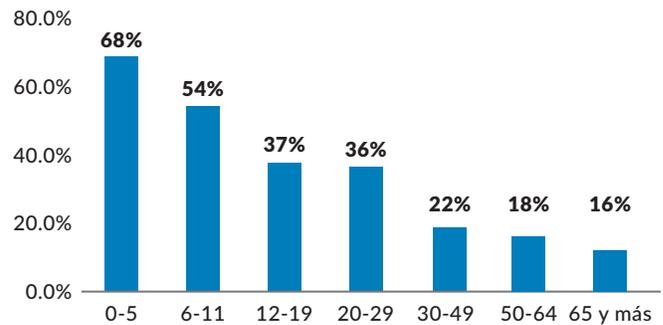
Las principales limitantes para formular las denuncias son el no tener conocimiento donde acudir (26%), y entender que “no sería de utilidad” (13%). Esto indica que existen brechas de oportunidad de las políticas para incidir en aproximar la oferta de este tipo de servicios a las comunidades. Finalmente, el 7% de las entrevistadas reportó que no lo hizo por vergüenza.

III) Vida digna y derechos

La investigación profundizó en determinar algunas características del bienestar y del logro de vidas dignas para los hijos e hijas de las mujeres entrevistadas.

Gráfico 17

BRECHA DE ASEGURAMIENTO POR CICLO DE VIDA



Fuente: UDHS/PNUD en base a resultados de la encuesta.

En términos de aseguramiento en salud, se registra una brecha de 44% en los hogares. Cuando se profundiza por ciclo de vida el comportamiento es preocupante por concentrarse más en edades tempranas, como en la primera infancia, niñez y adolescencia.⁶¹

En lo concerniente a la mortalidad en la niñez, el 7% de las mujeres en edad reproductiva⁶² entrevistadas señaló el fallecimiento de un hijo o hija menor de 6 años.

En términos de seguridad alimentaria⁶³, aproximadamente ocho de cada diez hogares objeto de estudio reportaron algún tipo de preocupación por la suficiencia de los alimentos y la imposibilidad de obtener más. Esta situación es más notoria en los hogares de jefatura femenina,

⁶⁰ El concepto de expulsión de la escuela aquí expresado, es una afirmación de las propias entrevistadas al ser cuestionadas sobre el tipo de discriminación de la que fueron objeto al momento de su primer embarazo y podría incluir a aquellas que decidieron autoexcluirse de la escuela en ese momento. Véase en anexo metodológico el cuestionario aplicado a los hogares, preguntas 120-121..

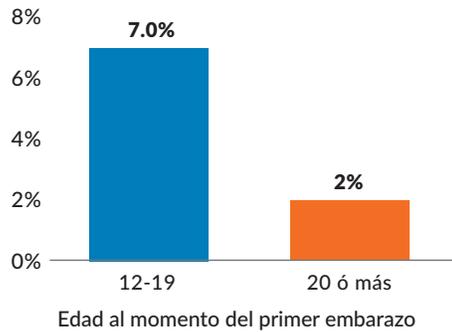
⁶¹ En agosto 2016, el Seguro Nacional de Salud (SeNaSa) firmó un acuerdo con el Instituto Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia (INAIPI) en donde se comprometió a afiliar a otros 100 mil niños menores en edades entre 0-5 años, y sus familiares en el Régimen Subsidiado que maneja esta ARS, así como todos aquellos que califiquen en el tiempo de vigencia del convenio. Se entiende que iniciativas como éstas podrían aportar hacia la reducción de esta brecha.

⁶² Mujeres entre 16 y 49 años de edad.

⁶³ La inseguridad alimentaria, por su parte, expresada como la frecuencia en que los miembros del hogar se han visto en la necesidad de prescindir de alguna de las comidas en el último mes, es un indicador que puede apuntar hacia las deficiencias nutricionales de las zonas estudiadas.

Gráfico 18

PORCENTAJE DE FALLECIMIENTO DE NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS POR EDAD DE LA MADRE AL MOMENTO DE SU PRIMER EMBARAZO



Fuente: UDHS/PNUD en base a resultados de la encuesta.

con una incidencia del 80% frente al 73% de los hogares de jefatura masculina.

De hecho, el 66% de los hogares con jefatura femenina registró la presencia de inseguridad alimentaria entre los adultos residentes, en tanto que más de la mitad informó que los niños/as del hogar dejaron de ingerir alguna de las tres comidas del día. Ante la menor magnitud de las cifras reportadas por los hogares con jefatura masculina, estos indicadores sugieren la presencia de una brecha de género que podría explicarse por diferencias de ingreso y oportunidades entre las jefas de hogar y sus equivalentes masculinos.

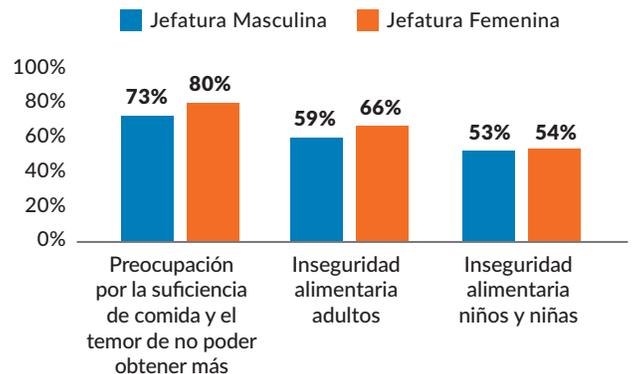
En relación al acceso a información sobre salud sexual y reproductiva, el 55% de todas las mujeres afirmó no haber recibido información de este tipo. Con relación a los métodos de prevención del embarazo, el 22% de las entrevistadas señaló que no utilizó ningún método anticonceptivo después de su primer embarazo. Son notorias las diferencias que muestra este indicador cuando se descompone por grupos de edad: el porcentaje de mujeres

entre 20 y 30 años se coloca en 16%, la menor proporción entre todos los grupos; por su parte, el de las jóvenes entre 16 y 19 años, asciende a 22%. La cifra más alta corresponde a las mujeres mayores de 40 años con el 49%.

Por otra parte, la documentación de los miembros del hogar constituye un derecho fundamental que facilita el acceso a servicios públicos básicos para asegurar vidas dignas. Alrededor del 94% de los miembros están decla-

Gráfico 19

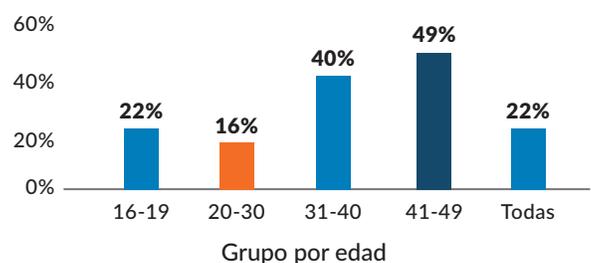
INSEGURIDAD ALIMENTARIA POR JEFATURA DEL HOGAR



Fuente: UDHS/PNUD en base a resultados de la encuesta.

Gráfico 20

PORCENTAJE DE MUJERES QUE NO UTILIZÓ NINGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO TRAS EL PRIMER EMBARAZO, POR GRUPO DE EDAD



Fuente: UDHS/PNUD en base a resultados de la encuesta.

rados con acta de nacimiento y tienen cédula, sin diferencias significativas por sexo. En el caso de los miembros menores de 5 años, el porcentaje de niños y niñas con acta de nacimiento se reduce al 90%, sin evidenciarse diferencias entre niñas y niños.

IV) Inversión social e infraestructura

Propio de los territorios donde hay una alta densidad de pobreza, los indicadores relacionados con la infraestructura y la inversión social son limitados. El 44% de las viviendas son de tenencia propia, mayormente construidas sobre terreno propio, mientras que el porcentaje de viviendas en alquiler es de 38%, y las cedidas o prestadas fueron reportadas en el 19% de los casos. La posesión de activos físicos por parte de los hogares, como la vivienda propia, es relevante ya que contribuye a reducir las probabilidades de profundizar la pobreza y a amortiguar las vulnerabilidades de sus miembros ante eventos adversos (PNUD, 2016).

En los entornos familiares donde habitan las adolescentes se identifican carencias en la construcción de las viviendas, rasgo evidenciado por paredes precarias y materiales vulnerables y poco resistentes. Asimismo, el 84% de los techos han sido construidos con zinc (82.3%), asbesto-cemento (0.6%), yagua o caña (0.6%), que ofrecen baja protección a sus ocupantes ante los fenómenos climatológicos que con mayor intensidad impactan estas comunidades en condiciones de vulnerabilidad económica y medioambiental.

En lo que respecta a los materiales de construcción de los pisos, se pudo constatar que las viviendas con piso de tierra representan el 4% del total, lo que constituye un riesgo de transmisión de enfermedades con mayor

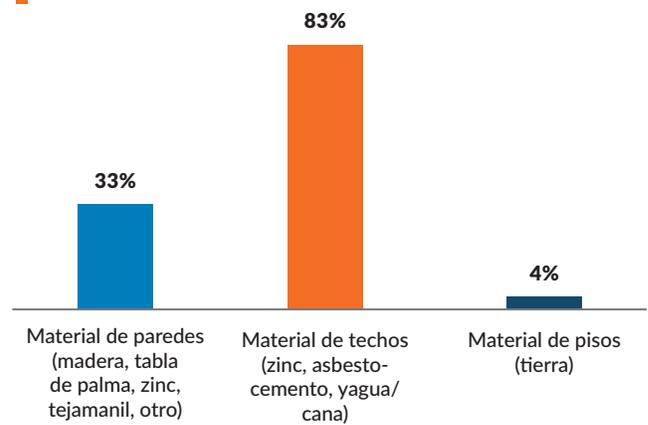
Recuadro 7

ÍNDICE DE VULNERABILIDAD FRENTE A CHOQUES CLIMATOLÓGICOS EN ZONAS URBANO-MARGINALES

De acuerdo al Índice de Vulnerabilidad frente a Choques Climatológicos (IVACC), en los 27 municipios investigados existe un alto nivel de vulnerabilidad. El IVACC en estas demarcaciones supera en 14% el valor promedio de vulnerabilidad en los hogares del país, en tanto que el 40% de sus residentes convive en zonas de alta intensidad de vulnerabilidad – con un IVACC superior al 0.7 - registrando 10 puntos porcentuales más que el valor nacional (30%), y por tanto con mayor probabilidad de comprometer sus activos y medios de vida frente a tormentas, huracanes e inundaciones.

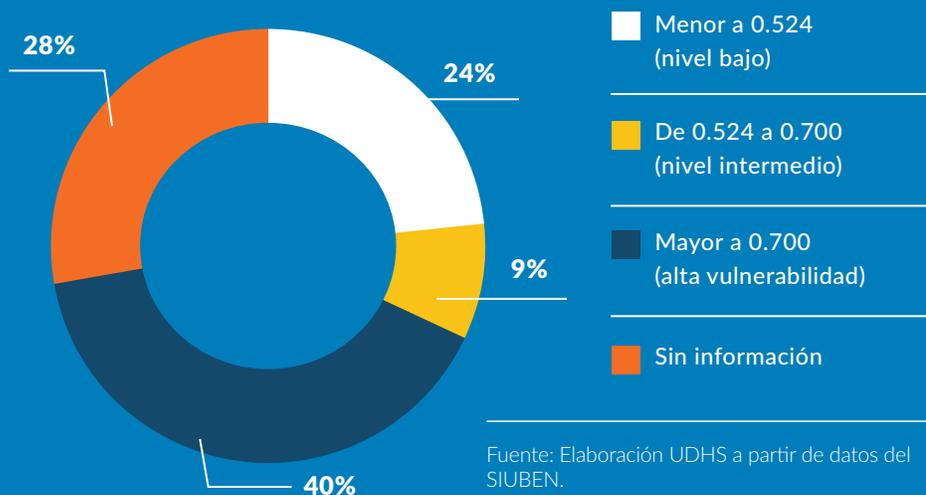
Gráfico 21

CONDICIONES DE VIVIENDA EN HOGARES ENCUESTADOS, AÑO 2017



Fuente: UDHS/PNUD en base a resultados de la encuesta.

PROVINCIA DISTRITO NACIONAL: POBLACIÓN DEL BARRIO DOMINGO SAVIO DE ACUERDO AL NIVEL DE IVACC.



Por ejemplo, en el caso del Distrito Nacional, específicamente en el barrio Domingo Savio, casi la mitad de los hogares registran niveles de vulnerabilidad altos e intermedios. La ocurrencia del embarazo adolescente en este contexto hace aún más frágiles las condiciones socioeconómicas de los hogares, ya que ante cualquier evento hidro-meteorológico, elementos como activos del hogar o que proveen capacidad de ingreso, se verían seriamente afectados. El gráfico muestra que casi la mitad de los hogares (alrededor del 49%) registran niveles de vulnerabilidad altos e intermedios.

impacto en el ciclo de la primera infancia. Por otro lado, alrededor del 30% de los hogares encuestados viven en condición de hacinamiento “moderado y 8% en hacinamiento extremo⁶⁴. En comparación con la proporción de hogares con hacinamiento a nivel nacional de 11%⁶⁵, los hogares investigados casi triplican esta condición (2.7 veces). Sin embargo, se debe precisar que el 62% de los hogares encuestados no presenta condiciones de hacinamiento.

Se resalta que entre las variables que expresan los niveles de precariedad y pobreza, el hacinamiento agrega un

riesgo o vulnerabilidad adicional. En efecto, en lo concerniente a la convivencia e interacción entre los miembros de los hogares, el hacinamiento reduce la calidad de vida y dificulta el desarrollo de las actividades cotidianas por la limitación del espacio, afectando el desarrollo psicológico y social de sus miembros. De hecho, se ha relacionado el hacinamiento con la probabilidad de incidir en la repitencia y abandono especialmente de la población en edad escolar (Kaztman, 1997), limitando la construcción de capacidades y promoviendo desigualdades a futuro por las restricciones de inserción productiva y desarrollo social posterior al sistema escolar (CEPAL, 2000).

⁶⁴ Para el cálculo de esta variable intervienen el número de personas del hogar y las áreas de la vivienda utilizadas como dormitorios. De acuerdo al resultado de la variable se clasifican los hogares en i.hacinado; entre 3 y 5 personas por dormitorio, ii.no hacinado implica menos de 3 personas por dormitorio y iii. hacinamiento extremo, más de 5 personas por dormitorio.

⁶⁵ Cálculos realizados utilizando la base de datos de la Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo del Banco Central, año 2016.

CONDICIONES DE LOS HOGARES



4.1% TIENEN PISO DE TIERRA

55.1% PERCIBEN INSEGURIDAD ALIMENTARIA PARA LOS ADULTOS

55.0% PERCIBEN INSEGURIDAD ALIMENTARIA EN NIÑOS/AS

70.0% COINCIDEN LAS CONDICIONES DEL PISO DE TIERRA E INSEGURIDAD ALIMENTARIA EN NIÑOS/AS.

TIENEN HACINAMIENTO

29.8% 3 X habitación

7.6% 5 X habitación

11.0% HACINAMIENTO A NIVEL NACIONAL

Fuente: UDHS/PNUD en base a resultados de la encuesta y de la ENFT.

En estos contextos de pobreza, el hacinamiento se asocia con otros efectos de vulneración de derechos de la niñez y adolescentes, cuando conviven en hacinamiento extremo miembros del hogar de diferentes sexos y de distinto parentesco. Al caracterizar la jefatura de los hogares por sexo, se observa que aquellos con jefatura masculina presentan cifras de hacinamiento superiores a los hogares con jefatura femenina. Estos datos son consistentes con las cifras nacionales de hacinamiento en zonas de pobreza.

Al analizar fuentes de agua potable de la vivienda, el 68% de los hogares encuestados carece de un servicio de agua potable de la red pública, 47% utiliza en mayor

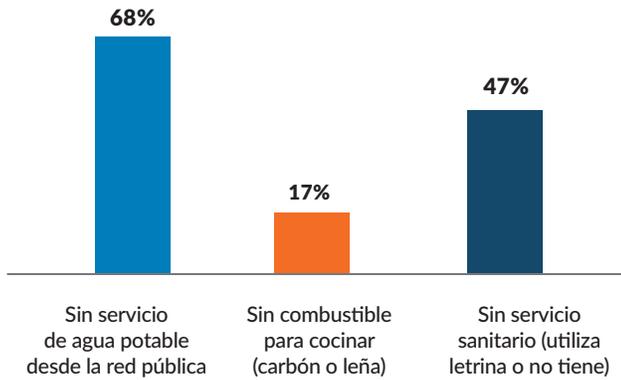
medida la letrina (38%) o carece de cualquier sistema de excretas (9%). Además una proporción de 20% se ven en la necesidad de compartir su servicio sanitario.

Por otro lado, al analizar la tenencia de activos y equipamiento en los hogares se observa que más del 60% posee artículos básicos⁶⁶; el 82% cuenta con al menos un televisor en funcionamiento y un 93% posee una estufa. De los artículos considerados como modernos, las proporciones son más bajas; en efecto tan solo el 8 de cada 100 hogares cuenta con un computador personal, una cifra similar posee vehículo (automóvil o motocicleta), en tanto que apenas el 4% tiene un aire acondicionado en el hogar.

⁶⁶ Clasificación utilizada en las mediciones del Índice de Calidad de Vida, Mapa Nacional de la Pobreza y empleada por el Sistema Único de Beneficiarios en el sistema de focalización.

Gráfico 22

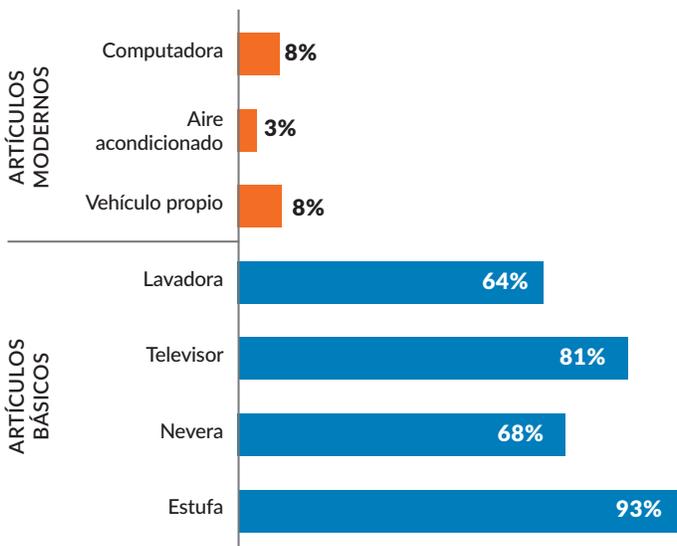
ACCESO A SERVICIOS BÁSICOS DE HOGARES ENCUESTADOS, AÑO 2017



Fuente: UDHS/PNUD en base a resultados de la encuesta.

Gráfico 23

EQUIPAMIENTO DE LOS HOGARES ENCUESTADOS, AÑO 2017



Fuente: UDHS/PNUD en base a resultados de la encuesta.

⁶⁷ El total de este grupo es de 537 mujeres.

Costos de oportunidad para el Desarrollo Humano por el embarazo adolescente:

Diferencias entre mujeres que se embarazaron en la adolescencia versus aquellas que se embarazaron en la etapa posterior a la adolescencia

El análisis del costo de oportunidad del embarazo en la adolescencia en el desarrollo humano se ha realizado a partir de la comparación de las mujeres entre 20 y 30 años objeto de la investigación de acuerdo a su edad al momento del primer embarazo - entre los 12 y 19 años (grupo tratamiento) o de 20 a 30 años (grupo control)⁶⁷. Estimar las diferencias entre ambos grupos de las opciones y disponibilidad de instrumentos para construir capacidades de elección en iguales contextos, permite aproximar las oportunidades perdidas en términos de desarrollo humano como un efecto derivado del momento en el que ocurre el embarazo. Para estimar las diferencias de oportunidades para ambos grupos se han realizado una serie de pruebas econométricas y modelos de probabilidad que permiten identificar los factores que predisponen a la ocurrencia del evento, y los efectos o repercusiones del embarazo en la adolescencia de acuerdo a diferentes variables. Estas pruebas identifican factores “impulsores” de las opciones de elección de dichas mujeres, que inciden en la construcción de medios para alcanzar logros en desarrollo, mientras que otros factores son “detractores” de las posibilidades de progreso que implican las pérdidas en desarrollo humano ante la ocurrencia de este evento, todo esto en contextos de pobreza similares para ambos grupos de mujeres.

Los resultados de la comparación entre los dos grupos se han dividido en las cuatro categorías de privación: i) capacidades, ii) empoderamiento y agencia, iii) vida digna y derechos, y iv) inversión social e infraestructura.

Recuadro 8**RESUMEN METODOLÓGICO DEL ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LA PROBABILIDAD Y COSTO DE OPORTUNIDAD DEL EMBARAZO ADOLESCENTE**

El análisis cuantitativo utilizado se fundamentó en técnicas estadísticas y econométricas. Las pruebas de igualdad de medias y de proporciones fueron aplicadas para determinar si existen diferencias **socioeconómicas** y **educativas** entre las mujeres que experimentaron el embarazo en la adolescencia y las que lo experimentaron en una edad posterior.

Los modelos logísticos de probabilidad se utilizaron para cuantificar el impacto de algunas variables sobre la probabilidad de embarazo adolescente. Modelos econométricos similares fueron estimados para determinar la probabilidad de pertenecer a la población económicamente activa. Y se utilizaron modelos de ecuaciones de Mincer para determinar el retorno en ingresos de acuerdo al nivel de educación que alcanzan las mujeres y evaluar el efecto del embarazo adolescente sobre la capacidad de generar ingreso laboral. (Para más detalles, ver anexo metodológico).

Se recuerda que la muestra que sirvió para realizar los ejercicios probabílicos y econométricos se dividió según la edad del primer embarazo de las mujeres (grupos “pseudo” control y tratamiento).

La probabilidad de embarazo adolescente puede estimarse con algunas variables que caracterizan a la mujer, su pareja y su entorno.

Algunas de las variables analizadas como posibles determinantes del embarazo en la adolescencia incluyen:

- Edad de la pareja/padre biológico del primer hijo/a;
- Niveles educativos alcanzados por los padres y madres de las mujeres encuestadas;
- Niveles educativos alcanzados por la pareja/padre biológico del primer hijo/a;
- Disponibilidad de información sobre planificación familiar, métodos anticonceptivos; embarazo adolescente y sus riesgos.
- Acceso a TIC.
- Condición económica de la pareja/padre biológico del primer hijo/a al momento del embarazo;
- Edad del primer embarazo de la madre de la mujer;
- Edad de la primera unión de la madre de la mujer.

En adición, con los modelos se estimó el impacto del embarazo (según la edad de ocurrencia) en variables de desarrollo humano y bienestar para los dos grupos de estudio (mujeres con embarazo en la adolescencia y mujeres con embarazo posterior).

Ecuaciones de Mincer:

$$\log \omega_i = \beta_0 + \beta_1 educ_i + \beta_2 exp_i + \beta_3 exp_i^2 + \varepsilon_i$$

$$\varepsilon_i \sim NIID(0, \sigma_\varepsilon^2)$$

Modelo Binario Logístico:

$$\Pr(P = 1 | \mathbf{x}) = \frac{\exp(\boldsymbol{\theta} \mathbf{x})}{1 + \exp(\boldsymbol{\theta} \mathbf{x})}$$

Entre las variables evaluadas, se destacan:

- Último nivel educativo alcanzado.
- Responsabilidad del cuidado como limitante para continuar estudiando.
- Responsabilidad del cuidado como limitante para insertarse en el mercado laboral.
- Ingreso per cápita
- Permanencia en el sistema educativo
- Situación ocupacional
- Calidad de trabajo
- Tenencia de activos
- Perspectivas de vida sobre el pasado y sobre el futuro.

I) Capacidades

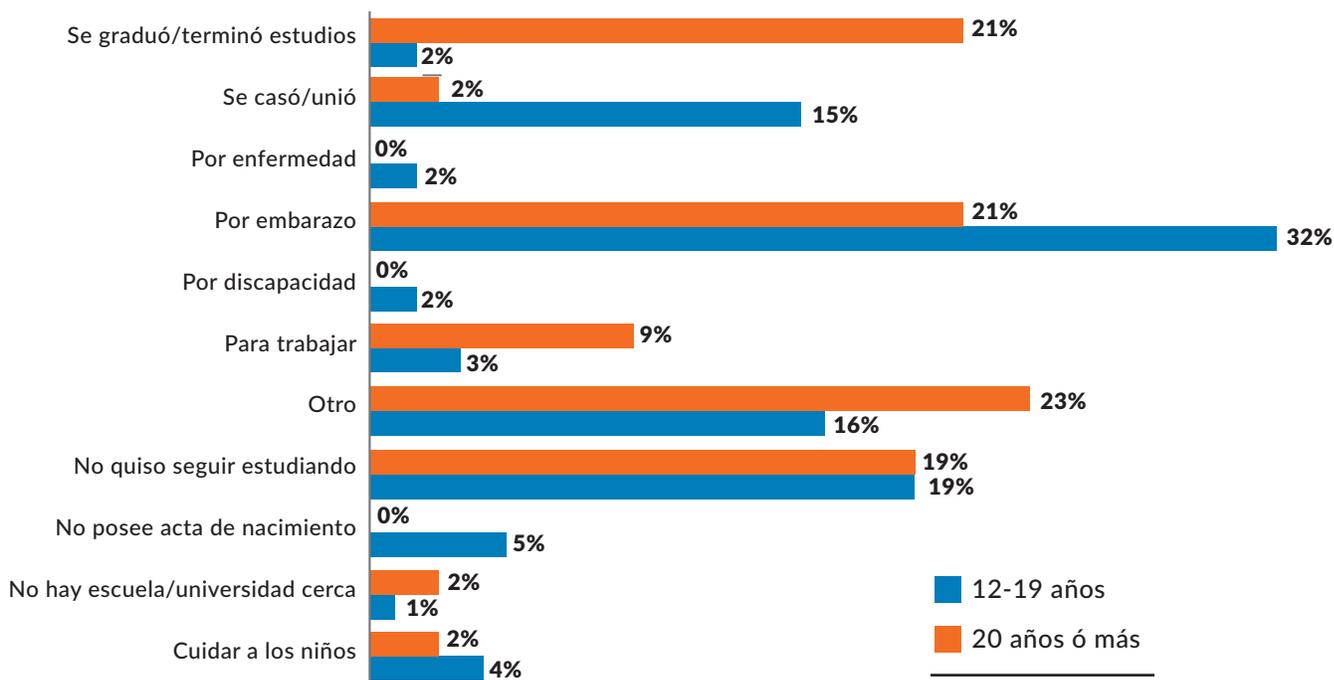
En lo que concierne a la educación al momento del primer embarazo, el 24% del total de mujeres en ambos grupos (las que se embarazaron entre los 12-19 años y las que lo hicieron a partir de los 20 años) no se habían inscrito en un centro educativo, y 7% de ellas estaban inscritas, pero no asistían. El 69% restante señaló estar inscrita y asistir. La inasistencia escolar, ya sea inscrita o no inscrita, tiene mayor peso para las mujeres que tuvieron su primer embarazo en etapa posterior a la adolescencia, con el 41%, consistente con el hecho de haber finalizado sus estudios, mientras que, las que tuvieron el embarazo en la adolescencia que no asisten constituyen el 29%. Por el contrario, la asistencia a los centros escolares al momento del primer embarazo re-

portó un mayor porcentaje para las madres en la adolescencia, con una proporción de 71%, frente a las de embarazo posterior, las cuales reportan esta condición en el 59% de los casos. Sin distinción de la edad del primer embarazo, este evento constituye la principal razón por la que las mujeres encuestadas no estudiaban en ese momento (32% en el caso de las mujeres que se embarazaron en la adolescencia y 21% aquellas que tuvieron su primer embarazo a partir de los veinte años).

El haber finalizado los estudios tiene mayor incidencia entre las mujeres que se embarazaron con posterioridad a la etapa adolescente (21%), mientras que solo alrededor del 2% de las madres adolescente reportó la finalización de sus estudios.

Gráfico 24

RAZÓN DE LA NO ESCOLARIZACIÓN O INASISTENCIA ESCOLAR AL MOMENTO DEL EMBARAZO DE LAS MUJERES. AÑO 2017



Fuente: UDHS/PNUD en base a resultados de la encuesta.

Contraer matrimonio o unirse a la pareja justifica la interrupción de los estudios para el 12% de las mujeres entre 20 y 30 años. Sin embargo, es indiscutible que existen diferencias significativas entre las adolescentes madres (15%) y las que se embarazaron posteriormente (2%).

Otra motivación mencionada fue el no querer continuar los estudios, que representó el 19% de las respuestas en ambos grupos. La carencia de documentos fue reportada solo por las madres adolescentes (5%), lo que puede conllevar a la transmisión de vulnerabilidad a los hijos/as que tampoco podrían tener acceso a documentación. La inserción en actividades productivas como razón de no escolarización o inasistencia, fue reportada por más del 9% de las mujeres que se embarazaron por primera vez a partir de los veinte años, a diferencia de las madres adolescentes cuyo porcentaje fue de apenas 3%.

Las mujeres que tuvieron el embarazo en dicha etapa asistían en mayor medida a la escuela, (60%). Sin embargo, ambos grupos de mujeres reportan porcentajes similares en la realización de actividades domésticas durante el embarazo (30% vs. 33%), señalando que el cumplimiento del cuidado familiar dificultó la continuación de estudios. En efecto, la carga del cuidado como factor que explica la decisión de no continuar estudiando durante el periodo de gestación es más significativa para el grupo de mujeres cuyo embarazo ocurrió en la adolescencia que para el grupo de embarazo posterior (4% vs. 2%).

Por otro lado, la investigación reporta que no existen diferencias significativas en la edad de inicio de la escuela por edad de ocurrencia del embarazo. La edad promedio de inicio de las madres adolescentes fue 5.7 años, virtualmente idéntica a la de aquellas que postergaron su primer embarazo más allá de la adolescencia (5.5 años). Para ambos grupos, de las mujeres inscritas y que asistían a la escuela al momento del primer embarazo, se verifica

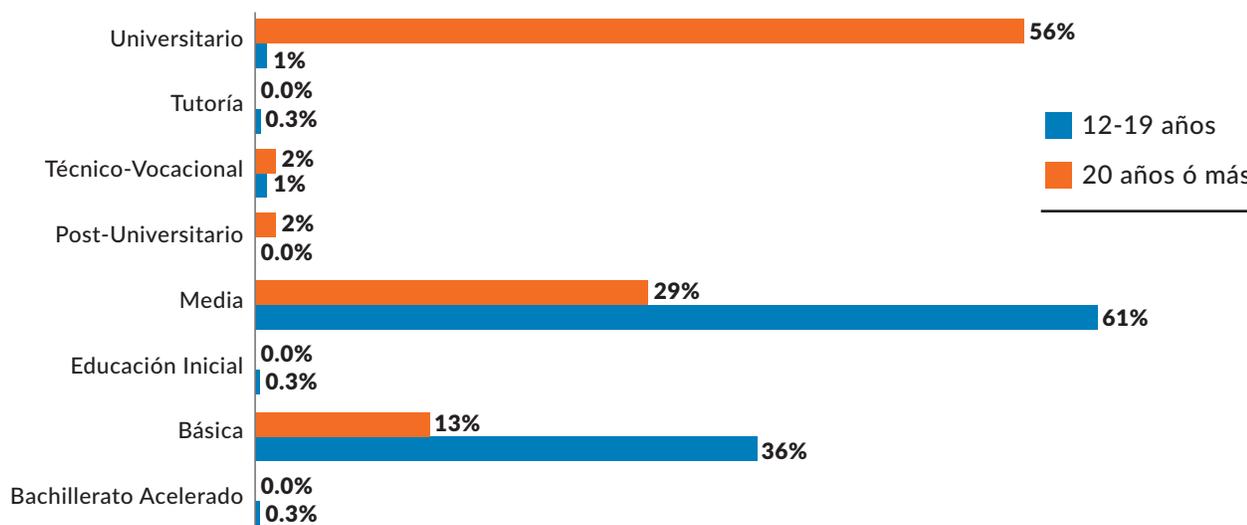
un alto porcentaje de asistencia en tandas vespertinas y nocturnas (50%), y una proporción similar en la tanda matutina (46%).

Respecto al tipo de centro de estudios, el 96% de las mujeres entrevistadas que se embarazaron en la adolescencia, asistía a centros públicos al momento de su primer embarazo; en cambio, este porcentaje representó para las que tuvieron su primer embarazo posteriormente el 78%. La diferencia en la asistencia a centros públicos entre un grupo de mujeres y el otro registró 18 puntos.

Sin embargo, tan solo 3% de las madres adolescentes reportó haber estado inscrita en un centro privado, en contraste con el 21% de aquellas que se embarazaron por primera vez en una etapa posterior.

Un hallazgo importante de la investigación es el hecho de que las mujeres matriculadas en escuelas públicas tienen una probabilidad siete veces mayor de quedar embarazadas, en comparación con las matriculadas en otros centros educativos. Otro hallazgo interesante es que la mujer que se embarazó por primera vez a partir de los 20 años, contaba al momento del embarazo con un mayor nivel de instrucción que aquellas que se embarazaron en la adolescencia; efectivamente, estas últimas se concentraban en los niveles básicos y medios (36% y 61% respectivamente), en tanto que más de la mitad de las mujeres que reportaron embarazarse por primera vez después de la adolescencia, había alcanzado el nivel universitario.

Debido a los riesgos de deserción que se verifican en la escuela media, es prioritario fomentar la expansión de cobertura para aproximar los centros escolares a los hogares, especialmente en contextos de incidencia de la pobreza y vulnerabilidad. Los datos recolectados sugieren que, al momento de su primer embarazo, las jóvenes encuestadas en ambos grupos, debían recorrer una dis-

Gráfico 25**NIVEL EDUCATIVO DE LAS MUJERES AL MOMENTO DE QUEDAR EMBARAZADAS, AÑO 2017**

Fuente: UDHS/PNUD en base a resultados de la encuesta.

tancia promedio de 28 minutos entre la ubicación de los centros escolares y el hogar. Cabe señalar que las mujeres que se embarazaron en la adolescencia contaban con centros educativos más cercanos, al tardar en promedio 26 minutos en el trayecto, lo que contrasta con los casi 40 minutos que tardaban las mujeres que postergaron su primer embarazo a partir de los veinte años.

En términos de acceso a conocimiento, las mujeres cuyo primer embarazo fue posterior a la adolescencia, habían realizado mayor cantidad de cursos, acumulando más conocimientos para desarrollar habilidades; en efecto, el 35% de ellas había cursado más de una acción formativa y con una mayor duración (52% de los cursos con duración de 2 a 3 meses). Por su parte tan solo el 16% de las mujeres con embarazo en la adolescencia

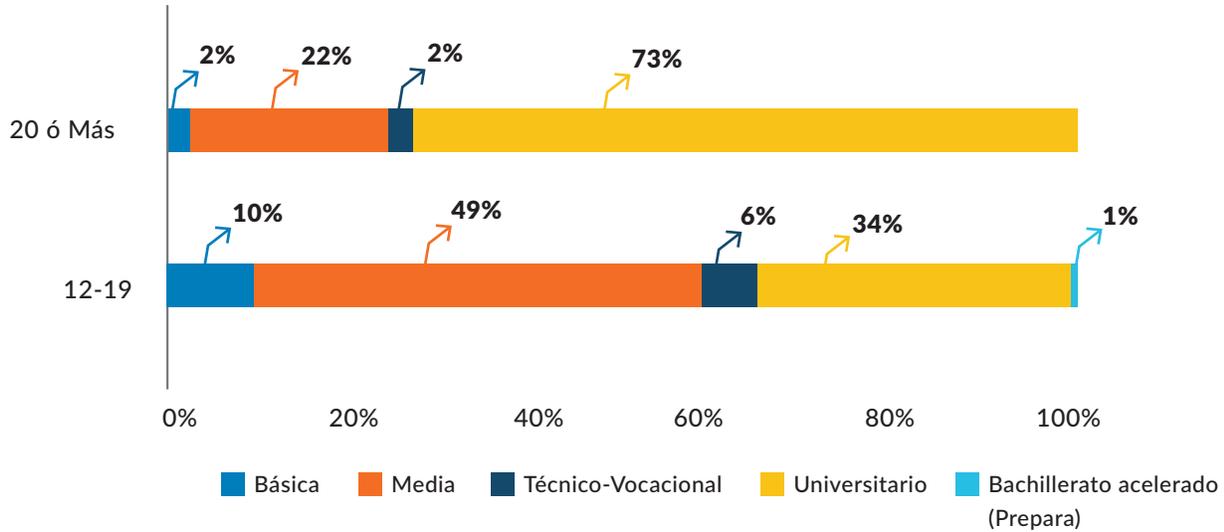
había realizado algún tipo de curso que, por lo general, eran de corta duración (38% cuya duración era de 2 a 3 meses).

Iniciativas para jóvenes que trabajen el desarrollo de competencias para la empleabilidad son clave para abordar el tema del embarazo adolescente tanto como medida preventiva como de respuesta luego de la ocurrencia del embarazo.

En términos de los niveles educativos alcanzados, los datos obtenidos reportan que la mujer que se embarazó más tarde tiene actualmente un nivel promedio de 14 años de escolaridad, superando en dos años a la mujer embarazada en la adolescencia, que acumula 12 años. Igualmente, las de embarazo posterior han logrado alcanzar el nivel universitario en mayor proporción (73%), mientras que las que se embarazaron en la adolescen-

Gráfico 26

ÚLTIMO NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO POR EDAD DEL PRIMER EMBARAZO



Fuente: UDHS/PNUD en base a resultados de la encuesta.

cia, han tenido menores oportunidades para lograr este nivel (34%).

En relación a condiciones socioeconómicas en las que viven las madres adolescentes, en sus hogares se observa una mayor cantidad de miembros dependientes (menores 15 años y adultos mayores de 65 años) que la población en edad productiva (15-64 años). Esto indica, una mayor subordinación a los perceptores de ingreso en estos hogares. De hecho, el 44% de los miembros señalados se categorizan en el grupo etario “de dependencia”, es decir, son menores de 15 años y mayores de 65 años de edad.

En cuanto a las actividades realizadas, tanto las mujeres que se embarazaron en la adolescencia como las que lo hicieron en una etapa posterior, reportan como principal actividad la realización de actividades domésticas y de cuidado de la familia, con 61% y 52% respectivamente.

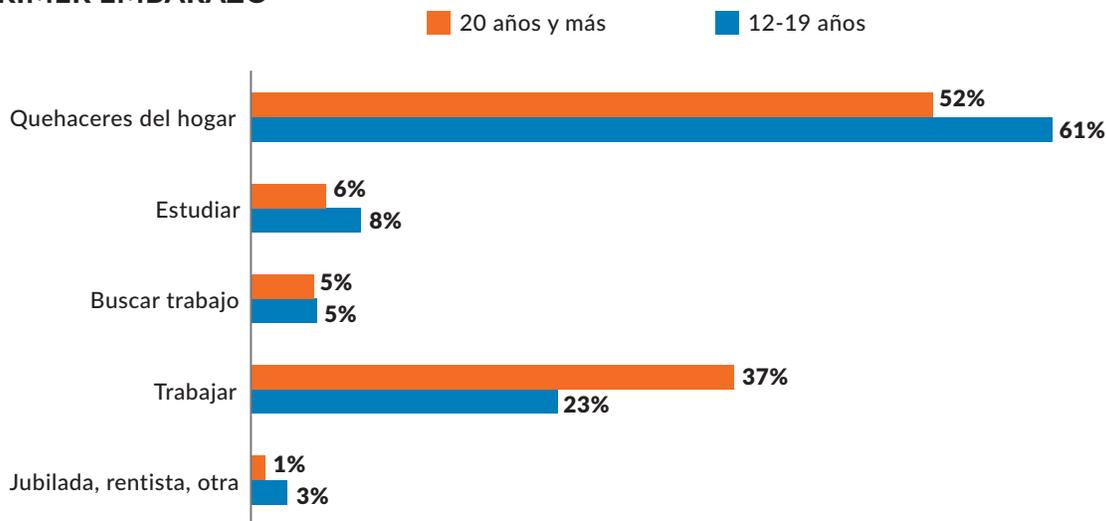
En comparación con el desarrollo de actividades domésticas durante el embarazo analizado con anterioridad, el porcentaje registrado en la actualidad prácticamente se duplica en ambos casos.

En los hogares de ambos grupos, más de la mitad de los perceptores de ingresos tiene un trabajo que se puede calificar como informal⁶⁸. En relación a las oportunidades de generación de ingresos, los resultados señalan un nivel de ingreso per cápita del hogar para aquellos hogares cuyo jefe o jefa está inserto en actividades formales de RD\$3,774, superando en un 23% el nivel de ingreso per cápita de los hogares con un jefe o jefa que trabaja de manera informal (RD\$3,074). Esta correlación puede sugerir que la informalidad tiende a reducir el nivel de ingreso per cápita, sea por la menor dotación de factores (i.e., escolaridad, experiencia) o menor capacidad de remuneración del

⁶⁸ Se califica como informal a los perceptores de ingresos que son trabajadores por cuenta propia, o empleado en hogar privado, o trabajador familiar no remunerado.

Gráfico 27

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD ACTUAL DE LAS ADOLESCENTES POR EDAD DEL PRIMER EMBARAZO



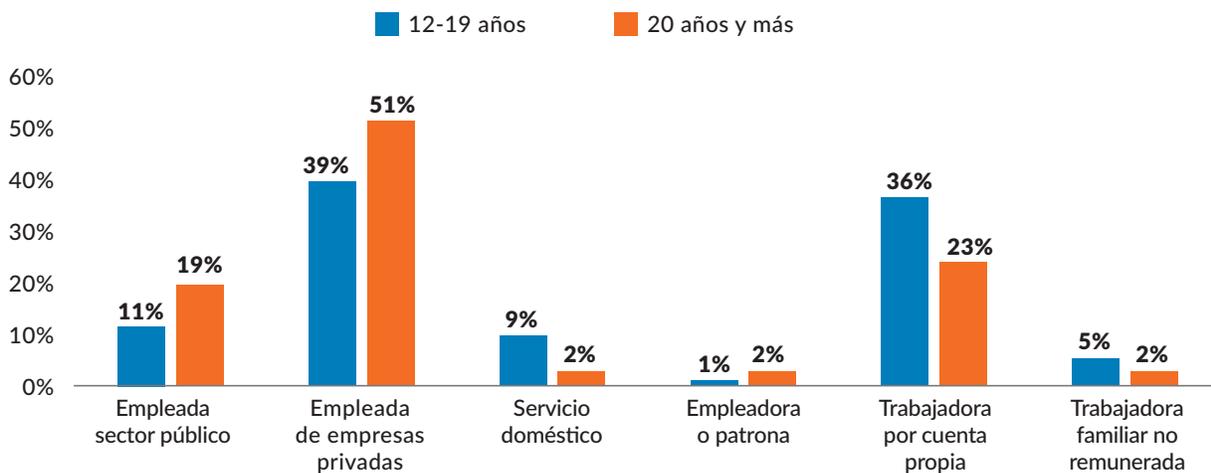
Fuente: UDHS/PNUD en base a resultados de la encuesta.

mercado a ese factor productivo. Esto es relevante porque las madres que tuvieron embarazo en la adolescencia en su mayoría desarrollan actividades informales.

Asimismo, en cuanto a los indicadores relacionados con el mercado laboral, las mujeres que se embarazaron en la adolescencia tienen una menor participación económica

Gráfico 28

CATEGORÍA OCUPACIONAL ACTUAL DE LAS MUJERES POR EDAD DEL PRIMER EMBARAZO, AÑO 2017



Fuente: UDHS/PNUD en base a resultados de la encuesta.

ca⁶⁹ (38%) que aquellas que se embarazaron después de la adolescencia (48%). Sin embargo, se reporta un avance en términos de empoderamiento económico de las mujeres cuando ellas tienen la jefatura del hogar, con probabilidad de pertenecer a la PEA de 46%, no existiendo diferencias por el momento en que ocurre el embarazo.

Las mujeres que están ocupadas, se distribuyen de forma diferente con respecto al tipo de trabajo desarrollado. El 39% de las que fueron madres en la adolescencia y el 51% de las que se embarazaron posteriormente reportaron estar ocupadas en el sector privado, con un margen de diferencia de 12 puntos. Por igual, las madres de primer embarazo posterior a la etapa adolescente, muestran ventajas relativas en los trabajos por cuenta propia, con un margen de 13 puntos, para trabajos en el sector público de 8 puntos y para el trabajo como servicio doméstico de 7 puntos.

Los datos reportan dificultades en la contratación formal y en la protección de la salud como derecho laboral. En efecto, se registra 63% de ausencia de contratos (formales o informales) a nivel de ambos grupos, con claras desventajas para las madres en la adolescencia (66%), comparado con las madres en etapa posterior (58%). Para ambos grupos, la brecha⁷⁰ de aseguramiento en salud por trabajo es de 86%, señalando una diferencia de 18 puntos con desventajas para las que fueron madres en la adolescencia.

Existe una brecha importante de acceso a la previsión social: solo el 5% afirma que aporta a un plan de pensiones, con un porcentaje mayor para las mujeres que se embarazaron en la etapa posterior a la adolescencia (11%),

Tabla 5

VARIABLES SELECCIONADAS PARA LAS PRIVACIONES EN CAPACIDADES

Variables	Embarazo de 12 a 19 años	Embarazo con 20 y más años
Años de escolaridad al momento del embarazo	9 años	12 años
Asistencia a escuelas públicas	96%	78%
Años de escolaridad Actual	12 años	14 años
No acceso a tecnología	20%	12%
Educación universitaria	34%	73%
Ocupadas	34%	44%
Participación en la PEA	38%	48%
Informalidad	36%	23%
Quehaceres domésticos	61%	52%

Fuente: UDHS/PNUD en base a resultados de la encuesta.

vinculado a una inserción mayor en actividades formales protegidas. Este porcentaje resulta 8 puntos más alto que el reportado por las demás mujeres (3%).

Estos resultados revelan que el embarazo en la etapa adolescente reduce la probabilidad de inserción en actividades laborales, desarrollando trabajos desprotegidos, asociados a las evidencias reportadas en las oportunidades para finalizar los estudios y avanzar en escolaridad.

Por otro lado, el acceso a TIC, aproximada por la posesión de celular, una computadora o acceso a internet, tiene una relación inversa con la probabilidad de embarazo adolescente. La mujer que se embarazó en la adolescencia tiene menores posibilidades de tener acceso a TIC que resulta 48% inferior a la que tiene la mujer que se embarazó a una edad posterior. Los datos evidencian

⁶⁹ Medida por la relación entre la población económicamente activa y la población en edad de trabajar (mayor a 10 años).

⁷⁰ Se refiere a la proporción de personas que carecen de seguro de salud.

Recuadro 9

HISTORIA DE JUANA - ASIMETRÍAS DE PODER CON LA PAREJA QUE LIMITAN OPORTUNIDADES DE PROGRESO

Juana es oriunda de Cotuí, tiene 6 años viviendo en Maimón donde, a sus 16 años y por una amiga en común, conoció a un joven que se convirtió en su novio. Él le dijo que si se iba con él y se casaban iban a conseguir “cosas” juntos, iban a mejorar su situación. Ella le creyó y se fue de su casa, por su mejoría. Pero él no vivía solo, como le había prometido; vivía con su mamá. Quedó embarazada a los 18 años de su primera niña y hace dos años tuvo a su segunda bebé. Ambas niñas tienen el mismo papá, 7 años mayor que ella. Están separados hace un tiempo, pero él vive en el mismo barrio. Ella se cansó de sus celos; de que no la dejara trabajar ni estudiar, y de que le alzara la voz cuando se molestaba.

escuela. Era muy celoso y no quería que ella saliera de la casa ni al colmado de la esquina; la amenazaba con dejarla a ella y a la niña, le subía la voz y se iba de la casa por días.

Ella no estuvo contenta con el embarazo, pero el papá biológico de la niña sí, al igual que su mamá y otros familiares, aunque algunos le comentaron que ella debió seguir estudiando, que estaba muy joven para quedar embarazada. La comunidad también murmuró: “Decían que yo era muy adolescente para haber quedado embarazada, que si yo qué”, “la gente le decían abusador a él”, y la hicieron sentir mal. Sintió vergüenza, sobre todo cuando se le empezó a notar la barriga, dejó de salir a la calle el resto del embarazo. También sintió rechazo por parte del hospital,

él le da la manutención, pero si no tamo junto, no”. Sólo esporádicamente el papá viene a visitarlas o se las lleva de paseo. “El dura hasta cinco y seis meses que no viene”.

Hoy, con 24 años de edad, ella estudia en Radio Santa María y está en primero de bachillerato, tomando clases los domingos. Aunque le llaman la atención los cursos de belleza y cocina, no ha tomado ninguno de los que ofrecen por su barrio. En su hogar, se dedica al trabajo doméstico y de vez en cuando cubre una banca también, sustituyendo a la encargada cuando ella no puede asistir; le pagan RD\$300 por día cuando lo hace. Se le dificulta encontrar trabajo fijo o tomar cursos de capacitación porque no tiene con quién dejar a las niñas ni hay guar-

*Ella confiesa que **no quería quedar embarazada tan joven** y que se sintió engañada. “Yo no quería. Yo quería estudiar y él me dijo que no, que yo no iba a quedar embarazada porque él se estaba inyectando, pero fue mentira, fue como un engaño y quedé embarazada de la niña”.*



Ella confiesa que no quería quedar embarazada tan joven y que se sintió engañada. “Yo no quería. Yo quería estudiar y él me dijo que no, que yo no iba a quedar embarazada porque él se estaba inyectando, pero fue mentira, fue como un engaño y quedé embarazada de la niña”. “Yo no estaba contenta, yo quería estudiar”. Sintió que el embarazo le iba a afectar su vida, sobre todo porque ella quería seguir estudiando. “Yo estaba en octavo y lo dejé”. “Ya yo tuviera ya, ya yo tuviera en la universidad ya, y hubiera sido profesional, si yo no hubiera dejado la escuela”. “Ahora me siento avergonzada”. Luego de que nació la primera niña, su pareja no quería que volviera a la

que le preguntaban su edad de manera despectiva cuando iba a los chequeos médicos.

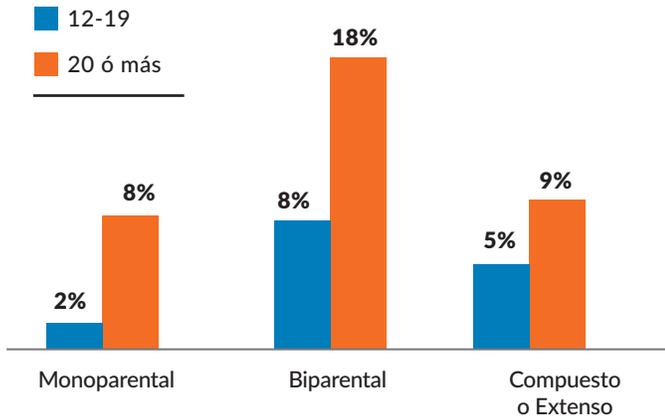
Su mamá la acompañaba al médico durante los embarazos; el papá de la criatura trabajaba en ebanistería y no tenía tiempo. Cuando la primera niña nació, ella se encargaba del cuidado y todas las labores del hogar, de nuevo con la ayuda de su madre; el papá tampoco tenía tiempo para eso. “A él le tocaba trabajar; mami me ayudaba, ella iba todos los días a mi casa”. Igual con la segunda bebé. El papá trabajaba para proveer los alimentos y medicinas, pero una vez que se separaron, dejó de hacerse responsable, salvo que se “junte” de nuevo con ella. “Si tamo junto, contento,

derías o estancias cercanas. El único apoyo que ha recibido es de su madre. “Ay Dio. Me arrepiento de haberme casado así, tenía que hacele má caso a mi mamá”.

Va a educar y orientar a sus hijas para que no queden embarazadas tan jóvenes. “A mí no me convino; lo que yo pasé, yo no quiero que ellas lo pasen”. Sueña con tener su propia casa, ayudar a su mamá a conseguir la suya y tener un vehículo para poder trasladar a sus hijas a la escuela... También quiere terminar sus estudios y ser abogada; que sus hijas tengan suficiente ropa, un buen futuro y que estudien.

Gráfico 29

TENENCIA DE COMPUTADORA POR TIPO DE HOGAR Y EDAD DEL PRIMER EMBARAZO



Fuente: UDHS/PNUD en base a resultados de la encuesta.

que los hogares en los que residen las mujeres con embarazo adolescente, sin importar el tipo de hogar, ya sea monoparental, biparental o compuesto⁷¹, presentan un

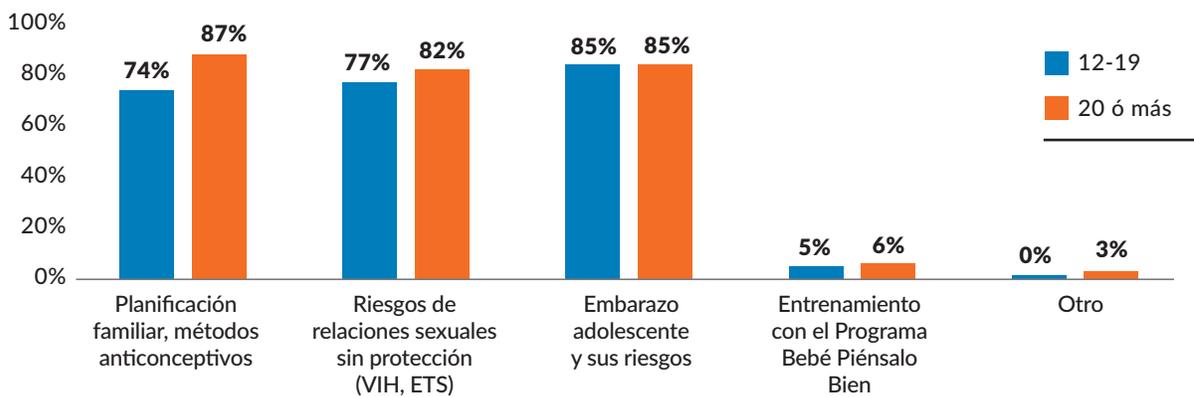
menor porcentaje de acceso a TICs, que los hogares en los que residen las mujeres con embarazo posterior.

De hecho, un resultado importante a destacar es el reducido acceso a computadores en los hogares monoparentales conformados por las que fueron madres entre los 12 y 19 años, en donde sólo el 2% reportó dicho acceso, lo que implica un desaprovechamiento de los beneficios que se derivan de las TICs como instrumentos para el desarrollo humano de las adolescentes.

El acceso a conocimientos sobre salud sexual y a capacitación complementaria que facilita ejercer derechos y mejores habilidades para la vida reproductiva, reporta diferencias notorias entre las mujeres que se embarazaron por primera vez en una etapa posterior frente a aquellas que lo hicieron en la adolescencia. Sin embargo, el indagar sobre el tipo de información recibida al momento del embarazo -información sobre embarazo adolescente y sus riesgos, uso de métodos,

Gráfico 30

TIPO DE INFORMACIÓN RECIBIDA PREVIO AL PRIMER EMBARAZO SEGÚN LA EDAD DE LA ENTREVISTADA DURANTE ESA ETAPA



Fuente: UDHS/PNUD en base a resultados de la encuesta.

⁷¹ La clasificación utilizada por el estudio permite categorizar los tipos de hogares según su estructura y su ciclo de vida en: monoparentales, conformados por un adulto sin pareja y los hijos e hijas, biparentales conformado por una pareja de adultos y los hijos e hijas sin otros miembros, y compuestos o mixtos en el que vive la pareja con otros miembros del hogar con o sin consanguineidad.

planificación familiar-, se verificó que el 55% de las mujeres entrevistadas señaló no haber recibido información alguna, proporción idéntica en ambos grupos de mujeres estudiadas.

Entre aquellas mujeres que expresaron recibir información, los temas que fueron sensibilizados con más frecuencia fueron los relativos al embarazo adolescente y sus riesgos (85%) y planificación familiar (78%). En todos los casos, las mujeres cuyo primer embarazo fue posterior a la adolescencia expresaron la recepción de informaciones relevantes en mayor proporción que las madres adolescentes con diferencias de hasta 10 puntos porcentuales en algunos casos.

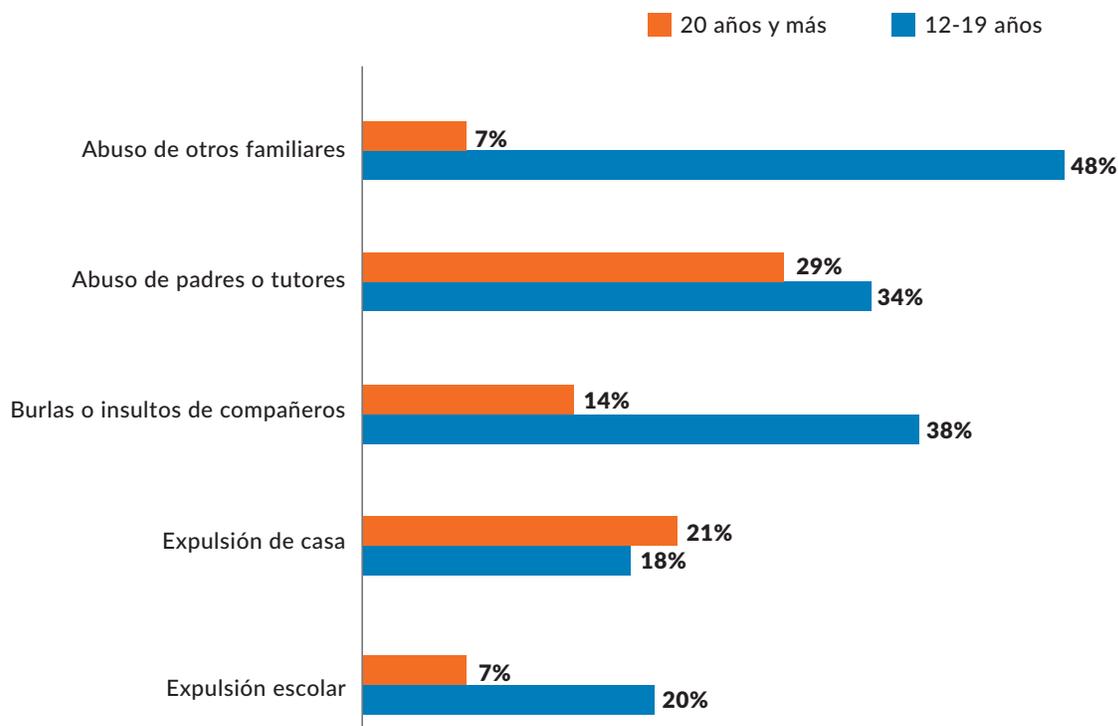
En el marco de la muestra investigada, un hallazgo importante es que la entrega de información sobre salud sexual y reproductiva reduciría en alrededor de un 35% la posibilidad de quedar embarazada durante la adolescencia. Estos resultados sugieren que las políticas de fomento de conocimiento de riesgos y derechos sexuales y reproductivos pueden incidir para prevenir el embarazo temprano.

II) Empoderamiento y agencia

Con el propósito de explorar otras dimensiones del desarrollo humano, que permiten medir su evolución desde una perspectiva subjetiva de las mujeres entrevistadas, se analizan variables de percepción de bienestar, planes

Gráfico 31

PRINCIPALES FORMAS DE DISCRIMINACIÓN REPORTADAS POR LAS MUJERES INVESTIGADAS DURANTE EL EMBARAZO^{/1}



UDHS/PNUD en base a resultados de la encuesta. /1: La pregunta acepta más de una respuesta.

Tabla 6

VARIABLES DE PRIVACIONES EN EMPODERAMIENTO Y AGENCIA		
Variables	Embarazo de 12 a 19 años	Embarazo con 20 y más años
Discriminación por quedar embarazada		
Discriminación	16%	8%
Expulsión de la escuela	18%	12%
Razones para haber postergado el embarazo		
Pareja más informada	43%	47%
Capacitación técnico vocacional	54%	47%
Mayor información sobre SSR	48%	56%
Fácil acceso a métodos	57%	70%
Acceso a tecnologías de la información	17%	24%
Metas planteadas		
Obtener un empleo estable	81%	90%
Ser propietaria de su propia vivienda o negocio	82%	89%

Fuente: UDHS/PNUD en base a resultados de la encuesta.

de vida, discriminación enfrentada por las adolescentes en los entornos en los que se desenvuelven y violencia.

Las mujeres investigadas en ambos grupos reportan haber enfrentado prejuicios y distintas formas de discriminación con el embarazo, que limitan su bienestar psicológico y social durante esta etapa. El 15% de las mujeres, expresa haber sufrido discriminación por estar embarazada, incluyendo maltrato verbal o físico. De este total, 40% ha recibido maltrato por parte de familiares, 33% maltrato de parte de sus padres o tutores y otro 33% recibió burlas o insultos de compañeros o amigos.⁷²

Uno de los efectos de mayor impacto psicológico y de opciones de vida con incidencia en el bienestar a futuro es el hecho de que algunas mujeres son expulsadas de núcleos cuyo rol es de la protección, la generación de capacidades y fomento del ejercicio de derechos, a causa del embarazo. Es justamente en esta etapa, con la escola-

rización y el soporte familiar, cuando se cimientan las bases para la autonomía y el empoderamiento, sustentado en la construcción de capacidades.

Las entrevistadas mencionaron que fueron expulsadas de sus hogares (19%) y expulsadas de la escuela (18%), lo que vulnera sus derechos para continuar el ciclo de reproducción de capacidades. La discriminación y el abuso no son exclusivos de las mujeres que tuvieron el embarazo en la adolescencia, también tuvo efectos entre las mujeres que se embarazaron posteriormente, pero, con menor peso para estas últimas en todas las formas de discriminación. Las diferencias con mayor margen entre los grupos se verificaron en la expulsión del hogar familiar con 22 puntos básicos, el abuso verbal o físico por los padres o tutores, con 20 puntos y haberse sentido discriminada por el embarazo con 9 puntos.

⁷² Cabe resaltar que se reportaron algunos casos de violencia física de pareja íntima e intrafamiliar, ocurridos en el pasado.



SOLO EL
13%
BUSCÓ AYUDA
 A TRAVÉS DE ALGUNA INSTITUCIÓN
 O INSTANCIA PÚBLICA
FRENTE A LOS ABUSOS O MALTRATOS

Por otro lado, solo 13% de las mujeres indicó que formuló alguna denuncia o buscó ayuda a través de alguna institución o instancia pública frente a los abusos o maltratos. La razón principal que justificó no acudir a buscar ayuda entre las entrevistadas es “porque no lo consideraba necesario”, reportado por el 49% de las mujeres, lo que puede indicar la reducida capacidad de agencia que tienen estos grupos en edades adolescentes.

Se menciona como limitante para formular las denuncias el hecho de no tener conocimiento donde acudir (26%) y suponer que “no sería de utilidad”, mencionado por el 14% de las entrevistadas lo que puede indicar brechas de oportunidad de las políticas para incidir en aproximar la oferta de este tipo de servicios a las comunidades de mayor incidencia de estos abusos. Finalmente, el 8% de las entrevistadas reportó que no lo hizo por vergüenza.

En relación a las perspectivas de vida presente y futura de las mujeres de 20 a 30 años de edad encuestadas, se indagó sobre las metas que habían formulado para sus vidas y conformar un plan de futuro.

Entre todas las mujeres tiene mayor peso como factor de percepción para mejorar su bienestar, el “ser propietaria de su propia vivienda o negocio” y “obtener un empleo estable” registrando el 83% de las menciones cada una. Asimismo, el “tener un hogar feliz y estable” fue reportado con 82% de las opciones, y “vivir en un entorno seguro y con acceso a los servicios” fue considerado por 71% de las mujeres entrevistadas.

Aunque en términos generales, ambos grupos mencionan con relativa importancia el logro de estas metas de vida, las mujeres que se embarazaron en etapa posterior a la adolescencia, reportan mayores porcentajes en todas las opciones, lo que sugiere que tienen mayor claridad en definir sus perspectivas, a lo que puede contribuir el mayor nivel de instrucción y de acceso a tecnologías. Los datos analizados señalan diferencias en la construcción de un plan de vida entre los grupos investigados, con mayor margen en las metas relativas a “obtener un empleo estable”, con 9 puntos, y “ser propietaria de su propia vivienda o negocio”, con 8 puntos. Estos resultados son consistentes con estudios sobre la temática que plantean que los planes de vida se conforman en las etapas finales de la adolescencia, por ser parte de un proceso de crecimiento y maduración personal.

La situación económica de la pareja/padre biológico del primer hijo/a al momento del primer embarazo, es un factor de mayor peso para las mujeres que se embarazaron en una etapa posterior a la adolescencia, lo que puede estar relacionado con una motivación individual de unirse más tarde por la perspectiva de mejoría y puede representar mejor condición económica a futuro. De hecho,

las mujeres en este grupo, expresan una expectativa mayor en términos de metas de mejora económica, como obtener un empleo estable y ser propietaria de su propia vivienda o negocio, asociados a la apropiación de un plan de futuro. Mientras que las que tuvieron su primer embarazo en la adolescencia, expresan con menor porcentaje expectativas de futuro y plan de vida, que puede estar asociado a menores logros en escolaridad y en acceso a capacitación.

Si bien es posible que una motivación para las adolescentes en términos del embarazo sea mejorar su situación, es preciso profundizar esta línea de análisis. En entornos de pobreza, como los estudiados por el presente Informe, estas mejoras percibidas pueden ser muy modestas. Por ejemplo, tener acceso a más alimentos, pasar de ser una hija más en el hogar de sus padres a ocupar una mejor posición dentro de su propio hogar. Lo que resulta del análisis presentado en este capítulo, es que aún se persiga una mejoría con el embarazo en la adolescencia, no tiene que ser exclusivamente económica. Ello podría estar asociado también con mejoras en su estatus social dentro de su comunidad o de su hogar. La realidad es que la mayoría continúa viviendo en situaciones precarias y de pobreza, aun cuando salen de la casa por el evento de un embarazo.

Como perspectiva de futuro, al plantearles a dichas mujeres si tuvieran la opción de volver hacia atrás y hacer algo distinto, mencionaron “seguir estudiando/terminar educación” con una proporción de 91%, “optar por obtener un mejor empleo” con 73%, “embarazarme más tarde” con 69%, y “no abandonar el hogar” el 46%. En general no se reporta un amplio margen entre los dos grupos de mujeres, sin embargo, vale destacar que entre las madres en la adolescencia se verifica que quisieron “embarazarse más tarde” en una proporción de 73%, y “haber tenido menos hijos”, superando a las de embarazo

posterior en 22 puntos y 10 puntos respectivamente.

En cuanto a la relación entre padres y madres de las mujeres objeto de estudio, el 83% indica que el padre no maltrataba física ni verbalmente a su madre y que la trataba con respeto, por otro lado el 12% indicaba que sí existía violencia doméstica entre sus padres, siendo mayor el porcentaje en las mujeres con embarazo adolescente (12.8%) que en las de embarazo no adolescente (10%).

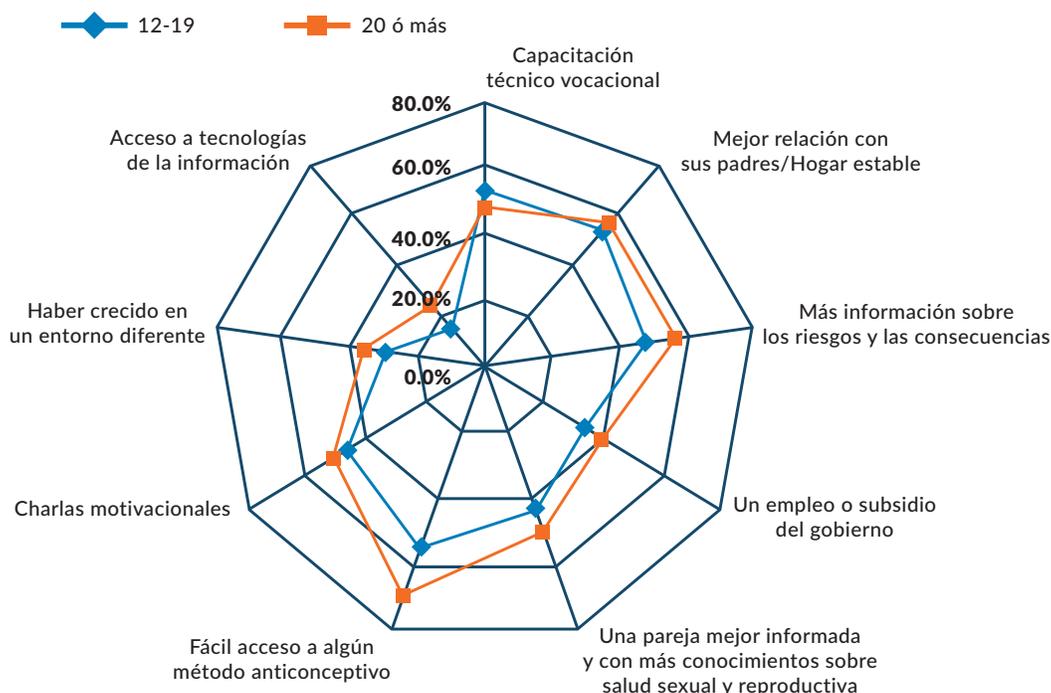
Finalmente, se preguntó a ambos grupos de mujeres acerca de los instrumentos o conductas que podrían retardar el embarazo en la adolescencia, de acuerdo a su perspectiva individual. Frente a esta consulta, se reportan respuestas con peso similar para aspectos como una mejor comunicación o relación con los padres, charlas motivacionales sobre planes de vida y autoestima, tener una pareja mejor informada de los riesgos, y haber crecido en un entorno diferente.

En lo que respecta a las propuestas de motivación para postergar el evento, las madres que tuvieron su primer embarazo en una etapa posterior a la adolescencia superan en las menciones a las madres adolescentes, en el acceso a anticonceptivos (diferencia de 13 puntos), más información sobre los riesgos y consecuencias y educación en la escuela (diferencia de 7 puntos), y en lo relativo al acceso a tecnologías de información y comunicación (diferencia de 6 puntos).

Mencionado por el 51% de las mujeres, una razón que justificaría postergar el embarazo en la adolescencia es contar con acceso a cursos técnico- vocacionales. Por su parte, las mujeres con embarazo en la adolescencia, registran un mayor porcentaje (54%) en comparación con el otro grupo de mujeres (47%). Mientras que la motivación de postergar el evento por obtener un empleo en el Estado, que fue reportada con 34% de las menciones, registra

Gráfico 32

OPCIONES PRIORIZADAS POR LAS MUJERES DE 20 A 30 AÑOS DE EDAD PARA POSTERGAR EL EMBARAZO ADOLESCENTE, AÑO 2017^{/1}



Fuente: UDHS/PNUD en base a resultados de la encuesta. /1 La pregunta acepta más de una respuesta.

pocas diferencias en términos relativos observándose en 34% para las madres adolescentes y en 37% para las mujeres con el primer embarazo en etapa posterior.

La mayoría de ambos grupos de mujeres no piensa que crecer en un entorno diferente, caracterizado con más oportunidades y menos violencia, hubiese influido sobre la posibilidad de embarazarse. De hecho, el 70% de las mujeres con embarazo adolescente y el 64% de las mujeres con embarazo posterior a esa edad afirma que haber crecido en un entorno diferente no hubiese afectado la posibilidad de embarazarse. Esto puede sugerir que existe una legitimación del embarazo adolescente –o no adolescente- en la comunidad y que persisten patrones

que asignan un rol social a la maternidad de cumplimiento con las responsabilidades que esto acarrea en la esfera familiar o la maternidad como plan de vida.

Otra de las motivaciones mencionadas que podrían proteger a las adolescentes fue la referida a tener una pareja más informada y con más conocimientos sobre salud sexual. Esta motivación reduciría la posibilidad de embarazo por el 44% de las mujeres analizadas. Las que se embarazaron después de la adolescencia lo afirman en un 47%, mientras que lo declaran el 43% de las que se embarazaron en la adolescencia. Esto refleja que las adolescentes se sienten menos empoderadas frente a su pareja en términos de balance de poder.

Dinámicas inter generacionales que inciden en el embarazo adolescente

La situación de pobreza tiende a reproducirse inter-generacionalmente por medio de factores que afectan las oportunidades de desarrollo y el ejercicio de derechos en cada una de las etapas del ciclo de vida. Aunque existen dinámicas familiares que predisponen a situaciones que afectan los miembros en determinada etapa de la vida, es también un espacio social de transformaciones para la superación de la condición de pobreza.

La investigación reporta la existencia de patrones de reproducción que en el entorno familiar contribuyen a la ocurrencia del embarazo en las adolescentes, como es la edad de la primera unión de sus madres, verificándose que, a mayor edad de unión de la madre, es menor la probabilidad que tiene la hija de embarazarse en la adolescencia. Asimismo, la edad del primer embarazo de las madres influye de manera significativa. Estos resultados permiten afirmar que al observarse estas características en la familia de las adolescentes existe probabilidad de ocurrencia del evento y constituyen factores aceleradores del embarazo adolescente, a través de la transmisión de conductas a nivel intergeneracional.

El padre y la madre de las mujeres entrevistadas registran un nivel de escolaridad acumulado bajo, habiendo alcanzando en mayor medida el nivel básico de educación. En el contexto de este análisis, para ambos grupos de mujeres, la escolarización en ambos padres no registra diferencias significativas, lo que pudiera indicar que esta variable tendría escasa incidencia en la probabilidad de embarazarse durante la adolescencia.⁷³

Tabla 7

VARIABLES QUE INCIDEN EN LA PROBABILIDAD DE OCURRENCIA DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Variables	Embarazo de 12 a 19 años	Embarazo con 20 y más años
Edad unión de sus madres	16 años	17 años
Edad embarazo de sus madres	17 años	18 años
Padres biológicos de los primeros hijos/as de la mujer con nivel universitario	10%	37%
Diferencia de edad de la pareja (primera unión)	8 años	6 años

Fuente: UDHS/PNUD en base a resultados de la encuesta.

Los patrones de reproducción y de uniones reflejan que las mujeres que se embarazaron durante la adolescencia se unen por primera vez a edades más tempranas y con parejas de mayor edad que las mujeres con embarazo posterior. La edad promedio de la unión es de 17 años para las que se embarazaron en la adolescencia, mientras que, para las mujeres de embarazo posterior, la edad promedio es de 22 años. Al momento de la primera unión, la diferencia de edad entre las mujeres de embarazo adolescente y la pareja es de 8 años, mientras que para las demás, la diferencia es de 6 años. Un hallazgo importante en lo que respecta a la fecundidad es el aumento de 8% en la posibilidad de la mujer quedar embarazada por cada año en que se incrementa la diferencia de edad con relación a su pareja.

En el mismo sentido, el nivel educativo alcanzado por la pareja o padre biológico del primer hijo/a de la mujer, tie-

⁷³ Esto requeriría una mayor profundización en estudios posteriores.

ne una influencia importante en la probabilidad del embarazo en la adolescencia. Cuando la pareja ha alcanzado el nivel educativo universitario se reduce en 75% la posibilidad de ocurrencia del embarazo adolescente.

Los resultados de la investigación permiten concluir que las uniones tempranas constituyen un factor que incide directamente en el embarazo durante la adolescencia. La mayoría de las mujeres quedó embarazada por primera vez mientras vivía con su pareja (55%), registrándose porcentajes similares entre las mujeres de ambos grupos investigados. Asimismo, se observa en el análisis de los datos que, mientras más joven se inicia la unión, es mayor la probabilidad de que ocurra un embarazo durante la adolescencia.

Características de los padres biológicos del primer hijo/a de las mujeres investigadas

En el marco de la investigación, se desarrolló un módulo para conocer características de los padres biológicos o la pareja de las mujeres entrevistadas, profundizándose en características demográficas, el nivel educativo, oportunidades laborales, el rol asumido en relación a las responsabilidades en la crianza de los hijos e hijas, y el apoyo económico a la familia.⁷⁴

Los datos indican que más del 90% de los padres biológicos del primer hijo/a de la mujer están alfabetizados, reportándose un mayor porcentaje entre las mujeres cuyo embarazo ocurrió en etapas posteriores a la adolescencia (96%) que entre las que se embarazaron en la adolescencia (92%). Asimismo, el 15% de las parejas ha alcanzado el nivel universitario, 3% el nivel medio y 29% el nivel básico. Al momento del primer embarazo de las mujeres,

el 86% de sus parejas se encontraba realizando alguna actividad económica.

La investigación señala una diferencia importante de 27 puntos en relación al nivel educativo universitario de la pareja, en contra de las mujeres que se embarazaron en la etapa adolescente. Se registra que solo el 10% de las parejas de las mujeres con embarazo en la adolescencia accedieron a este nivel, mientras que, para las parejas de las mujeres de embarazo posterior se reportó un 37%.

En relación a la edad, se observa que los padres del primer/a hijo/a de madres adolescentes tienen una edad promedio menor (24 años) que aquellos cuya pareja se embarazó en un período posterior (28 años).

Cabe señalar que la relación sentimental fue mantenida después de quedar embarazada en más del 80% de los casos. Por otro lado, el embarazo influyó en la ruptura de la relación en menor medida que otras razones, siendo la principal razón que el padre buscó otra pareja, o su rechazo al matrimonio o la unión libre. No obstante, el 30% no quiso reconocer su paternidad y el 17% culpaba a la mujer por el embarazo.

Se debe señalar que casi el 10% indicó que la violencia doméstica había sido la razón de la ruptura, siendo mayor en las mujeres con embarazo adolescente: 11% entre las que tuvieron embarazo en la adolescencia y 7% para las que tuvieron embarazo posterior. Los resultados reportan que solo en el caso de las que se embarazaron en la adolescencia se verificaron casos de ruptura por alcoholismo o adicción a las drogas (7%).

En cuanto al apoyo que recibieron las madres entrevistadas de parte de la pareja en la crianza del primer/a hijo/a,

⁷⁴ Las informaciones analizadas son relativas a la pareja o padre biológico de su primer hijo/a al momento del primer embarazo, desde la perspectiva de las mujeres investigadas.

se observa que, aunque no conviva con la pareja más del 73% realiza un aporte económico voluntariamente, mientras que para el 8% de los casos fue necesario solicitar un trámite judicial. Asimismo, más de la mitad de las mujeres afirman que la pareja contribuye con disciplina, juega, y enseña valores morales y/o religiosos al niño o niña.

Cumplir el rol de padre no se asocia en mayor medida a contribuir con el apoyo a los hijos e hijas en la realización de las tareas escolares, en lo que puede incidir la perpetuación de roles tradicionales en términos de género en la esfera familiar y comunitaria. El apoyo de la pareja con las tareas de los hijos, fue mencionado sólo por 38% de las mujeres. Las que fueron madres en la adolescencia reportan este apoyo con un porcentaje de 41%, mientras que, para el caso de las madres que se embarazaron en una etapa posterior, fue reportado en el 26% de los casos.

De acuerdo a los resultados de la investigación, menos del 40% asume el rol de contribuir con las tareas del hogar, o cuidar al niño mientras la mujer trabaja, o ayudar a los niños y niñas con las responsabilidades o tareas escolares. Por otro lado, ambos grupos de mujeres sintieron el apoyo y protección de la pareja durante el embarazo, siendo expresado en más del 70% de los casos. Los datos reflejan un mayor peso para las madres cuyo embarazo ocurrió en una etapa posterior a la adolescencia (82%), que lo reportado por las mujeres con embarazo en la adolescencia (71%).

Del total de mujeres que no convive con el padre de sus hijos/as, sólo el 16% recibe una pensión alimenticia mensual. Sin embargo, casi la mitad de las mujeres encuestadas indica recibir otro tipo de ayuda del padre, pero constituyen ayudas en especie, tales como: alimentos

Tabla 8
VARIABLES SELECCIONADAS SOBRE EL PADRE BIOLÓGICO DEL PRIMER HIJO/A DE LAS ENTREVISTADAS

Variables	Embarazo de 12 a 19 años	Embarazo con 20 y más años
Alfabetización del padre biológico de los/las hijos/as de las entrevistadas	92%	96%
Proporción de padres biológicos de los/las hijos/as de las entrevistadas, que alcanzaron la universidad	10%	37%
Edad promedio de los padres biológicos de los/las hijos/as de las entrevistadas	24 años	28 años
Apoyo con las tareas de los/las hijos/as por parte de su padre biológico	41%	26%
Ausencia de apoyo por parte del padre biológico de los/las hijos/as de las entrevistadas	20%	12%

Fuente: UDHS/PNUD en base a resultados de la encuesta.

(96%), medicinas (93%), leche o fórmula (85%), artículos de cuidado personal como jabón o aceite (84%) y pañales desechables o artículos del hogar (63%). Estos artículos son recibidos principalmente con frecuencia mensual (42%) o quincenal (21%), aunque en torno al 15% indica recibirlos semanal o diariamente.

Recuadro 10**HISTORIA DE JUAN - ENTRE LA AUSENCIA DE OPORTUNIDADES Y EL DESEO DE SUPERACIÓN**

Sus padres llegaron desde Tenares a La Ciénaga, Domingo Savio, donde él nació y ha vivido siempre. Cuando Juan tenía apenas 15 años de edad, en primero de bachillerato, dejó la escuela; tenía que trabajar para mantenerse y ayudar a su mamá, que enviudó estando él aún muy joven. “Yo comencé a trabajar zapatería, haciendo zapatos, después he trabajado en mucha cosa

tiene dinero para pagar el pasaje, dedica días completos a repartir su currículum y visitar empresas potenciales donde pudiera trabajar. Cree que muchos jóvenes se dedican a la delincuencia porque por su barrio no hay oportunidades laborales. “Si usted va a la calle que le dicen la 5, esa calle é caliente, to lo carajito de mi edad son delincuente ahora. No jallan trabajo y lo que se

En la actualidad no vive con la madre de su hija; terminaron su noviazgo. “Tuvimo una relación que duró y tuvimo una niña y al fin y al cabo agarró ella su lao y yo el mío”. Ella continuó sus estudios y ya hoy está en tercero de bachillerato; también hizo un curso de farmacia, pero tampoco está trabajando aunque ha buscado oportunidades proactivamente.

El haber tenido a su hija tan joven retrasó su estudios aún más, pero se quiere apuntar en PREPARA para estudiar los sábados y terminar el bachillerato; también quiere hacer un curso en refrigeración y ser técnico automotriz profesional en el futuro.



yo: en un restaurante, en construcción...Yo he hecho de to”.

También muy joven inició su vida sexual y fue padre por primera vez cuando tenía 19 años de edad y ella 16. Aunque no estaban usando ningún método anticonceptivo, para ellos fue una sorpresa el embarazo y a ella la sacaron de la escuela donde estaba.

Ahora mismo tiene 21 años de edad y no está trabajando, dice que está de vago, pero confiesa que él no roba, no le gusta cogerse lo ajeno. En ocasiones, cuando

tiran pa la calle”. Afirma que muchos de sus amigos son delincuentes y están presos o muertos.

Él no confía en los políticos que sólo le prometen al pueblo y se aparecen cada cuatro años. “Después de las elecciones nos abandonan, no hacen más nada”. Le encantaría ver que el alcalde recogiera la basura de su barrio e instalara un taller donde los jóvenes puedan trabajar. “Pone un tallercito para que lo jovene trabajen, hagan algo pa que no ten en la calle haciendo lo mal hecho”.

El haber tenido a su hija tan joven retrasó su estudios aún más, pero se quiere apuntar en PREPARA para estudiar los sábados y terminar el bachillerato; también quiere hacer un curso en refrigeración y ser técnico automotriz profesional en el futuro.

Todos los días visita a su hija y aporta con lo que puede a su manutención. Además, aunque la niña sólo tiene 1 año y medio de edad, semanalmente la lleva de paseo.

Recuadro 11

BRECHA ENTRE LOS GÉNEROS A LO LARGO DEL CICLO DE VIDA

El panel de brechas de género a lo largo del ciclo de vida es una selección de 14 indicadores clave que muestra las diferencias de género según las etapas (niñez y adolescencia, adultez y vejez) elaborado por el PNUD para el Informe sobre Desarrollo Humano 2016. Las dimensiones que comprenden estos indicadores son salud, educación, mercado laboral y protección social. Algunos indicadores se presentan solo para las mujeres y otros se registran como una razón hombre-mujer.

Para cada indicador, los países se categorizan en 3 grupos de tamaño similar,

según su desempeño: superior, medio e inferior. Del total de indicadores, República Dominicana presenta 35.7% en desempeño superior, 35.7% en medio y 28.6% en inferior.

En la etapa de infancia y adolescencia los indicadores con desempeño inferior son desempleo juvenil y la tasa de fecundidad en adolescentes, que afectan en mayor medida a la mujer. En la etapa de adultez también se registra una brecha importante en el indicador de desempleo total, desfavorable para la mujer.

En la etapa de la vejez, el indicador con

desempeño inferior es el relacionado con el acceso a pensión. Este último está relacionado con desigualdades de acceso a empleos de calidad y formales en etapas anteriores.

Las brechas de ciclos de vida iniciales tienen un impacto acumulativo en etapas posteriores. Las dificultades de inserción en el mercado laboral para la mujer se mantienen a lo largo del ciclo de vida, afectando las posibilidades de una vejez digna. Las brechas de género por tanto, deben ser analizadas para fines de políticas públicas a lo largo del ciclo de vida.

DIMENSIÓN	INDICADOR	RANKING
INFANCIA Y ADOLESCENCIA	Proporción entre niños y niñas al nacer (nacimientos de niños por cada nacimiento de niña)	Desempeño superior
	Tasa de desempleo juvenil (Proporción entre hombres y mujeres)	Desempeño inferior
	Tasa de fecundidad entre adolescentes (nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años)	Desempeño inferior
	Preescolar (% de la población femenina en edad preescolar)	Desempeño promedio
	Primaria (% de la población femenina en edad de cursar primaria)	Desempeño promedio
	Secundaria (% de la población femenina en edad de cursar secundaria)	Desempeño promedio
ADULTEZ	Población con al menos algún tipo de educación secundaria (Proporción entre hombres y mujeres)	Desempeño superior
	Tasa de desempleo total (Proporción entre hombres y mujeres)	Desempeño inferior
	Índice de mortalidad materna (Muertes por cada 100,000 nacidos vivos)	Desempeño promedio
	Proporción de empleo remunerado en el sector no agrícola, mujeres (% del total del empleo remunerado en el sector no agrícola)	Desempeño promedio
	Legisladoras, altas funcionarias y directivas (% del total)	Desempeño superior
	Proporción de escaños en el parlamento (% ocupados por mujeres)	Desempeño promedio
VEJEZ	Esperanza de vida a los 50 años, mujeres (años)	Desempeño superior
	Beneficiarios de la pensión por vejez (Proporción entre mujeres y hombres)	Desempeño inferior

Fuente: : Informe de Desarrollo Humano 2016: Desarrollo humano para todas las personas.

III) Vida digna y derechos

En relación a derechos a seguridad en salud, la tasa de cobertura en calidad de afiliada principal o dependiente, reporta para todos los grupos una cifra de 66%, pero, para las que se embarazaron en una etapa posterior a la adolescencia, resulta superior en 9 puntos básicos (73%) que la cobertura de las que alumbraron en la adolescencia (64%).

La implementación de la Ley de Seguridad Social No.87-01 a través del régimen subsidiado, focalizado en la población pobre, ha implicado mayor equidad, asegurando el derecho a los beneficios del Plan Básico de Salud, especialmente en las poblaciones más vulnerables. Sin embargo, el comportamiento de la tasa de aseguramiento por el ciclo de vida de los miembros de estos hogares, que es más baja en los primeros años de vida y perfila una tendencia a incrementarse a medida que aumenta la edad de las personas, es un hallazgo preocupante.

La sub-cobertura de los miembros menores de 5 años reporta una tasa de 69%, mientras que para las edades escolares y pre-adolescentes entre 6-11 años reporta 54%, pero, para los adultos mayores de 65 años, registra una brecha menor, de 17%. Se requiere incidir desde las políticas públicas para lograr una mejor sincronía, y consistencia en el acceso a los servicios de salud por los riesgos que enfrentan los ciclos de vida.

La investigación profundizó en determinar algunas características del bienestar y de limitaciones de desarrollo humano para los hijos e hijas de las mujeres investigadas. Los resultados señalan una asociación de muertes infantiles en los últimos seis años⁷⁵ con la condición de

embarazo en la adolescencia. En efecto, se registró de una diferencia de 5 puntos porcentuales entre las mujeres cuyo primer embarazo ocurrió en la adolescencia y aquellas mujeres cuyo primer embarazo fue posterior, a favor de este último grupo.

El 8% de los hijos e hijas de madres adolescentes no han sido declarados/as o han sido declarados/as, pero no tienen el acta de nacimiento, lo que dificultaría acceder a servicios sociales, especialmente a la educación para esta población en edad escolar. En los hogares de las mujeres que fueron madres en etapa posterior, no se encontraron descendientes sin documentación.

La brecha de aseguramiento de los hijos e hijas es de 58%, aunque con mayor porcentaje para la progenie de las que fueron madres en la etapa adolescente (59%), mientras que las de embarazo posterior reportan 41%. Los datos señalan que el 15% de los hijos e hijas está matriculado en el nivel preescolar y 84% en el nivel básico, con reducidas diferencias entre los grupos de mujeres por edad del primer embarazo.

La percepción de inseguridad alimentaria del conjunto familiar⁷⁶ registra un porcentaje de 80% en el grupo de mujeres con embarazo en la etapa adolescente. Aunque es una preocupación presente entre las madres de embarazo posterior, reportaron un porcentaje menor (69%).

La diferencia en la percepción entre ambos grupos de mujeres es menor cuando se cuestiona sobre la inseguridad de alimentos para los adultos del hogar, reportándose 67% en el caso de las embarazadas adolescentes y de 59% para las que se embarazaron posteriormente. La investigación reporta una mayor inseguridad alimentaria

⁷⁵ Se refiere a los seis años anteriores a la recolección de información en el marco de la investigación.

⁷⁶ La variable cuantificó la percepción de inseguridad alimentaria preguntando si a veces o frecuentemente se presenta la condición de saltar comidas o ir a dormir sin haber tomado alimentos.

en los niños y niñas percibida de las madres adolescentes, informado por la diferencia de 11 puntos con relación a los hijos/as de madres con embarazo posterior. En efecto, esta situación fue reportada por el 57% de las mujeres con embarazo en la adolescencia y por el 46% de las mujeres de embarazo posterior.

En términos de acceso a conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, y a capacitación complementaria que facilita el reconocimiento de derechos y procura mejorar las habilidades para la vida reproductiva, reporta también diferencias a favor de las mujeres que se embarazaron en una etapa posterior a la adolescencia.

El acceso a información sobre salud sexual y reproductiva y riesgos antes del embarazo, se reportó en el 48% de las entrevistadas, con diferencias importantes por edad del primer embarazo. El 57% de las mujeres con embarazo posterior a la adolescencia había logrado acceso a esta información, mientras que las que tuvieron un embarazo adolescente, lo indicaron en 46%. Igualmente, se verifica una diferencia entre los porcentajes de respuesta en el acceso a informaciones sobre enfermedades de transmisión sexual de 7 puntos, y a información sobre riesgos de embarazo en la adolescencia, con diferencia de 5 puntos. En ambos casos en detrimento en la mujer con embarazo en la adolescencia. En efecto, según nuestras estimaciones, recibir información efectiva sobre salud sexual y reproductiva pudiera reducir en alrededor de 35% la posibilidad de quedar embarazada durante la adolescencia. Estos resultados refuerzan las ganancias que pueden producir políticas que fomenten conocimientos sobre riesgos y derechos sexuales y reproductivos para prevenir el embarazo temprano.

Tras el primer embarazo, el 84% de las mujeres investigadas (ambos grupos) indica haber utilizado algún método preventivo, distribuyéndose con un porcentaje de

Tabla 9

VARIABLES DE PRIVACIONES EN VIDA DIGNA Y DERECHOS

Variables	Embarazo de 12 a 19 años	Embarazo con 20 y más años
Información sobre SSR	46%	57%
Cursos complementarios	17%	32%
Diferencia de edad de la pareja (primera unión)	8 años	6 años
Uso de métodos después del primer embarazo	86%	76%
Aseguramiento Salud Madres	64%	73%
Aseguramiento Hijos/as	59%	41%
Unión libre	50%	46%
Fecundidad	2.1	1.5

Fuente: UDHS/PNUD en base a resultados de la encuesta.

86% para las madres adolescentes y de 76% para las que tuvieron el primer embarazo posteriormente. Las mujeres en ambos grupos utilizan en mayor medida pastillas (píldoras), inyecciones anticonceptivas, con el 56% y 34%, respectivamente. El implante es el tercer método de prevención usado por el 12% de las mujeres y el condón masculino y el dispositivo intrauterino (DIU) son utilizados por menos del 6% de la población objetivo encuestada. Los restantes métodos registran porcentajes inferiores, como esterilizaciones, método del ritmo, mela-lactancia y amenorrea- o retiro, que son utilizados por menos del 2% de las mujeres encuestadas. A pesar de este alto porcentaje de uso de métodos anticonceptivos, las mujeres que tuvieron el primer embarazo en la adolescencia reportan un mayor número de hijos y espacios inter-genésicos más cortos.

Por otra parte, en relación a la reproducción posterior al primer embarazo, las madres adolescentes tienden a tener más hijos/as que las que tuvieron el primer embara-

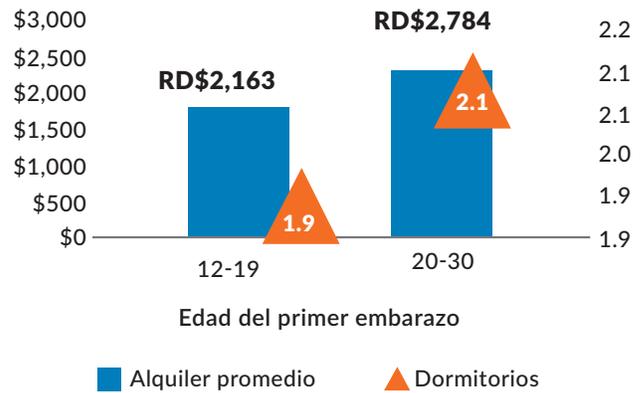
zo posteriormente. El 67% de las mujeres con embarazo adolescente tiene entre dos y tres hijos/as nacidos vivos y el 28% tiene solo un hijo. Este comportamiento reproductivo es diferente para las mujeres que se embarazaron posteriormente, de las cuales casi el 65% sólo tiene un hijo/a.

IV) Inversión social e infraestructura

Las condiciones de precariedad de las viviendas muestran una marcada diferencia cuando se categorizan los hogares por la edad en que ocurrió el primer embarazo de la joven encuestada, verificándose privaciones en las condiciones de vida que se vislumbran en mayor medida para las mujeres que tuvieron su primer embarazo durante su adolescencia. Por ejemplo, el 9% de los hogares con madres adolescentes vive en una cuartería o parte atrás, siendo la peor condición de estructuras físicas, en contraste con el 4% de aquellas en los que la mujer se embarazó por primera vez a partir de los 20 años; siento un factor detractor de progreso. Asimismo, con respecto a la condición física de las viviendas, se verifican privaciones por los altos porcentajes registrados a nivel general y que resaltan con relación a los promedios nacionales. Específicamente, las mayores diferencias entre ambos grupos se reportaron en: i) las paredes de madera, tejamanil o desechos (registrado en el 38% de hogares con embarazos en la adolescencia y en el 25% de hogares con jóvenes que se embarazaron después de la adolescencia y con una diferencia entre ambos grupos de 13 puntos) y ii) en el índice de hacinamiento extremo (5 miembros o más por dormitorio) presente en el 9.3% de los hogares con embarazos en adolescentes y 2.8% en los hogares cuando el evento se efectuó en una etapa posterior a la

Gráfico 33

CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS DE LA VIVIENDA POR EDAD DEL PRIMER EMBARAZO



Fuente: UDHS/PNUD en base a resultados de la encuesta.

adolescencia), con una diferencia de 12 puntos entre ambos grupos.

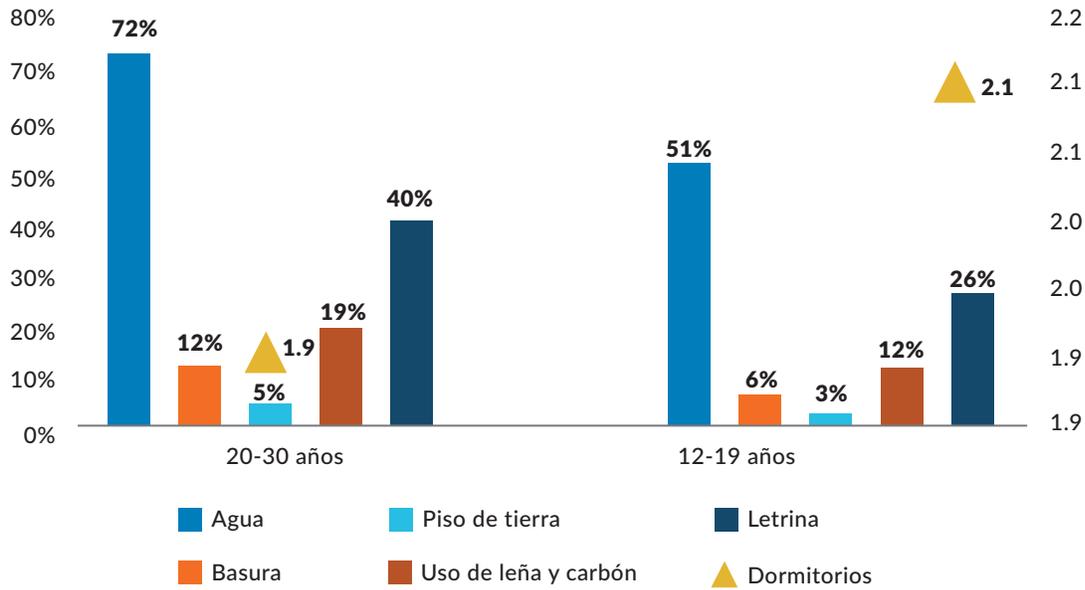
Una variable que confirma las precariedades en las condiciones de las viviendas es la reducida valoración monetaria que tienen los jefes de hogar en relación al alquiler imputado⁷⁷. Los resultados de esta investigación reportan que el costo de alquiler es 29% más alto para las viviendas de mujeres que se embarazaron por vez primera entre los 20 y 30 años, en comparación con el grupo de mujeres cuyo primer embarazo ocurrió en la etapa adolescente.

El acceso a servicios básicos muestra mayores carencias en los hogares donde habitan las madres con embarazo temprano, con mayores limitaciones en la provisión de agua potable con diferencia de 21 puntos; utilización de letrina para disposición de excretas con 14 puntos; necesidad de recolección de basura con 6 puntos; y en el uso de leña y carbón para cocinar de 7 puntos básicos.

⁷⁷ La encuesta recolectó información sobre el valor de alquiler de las viviendas propias, con la valoración monetaria reportada por el mismo hogar.

Gráfico 34

DIFERENCIAS EN PRIVACIONES DE INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS BÁSICOS POR EDAD DEL PRIMER EMBARAZO



Todas las barras corresponden a porcentajes con excepción de la categoría de dormitorios que corresponde al promedio de espacios para dormir.

Fuente: UDHS/PNUD en base a resultados de la encuesta.

Igualmente, importante en términos de privación, el piso de tierra registra un 2% para los hogares de las mujeres con embarazo posterior a la adolescencia, y 6% para el grupo de las que fueron madres en la adolescencia. Aunque la diferencia entre ambos grupos es de solo 4 puntos, la condición de pisos de tierra cuando se combina con dificultades en la provisión de agua, amplifica problemas de morbilidad, afectando a niños/as menores de 5 años. Además, este factor, puede tener un mayor impacto en los hogares de las que fueron madres en la adolescencia, por la mayor cantidad de hijos/as. Si a esto le sumamos la percepción de inseguridad alimentaria,

que fue mayor en los hogares de mujeres con embarazos en la adolescencia, se identifican retos aún mayores en términos de calidad de vida.

En el acceso a equipamiento, como indicador de activos, se verifican diferencias con desventaja para los hogares donde habitan las mujeres que tuvieron su primer embarazo en la adolescencia, sin importar si son “modernos”⁷⁸, o “básicos”. La mayor diferencia se observa en la tenencia de nevera con 17 puntos y computador con 7 puntos, respectivamente, a favor de las mujeres de embarazo posterior.

⁷⁸ Clasificación de los activos y equipamiento del hogar en “modernos” el computador personal, vehículos y aire acondicionado; y básicos, lavadora, televisor, nevera y estufa. Esta categorización ha sido utilizada en el Mapa Nacional de Pobreza 2014 del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo y por el Sistema Único de Beneficiarios para la focalización de la pobreza.

Recuadro 12

CAMBIOS EN LOS NIVELES DE POBREZA SEGÚN LA EDAD DEL PRIMER EMBARAZO

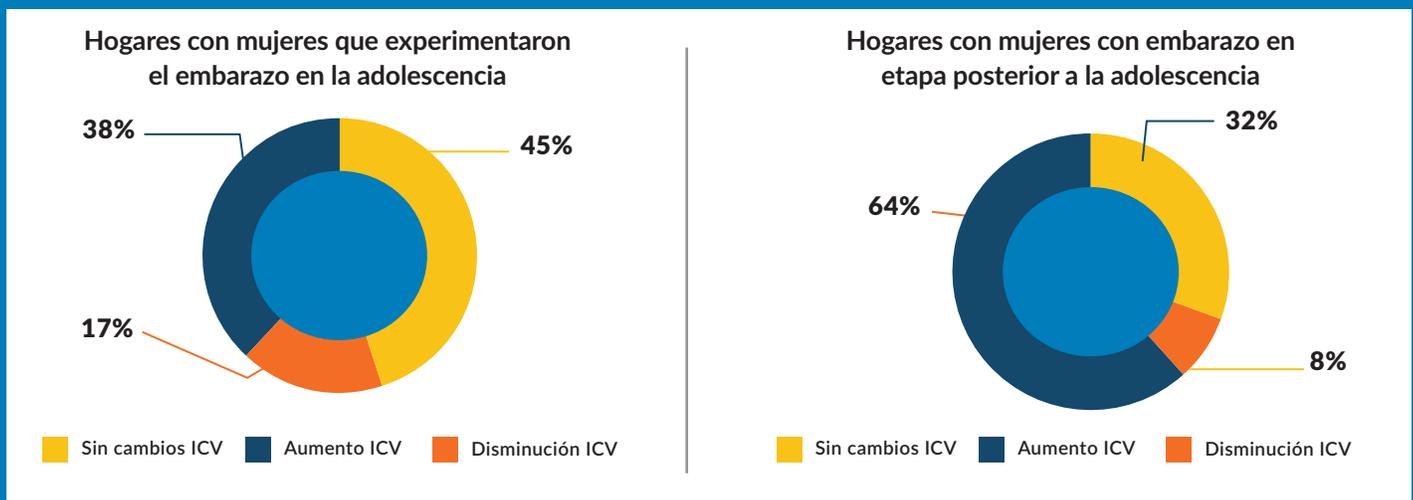
El Índice de Calidad de Vida (ICV) es una medida que sintetiza la pobreza del hogar a través de una metodología de tipo *proxy means test* que utiliza métodos estadísticos de análisis multivariados. Esta medida define la pobreza en un espacio multidimensional, mediante un conjunto de variables sociales, económicas, demográficas y de vulnerabilidad social previamente seleccionadas. En República Dominicana fue desarrollado por un trabajo conjunto entre el Ministerio de Eco-

nomía, Planificación y Desarrollo y el Sistema Único de Beneficiarios. El ICV complementa las métricas de pobreza monetaria y se utiliza como mecanismo de focalización para programas sociales.

Los hogares estudiados en el marco de este Informe se encuentran registrados en la base de datos del SIUBEN y por tanto categorizados según su ICV. Las variables que conforman este índice fueron incluidas en la encuesta sobre el embarazo adolescente, lo

que permitió calcular el nivel actual de condición de vida de estos hogares.

Al comparar estos resultados con la situación de estos mismos hogares en 2011 (última actualización del SIUBEN) se analizan las transiciones (o cambios) en los niveles de pobreza de hogares de las encuestadas. Al desagregar la información por la edad de su primer embarazo, se destacan los siguientes resultados:



- El 17% de hogares con mujeres con embarazo en la adolescencia experimentó una disminución del ICV en el periodo 2011-2017. Esta cifra se disminuye al 8% en el caso de aquellas que postergaron su primer embarazo a una etapa posterior.
- Con relación al 2011, el 38% de los hogares con embarazo en la adolescencia experimentaron un incremento en su nivel de calidad de vida. No obstante, para los hogares que postergaron su primer embarazo se evidencian mejoras en su ICV que casi duplican (64%) la de los hogares con embarazo en la adolescencia.

- El 45% de los hogares con mujeres con embarazo en la adolescencia no experimentó ningún cambio en sus niveles de calidad de vida al comparar su situación entre el 2011 y el 2017; esta cifra se reduce a 32% en el caso de aquellas cuyo primer embarazo fue posterior a la adolescencia.

Si bien los cambios en los niveles de pobreza de hogares investigados en este Informe no son atribuibles exclusivamente al embarazo en la adolescencia y sus repercusiones, el análisis sugiere la presencia de una correlación negativa entre este evento y el nivel de pobreza. La exploración de esta correlación y su interacción con otras variables relevantes

se constituye en un espacio de investigación que puede abrir nuevos caminos en el diseño e implementación de políticas multidimensionales de prevención (ex ante) y atención (ex post).

En conclusión, se puede indicar que con el paso del tiempo el ritmo de mejora de las condiciones de vida de los hogares se reduce debido el embarazo adolescente. Asimismo, estos resultados validan el planteamiento del Informe sobre el alto costo de oportunidad a futuro que representa la maternidad temprana no solo para ellas, sino para el hogar en su conjunto.

Estos resultados señalan una menor capacidad de acumular activos en los hogares en donde hubo embarazo adolescente, limitando las capacidades de hacer frente a choques adversos – económicos, sociales, climáticos

etc. -que impactan los hogares. Los activos financieros o no financieros pueden jugar un rol importante ante la ocurrencia de un evento inesperado, sirviendo como colchón o amortiguador de sus efectos en los hogares.

Principales resultados del enfoque cuantitativo

Educación, acceso a salud sexual y reproductiva y acceso a TICs

Las mujeres que postergaron su primer embarazo hasta los veinte años o más han logrado alcanzar el nivel universitario en mayor proporción (73%) que aquellas que se embarazaron en la adolescencia (34%).

Los datos revelan que por cada año de escolaridad que logre la mujer, su ingreso incrementa un 7%. La mujer que se embaraza en la adolescencia y cuyo nivel de escolaridad es bajo, percibe en promedio un menor nivel de ingreso que aquella que lo posterga más allá de la adolescencia.

Las mujeres matriculadas en escuelas públicas tienen una probabilidad siete veces mayor de quedar embarazadas, en comparación con las matriculadas en otros centros educativos.

Cuando la pareja de la adolescente alcanza el nivel educativo universitario, se reduce en 75% la posibilidad de ocurrencia del embarazo adolescente.

La evidencia recabada demuestra que la entrega de información sobre salud sexual y reproductiva puede reducir en alrededor de un 35% la posibilidad de quedar embarazada durante la adolescencia.

El acceso a tecnología de la información (TIC), aproximada por la posesión de celular, una computadora o acceso a internet, tiene una relación inversa con la probabilidad de embarazo adolescente.

Ingresos, mercado laboral

El ingreso de los hogares en donde no se registra embarazo en la adolescencia es 51% superior al de los hogares en donde alguna mujer fue madre en la adolescencia.

La mujer que se embarazó en la adolescencia, debido en mayor medida a su tendencia a realizar labores informales, tiene una mayor probabilidad de carecer de beneficios laborales tales como seguro de salud, planes de pensión y seguro de vida, en comparación con aquellas cuyo primer embarazo fue posterior.

La evidencia señala que el mercado laboral discrimina en contra de la mujer. Sin desagregar de la edad del primer embarazo, las mujeres entre 20 y 30 años encuestadas perciben un ingreso 84% menor que el de los hombres.

Fecundidad, uniones tempranas y mortalidad infantil

Las madres adolescentes tienden a procrear más hijos e hijas que aquellas cuyo primer embarazo fue posterior a esa etapa. El 67% de las entrevistadas que se embarazó en la adolescencia, tiene entre 2 y 3 hijos en promedio. Este comportamiento reproductivo es diferente para las mujeres que se embarazaron posteriormente, de las cuales casi dos terceras partes solo tiene un hijo o hija.

Mientras más joven inicia la unión la adolescente, mayor es la probabilidad de que ocurra un embarazo durante esta etapa.

A mayor diferencia de edad entre la adolescente y su pareja al momento de la unión, mayor es la probabilidad de que ocurra un embarazo. De hecho, por cada año que se incrementa a la diferencia de edad con relación a su pareja, se registra un aumento de 8% en la posibilidad de ocurra el evento.

A mayor edad de la primera unión de la madre, menor es la probabilidad que tiene la hija de embarazarse en la adolescencia. A mayor edad durante el primer embarazo de la madre, menor es la probabilidad que tiene la hija de embarazarse en la adolescencia.

El 7% de las mujeres que han sido madres en la adolescencia reporta el fallecimiento de un hijo o hija en los últimos seis años. Este porcentaje se reduce a 2%, en el caso de las mujeres que se embarazaron posteriormente.

Consecuencias para los niños y niñas

Entre los niños menores de 0-5 años la brecha de aseguramiento en salud es mayor: 70% carecen de seguro en hogares con algún embarazo en la adolescencia, frente a 50% en los hogares donde no se registró ese evento.

Más de la mitad de las mujeres entrevistadas afirmó que los niños/as en su hogar han saltado una comida en el último mes. Los hogares de las mujeres que fueron madres en la adolescencia muestran los mayores niveles de inseguridad alimentaria, tanto de niños y niñas como de adultos.

El 11% de los niños y niñas de 0-5 años, residentes en hogares en donde se registró algún embarazo en la adolescencia, carecen de acta de nacimiento o no fueron declarados/as. Esto contrasta con el 4% con la misma condición residentes en los hogares en donde no se registró ese evento.

Padres biológicos de los hijos/as de las mujeres entrevistadas

Solo el 11% de las parejas de las mujeres con embarazo en la adolescencia alcanzaron el nivel universitario, lo que contrasta con el 38% de las parejas de mujeres que postergaron su primer embarazo.

El 17% de las madres adolescentes fue abandonada por el padre biológico de su primer hijo/a luego de su nacimiento; esto contrasta con el 11% reportado por mujeres que no fueron madres en la adolescencia.

Los padres ayudan poco a los hijos con sus tareas. Sólo el 38% de las mujeres declara que el padre biológico ayuda con las tareas de la escuela. Un dato que resalta es que las madres con embarazo adolescente indican en un mayor porcentaje (41%) que las madres no adolescentes (26%) que el padre brinda ese apoyo con sus hijos. Esta diferencia es significativa.

Discriminación y abuso

Durante su primer embarazo, el 16% de las madres adolescentes fue objeto de maltrato físico o verbal; en el caso de aquellas mujeres cuyo primer embarazo fue posterior el porcentaje se reduce a un 8%.

El 12% de las mujeres entrevistadas reportó que su padre maltrataba física o verbalmente a su madre.

Planes de vida

Las mujeres que se embarazaron en etapa posterior a la adolescencia, reportan mayores porcentajes en todas las opciones de planes de vida, lo que sugiere que tienen mayor claridad en definir sus perspectivas, a lo que puede contribuir el mayor nivel de instrucción y de acceso a tecnologías.

La mayoría de ambos grupos de mujeres no piensa que crecer en un entorno diferente, caracterizado con más oportunidades y menos violencia, hubiese influido sobre la posibilidad de embarazarse.

Vivienda y hogar

Las privaciones en los servicios básicos son más notorias en los hogares donde habitan mujeres con embarazo temprano. En todas las categorías (paredes, techo, piso, fuente de agua, combustible para cocinar, servicio sanitario, recolección de basura, hacinamiento) estos hogares presentan mayores niveles de carencias, en comparación con aquellos en donde residen las mujeres que se embarazaron en una etapa posterior.

En cuanto al acceso a equipamiento como indicador de activos, se verifican diferencias con desventaja para los hogares donde habitan las mujeres que tuvieron su primer embarazo en la adolescencia, sin importar si son "modernos", o "básicos".

Conclusiones

La investigación demuestra que las mujeres que se embarazaron durante la adolescencia tienen menos oportunidades de acceso a tecnologías, a posesión de celular y tenencia de computadores, y una participación laboral más precaria, caracterizada por el desarrollo de trabajos por cuenta propia y como servicio doméstico remunerado. Al mismo tiempo, persiste un cumplimiento de roles tradicionales a nivel familiar durante el embarazo y posteriormente dentro del hogar en ambos grupos de mujeres, que determina el no continuar con los estudios.

Los hogares en donde hubo embarazo adolescente reflejan brechas de provisión de servicios básicos de suma importancia, como el acceso a agua potable para uso doméstico, materiales carenciados en las viviendas como pisos de tierra que predisponen a riesgos de salud, y especialmente en estas condiciones donde se percibe inseguridad de alimentos en niños y niñas. A pesar de que, con el desarrollo de intervenciones nacionales de mejora de las estructuras físicas de estos entornos y ordenamiento territorial, que de igual modo impactaría los dos grupos de mujeres, se requiere expandir el acceso a aseguramiento en salud para acceder a los programas del Plan Básico de Salud con interés de proteger de forma integral estas poblaciones en ciclos de vida de mayor riesgo, complementando a las inversiones en mejorar infraestructuras.

También se registran diferencias importantes entre ambos grupos (embarazo en la adolescencia versus embarazo a partir de los 20 años o más) en términos de aseguramiento, de planes de vida, de acceso a servicios, y de manera significativa en limitaciones para sus hijos/as (en términos de documentación, acceso a la escuela, entre otros).

Entre los principales factores que se identifican para evitar el embarazo en las adolescentes se destaca la permanencia en la educación combinado con el acceso a conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, que contribuye al reconocimiento de los riesgos que implica el embarazo a temprana edad. Desde el enfoque de desarrollo humano, el acceso a conocimiento, a servicios sociales, tienen impacto en reducción de la pobreza y expandir las oportunidades en la medida en que el conocimiento es apropiado y transforma realidades a favor del empoderamiento y las libertades. Por estas razones se requiere además de la expansión de cobertura de los servicios sociales, invertir en una oferta educativa de calidad, de salud y de protección social que promueva igualdad de derechos y la apropiación de los conocimientos para el empoderamiento y autoestima. Esto, contribuiría a que las adolescentes tomen las decisiones con autonomía y contar con habilidades y la agencia para prevenir la ocurrencia del evento en la adolescencia.

Los modelos econométricos y pruebas estadísticas aplicados en el marco de la investigación, reflejan que el embarazo adolescente incide en los logros educativos y posibilidades de mejor escolarización. En esencia, se demuestra que el embarazo adolescente disminuye las posibilidades que tiene la mujer de insertarse en el mercado laboral a obtener ingresos, reduciendo las posibilidades de percibir un mejor nivel de ingreso per cápita en el hogar, consistente con las peores condiciones de vida en los hogares con presencia de mujeres con embarazo adolescente.

Los datos revelan que el retorno de la educación es de 7.3% más alto por cada año de escolaridad que logra la mujer. Ese resultado sugiere que si la mujer que se embarazó durante la adolescencia alcanza un menor nivel de escolaridad que la que se embarazó a una edad posterior,

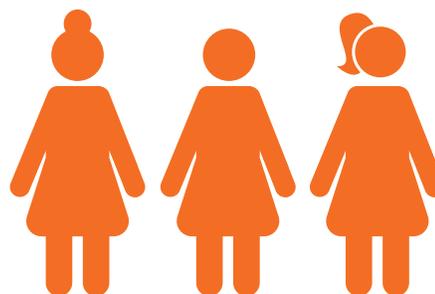
habría una tendencia a que esa mujer con embarazo adolescente perciba un menor nivel de ingreso a lo largo de su vida.

Sin embargo, los ingresos percibidos por las mujeres en el mercado de trabajo no son afectados por la condición de embarazo; las oportunidades de ingreso de ambos grupos de mujeres son similares. Al insertarse en el mercado laboral, se demuestra que no se discrimina entre esos dos grupos de mujeres, pues ambas reciben al desarrollar actividades productivas -en términos estadísticos- el mismo nivel de ingreso.

Al correlacionar la escolaridad y el nivel de ingreso alcanzado para los hombres y mujeres ocupados para en ambos grupos, se verifica que, en comparación con su contraparte masculina, las mujeres en ambos grupos, perciben un 84% menos de ingreso. Estos resultados permiten evidenciar que el mercado laboral discrimina en contra de la mujer sin importar la etapa en la que ocurra el embarazo, por brechas históricas de la división sexual del trabajo y patrones de comportamiento asociados al patriarcado, al machismo y a un esquema diferenciador por género de las oportunidades de ingreso, que se amplifica en actividades característicamente informales.

Todos estos resultados demuestran que el costo de oportunidad del embarazo en la adolescencia, en el contexto de pobreza, es muy alto. En un momento del ciclo de vida que debe estar enfocado en el desarrollo de capacidades de cara a la adultez, para las jóvenes que experimentan el embarazo en la adolescencia se caracteriza más bien por la adopción de responsabilidades que sobrepasan sus niveles de madurez y preparación. Sin embargo, las consecuencias de este evento y lo que ello acarrea no son irreversibles. La aplicación de políticas que les permitan a las mujeres acumular capacidades y habilidades,

EN COMPARACIÓN CON LOS HOMBRES LAS MUJERES PERCIBEN UN



-84%
DE INGRESOS

antes y después de convertirse en madres, debe ser parte intrínseca de las políticas que se desarrollen para abordar el embarazo adolescente.

Igualar las condiciones de vida y las oportunidades entre los dos grupos, sería un logro importante para la República Dominicana, por la alta prevalencia de este evento y sus repercusiones que se expresan en la ruptura de la cadena de generación de capacidades para el desarrollo humano. Sin embargo, este avance en términos de equidad a nivel horizontal (entre mujeres igualmente pobres), no constituye de por sí automáticamente un logro en términos de desarrollo humano sostenible. Para este objetivo, luego de eliminar estas diferencias de oportunidades



se necesita transformar patrones de comportamiento que resultan en limitaciones de derechos de las adolescentes, como es la predisposición a realizar labores domésticas luego del embarazo, inequidades de poder por la reducida capacidad de agencia y la violencia de pareja íntima e intrafamiliar que se manifiestan tanto en la esfera privada como a nivel de la comunidad.

entre los grupos de mujeres investigados, se requiere además implementar medidas de equidad a nivel vertical, para que estas mujeres logran iguales oportunidades que el resto de mujeres. Es un desafío importante para la política pública promover la ruptura de patrones que inciden en determinar las brechas de igualdad para to-

das las mujeres por igual, la doble discriminación en el mercado laboral por ser mujer y ser joven, en los retornos laborales para cerrar la brecha salarial por sexo, aun cuando las mujeres logran mayor nivel educativo que los hombres, esto en el caso de la esfera pública.

CAPÍTULO 3

PERSPECTIVAS Y ASPIRACIONES: NARRANDO HISTORIAS

Introducción

CON EL OBJETIVO de caracterizar y profundizar sobre los impactos del embarazo adolescente y sus limitaciones en las opciones de futuro desde la perspectiva de las/los adolescentes, y, con el interés de complementar el capítulo anterior, se realizaron entrevistas semiestructuradas a madres adolescentes. En este caso no se hace la comparación entre mujeres con embarazo en la adolescencia y aquellas que lo postergaron para una edad posterior. El enfoque es exclusivo en adolescentes madres.

Las dimensiones analizadas en dichas entrevistas comprendieron varios aspectos, tales como: i) causas del embarazo, ii) acceso a información y educación sobre salud sexual y reproductiva, iii) acceso a educación y trabajo, iv) impactos del embarazo en otras esferas de la vida de las jóvenes, v) discriminación y violencia de género, vi) corresponsabilidad de los padres biológicos de los hijos/as en la crianza, vii) oportunidades de desarrollo, planes de vida y expectativas de futuro.⁷⁹

Igualmente, se entrevistaron a jóvenes (padres adolescentes), para también conocer sus perspectivas de vida, identificar la asunción de responsabilidades paternas en términos económicos, sociales, de protección y apoyo en la crianza de las/los hijas/os. Además, se entrevistaron a actores claves en la comunidad, como directores de escuelas, personal médico de las UNAPs, y actores de la sociedad civil en el terreno.

Tal como indica el IRDH 2016, “las percepciones de las personas redefinen el problema público, en la medida en que brindan información que permite entender de mejor manera el entorno, la situación y la cultura en que un

INFORMACIÓN GENERAL DE LA POBLACIÓN OBJETIVO:

- País: República Dominicana.
- Área de residencia (urbano/rural): rural.

Áreas visitadas:

- La Ciénaga, Barahona.
- Estebanía, Azua.
- Maimón, Monseñor Nouel.
- Domingo Savio (Los Guandules, Guachupita y la Ciénaga).

Entrevistas realizadas:

- Adolescentes embarazadas: 21
- Padres biológicos: 12
- Actores claves: 3
- Cantidad total de entrevistas realizadas: 36

determinado problema se desarrolla”. Asimismo, la forma en que las personas construyen y entienden su realidad y así lo expresan, ofrece información desde su contexto, capturando elementos y dimensiones que no necesariamente se recopilan con encuestas o se expresan con indicadores.

En este capítulo, entonces, se abordan dinámicas que inciden en el desarrollo humano de las jóvenes y su entorno, recontada por ellas mismas y quienes conforman su círculo de acción, arrojando información valiosa sobre cómo la ocurrencia del embarazo adolescente incide en sus vidas. Como veremos, en las historias de vida de las

⁷⁹ Los principales hallazgos de estas entrevistas cualitativas se encuentran detallados en este documento, de acuerdo a las referidas dimensiones. Las citas son reales; se han modificado los nombres para respetar la confidencialidad ofrecida a las personas entrevistadas.

personas entrevistadas las 7 dimensiones analizadas tienen elementos coincidentes con las 4 áreas de privaciones exploradas en el marco de la investigación; Infraestructura y servicios básicos, Capacidades, Vida Digna y Derechos, y Empoderamiento y Agencia.

Consideraciones metodológicas

El uso de la historia de vida, como técnica cualitativa de investigación social, fue escogida por su efectividad en aportar información más detallada del proceso de interacción a nivel familiar, con la pareja, para entender mejor las causas y consecuencias del embarazo en la adolescencia. Asimismo, las historias de vida permiten capturar las dimensiones ausentes o faltantes necesarias para esa aproximación a los costos de oportunidad que persigue el informe.

Por la riqueza expositiva de estas entrevistas, se pueden hilvanar los elementos que pudieron entretejer la situación de vida que predispuso a la ocurrencia de los embarazos, y las dimensiones en la vida de las y los adolescentes en las que tuvo un impacto mayor.

De igual modo, esta técnica permite identificar experiencias distintas en términos de la resiliencia frente al evento, los elementos que pudieron ser utilizados para mitigar los impactos, y cómo desde la perspectiva de la misma adolescente pueden identificarse puntos de auto reflexión de cómo hubiera sido su vida, de haberse evitado. Finalmente, estas historias de vida permiten abordar la persistencia de patrones culturales, los que pueden incidir en la evolución del fenómeno, para entender en los

contextos donde ocurre y las variables que habría que transformar para delimitar líneas prioritarias de política.

Se aplicaron 36 entrevistas en las comunidades donde se aplicó la encuesta cuantitativa. Esta muestra no aleatoria, se distribuyó de la siguiente manera: a 21 adolescentes que tuvieron embarazo entre los 14 y 19 años, a 12 jóvenes varones que fueron padres biológicos en la adolescencia, y a 3 actores claves, 2 del sector salud y 1 del sector educación.

Los criterios de selección fueron:

- Madres/ padres en la adolescencia
- En edades jóvenes
- Aceptación de participar en la investigación, con su consentimiento
- Habitar en zonas seleccionadas para la investigación

Los resultados del análisis de las entrevistas⁸⁰ se integraron a través de la identificación de patrones comunes en los testimonios, en adición se seleccionaron y categorizaron las informaciones de acuerdo a las 7 dimensiones de estudio.

¿Qué nos dicen las/los adolescentes?:

Principales hallazgos

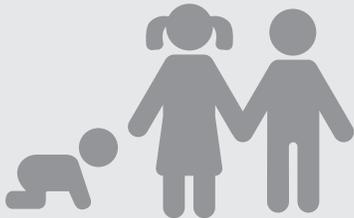
Principales causas del embarazo en adolescentes.

Al esbozar las causas de ocurrencia del embarazo en la adolescencia, se resaltan las diferentes aristas del problema, desde la valoración y percepciones de las adolescentes en el recuento de su vida, al momento en que ocurrió este evento (Ver diagrama 2).

⁸⁰ Las entrevistas tuvieron una duración entre 2 y 4 horas, con previa identificación en las viviendas donde se habían realizado las encuestas del estudio cuantitativo. Para aplicar las entrevistas, se elaboró una guía semi-estructurada, para lograr el objetivo del estudio. Se respetó el estilo de lenguaje de las y los adolescentes entrevistados para evitar distorsiones en las consideraciones expresadas, manteniéndose de forma genuina los textos.

Diagrama 1

BRECHA ENTRE LOS GÉNEROS A LO LARGO DEL CICLO DE VIDA EN REPÚBLICA DOMINICANA: COMPARACIÓN CON PAÍSES E INDICADORES SELECCIONADOS



INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Las tasas brutas de matriculación femenina en República Dominicana, tanto en primaria como secundaria, son inferiores a las registradas en Costa Rica, Colombia y los países de Desarrollo Humano Alto.

Las jóvenes entre 15 y 24 años tienen una probabilidad 40% superior de estar desempleadas en comparación con los jóvenes.

Los nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años alcanzan una tasa de 97.9, superando la tasa de países como El Salvador, Colombia y Costa Rica.

Menos del 50% de la población femenina en preescolar tiene la edad oficial para cursar ese nivel. Esta cifra asciende al 74% en el caso de los países de Desarrollo Humano Alto, grupo al que el país pertenece.



ADULTEZ

El 49% de las mujeres tiene un trabajo remunerado en los sectores industriales y de servicio, cifra que supera el promedio de los países de Desarrollo Humano Alto.

Más mujeres alcanzan la secundaria en comparación a los hombres, superando a El Salvador, Colombia y los países de Desarrollo Humano Alto.

A pesar de que República Dominicana tiene una mayor proporción de mujeres en puestos de dirección, la proporción de mujeres en las cámaras legislativas es inferior a la exhibida por El Salvador, Colombia, Costa Rica y los países del grupo de Desarrollo Humano Alto.

Por cada 100 mil nacidos vivos fallecen 92 mujeres en el país. Esto contrasta con las 54 muertes registradas en El Salvador, las 25 en Costa Rica, las 64 en Colombia y las 36 en el grupo de Desarrollo Humano Alto.

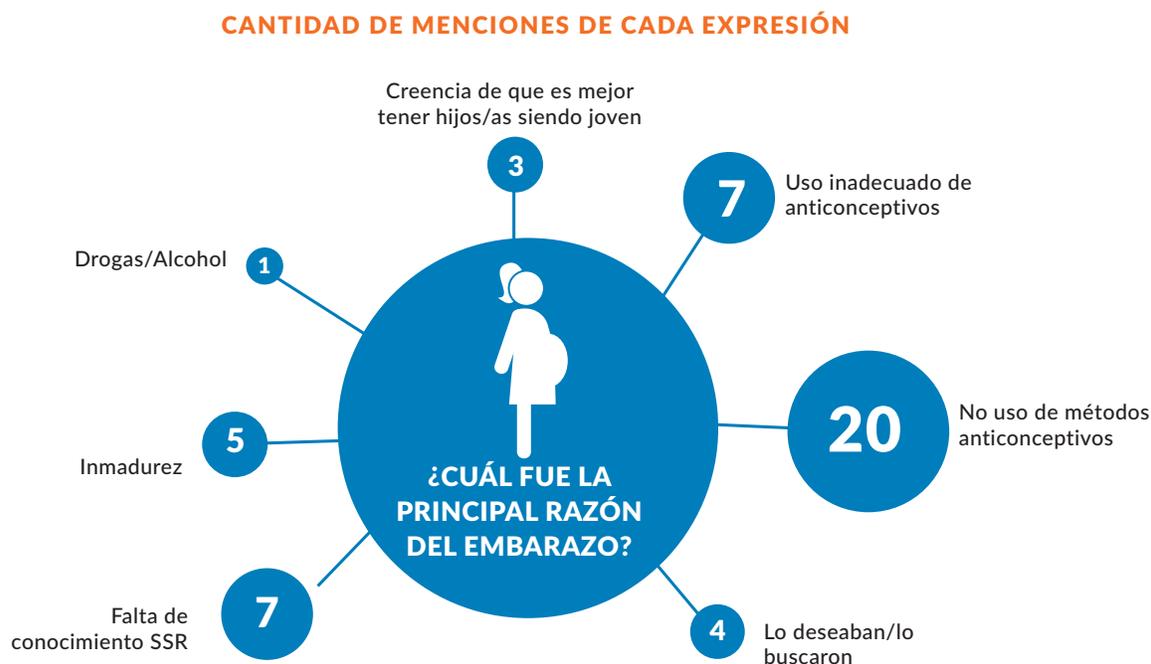
La tasa de desempleo en las mujeres es 1.5 veces superior a la de los hombres, cifra que duplica los resultados del grupo de Desarrollo Humano Alto.



VEJEZ

De llegar a los 50 años la mujer dominicana puede vivir en promedio 31 años más. Esta cifra supera el promedio del grupo de desarrollo humano alto.

La probabilidad de que una adulta mayor tenga una pensión es de apenas 38% en comparación con la probabilidad de los hombres.

Diagrama 2**PRINCIPALES CAUSAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE**

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los resultados de la investigación cualitativa para este informe.

Las/los adolescentes de este grupo entrevistado reconocen haber recibido información sobre salud sexual y reproductiva y saber que existen métodos anticonceptivos. Sin embargo, en las entrevistas se evidencia el uso inadecuado de anticonceptivos o la no utilización de métodos. Asimismo, se reporta el mal uso de métodos de planificación familiar como causas directas del embarazo, lo que sugiere que es necesario adoptar estrategias para mejorar el uso de dichos métodos en las y los adolescentes.

Por otro lado, algunas menciones reflejan patrones culturales presentes en el entorno familiar y de la pareja, valorando el embarazo como medio de realización personal. Se reportan expresiones como “yo lo deseaba”, “yo

“Yo no me estaba cuidando bien. Se me olvidó la pastilla dos veces seguido”. **Martina**

“Se me olvidó la pastilla” - **Esmeralda**

“Se había venció la inyección” - **Rosanna**

“Yo me ponía condome y un día no me puse”
- **Juan Carlos**

lo busqué”, y la creencia de que “es mejor tener los hijos siendo joven”, evidenciando las diferencias de perspectivas en relación a la ocurrencia del evento, a pesar de ocurrir en la adolescencia. Evidentemente esto es reflejo de contextos culturales y sociales, donde se promueve una elevación del rol de la maternidad como sinónimo

Recuadro 13

HISTORIA DE ESMERALDA - ENFRENTANDO LA DISCRIMINACIÓN POR EL EMBARAZO

Con 20 años de edad actualmente, Esmeralda ya tiene dos hijos. Viven en Maimón. Tuvo su primer embarazo a los 17 años. No quería que sucediera tan pronto, pero admite que, aunque recibió educación sexual, estaba teniendo relaciones sin protección: “Yo no me estaba cuidando bien. Se me olvidó la pastilla dos veces seguido”. Su pareja la culpó del embarazo y no quería a la niña; le dijo que él no podía tener más hijos, que él ya tenía un hijo varón de una

relación anterior y tenía un préstamo bancario y no podía asumir más responsabilidades. No quiso estar más con ella y terminó el noviazgo; apenas recientemente conoció a la niña. Ella decidió seguir adelante y empezó a trabajar en una cafetería; no procuró pensión ni manutención, ni le pidió que se hiciera cargo de nada. Su madre la ayudó financieramente a cubrir los gastos médicos; su padre nunca ha estado con ellas ni las ha apoyado en nada. Con el embarazo adelan-

tado, su jefa la sacó del trabajo porque tenía miedo de que se cayera y tener que cubrir esos gastos.

Recibió repudio de su comunidad. “Siempre te viven mirando mal y me decían que yo arruiné mi futuro”. También su familia le hizo el comentario de que el embarazo adolescente “daña el futuro” y una tía todavía le reprocha con frecuencia el haber tenido hijos tan joven.

Pudo terminar su bachillerato e iniciar la

Recibió repudio de su comunidad. “Siempre te viven mirando mal y me decían que yo arruiné mi futuro”. También su familia le hizo el comentario de que el embarazo adolescente “daña el futuro” y una tía todavía le reprocha con frecuencia el haber tenido hijos tan joven.



universidad, pero hace apenas unos meses tuvo otro bebé, un varón, de padre distinto a su primera hija, con quien mantiene una relación estable. Al quedar embarazada dejó de estudiar de nuevo y ahora está a la espera de una beca para estudiar Mercadeo en la universidad. Ha realizado cursos en la Cooperativa, donde aprendió temas variados, desde auditoría hasta etiqueta y protocolo, y otros de inglés, de computadora y secretariado, en INFOTEP.

Tiene dos meses trabajando de nuevo en la cafetería, 6 días a la semana, de 8am a 5pm, donde gana apenas RD\$2 mil pesos al mes

que no le alcanzan para mucho. Su mamá le ofrece ayuda cuidando a los niños para que ella trabaje y estudie. Su pareja actual, que trabaja en un liquor store, en una línea de préstamo, y pescando con su padrastro, se hace cargo, en ciertas ocasiones, del bebé más pequeño, sobre todo si ella está muy ocupada. “El a veces se queda con él, lo baña”. Con la niña más grande, que no es suya biológicamente, también la cuida: “Él tá criando a mi niña, él le habla, juega con ella, y la saca los domingos, la lleva al club”. Sin embargo, no realiza oficios del hogar (no limpia, no cocina, no plancha...).

Aprendió mucho del sacrificio que implica tener hijos. “Aprendí a dejar de usar muchas cosas, para dárselo todo a ellos dos”. Su situación económica actual es precaria. Desearía contar con alguien que les ayude o un centro especializado para que le cuiden sus hijos y ella poder estudiar y trabajar tranquila. Sueña con terminar sus estudios universitarios, irse fuera del país para conseguir un buen trabajo, hacer su propia casa y la de su mamá, y darle buena educación a sus hijos para que sean mejores personas y tengan un buen futuro. “Yo lo que quiero es trabajar, trabajar, trabajar”.

Fuente: Historia de vida elaborada a partir de entrevistas a profundidad. Se utilizan seudónimos para proteger la identidad de las entrevistadas.

de realización personal de las mujeres, y de logros de un mejor estatus familiar y social. En efecto, en escenarios de privaciones en las condiciones de vida, sobre todo en entornos rurales, el embarazo es considerado una meta dentro del proyecto de vida.

Otras menciones se asocian a la falta de información sobre salud sexual y reproductiva y conocimiento de los riesgos que implica el embarazo en la adolescencia. De hecho, entre las entrevistadas se reconoció la falta de madurez y de conocimiento sobre riesgos y consecuencias de tener relaciones sexuales sin protección. Sólo una minoría de las entrevistadas expresó que la razón detrás de su embarazo adolescente estaba relacionada a algún episodio de ingesta de alcohol, que la llevó a tener relaciones sexuales sin protección.

Asimismo, la persistencia de las uniones tempranas, o el noviazgo estable, incide en la predisposición del primer embarazo, ya que algunas adolescentes indicaron no haber usado algún método de anticoncepción o protección en sus relaciones sexuales, por entender que no lo necesitaban al tener una relación estable y de confianza con su pareja.

Acceso a información sobre salud sexual y reproductiva

En lo que respecta al acceso a información o educación sobre salud sexual y reproductiva, la mayoría de las adolescentes dice haber recibido algún tipo de información o educación sobre salud sexual y reproductiva, pero indican que existe una gran carencia en la calidad, profundidad y frecuencia en la oferta de dicha información. Por otra parte, se observa que en estos entornos – a pesar de la disponibilidad de métodos de planificación y charlas

gratuitas desde los centros de atención primaria - existen debilidades en el aprendizaje y utilización efectiva de anticonceptivos por parte de los jóvenes.

Se identifican en las relaciones íntimas reducidos conocimientos de riesgos de embarazo, al igual que un bajo empoderamiento de las mujeres frente a sus parejas, lo que resta poder de decisión frente al uso de anticonceptivos, que podría incidir en embarazos tempranos. Al mismo tiempo, en las entrevistas a los varones se evidenció que se culpabiliza a la adolescente por el embarazo, y se les asigna a ellas la responsabilidad de la anticoncepción y/o protección.

Al evaluar los resultados de las principales fuentes de educación sexual y reproductiva desde la perspectiva de las/los entrevistados fueron mencionadas la escuela, los familiares, el hospital o policlínicas y las ONGs.

No obstante, dentro de las entrevistas a actores relevantes en el terreno, la familia como espacio de apoyo, guía y supervisión de las y los adolescentes fue cuestionado. Un director de escuela indicó:

“Mucho ‘padre’ que no se preocupan, nosotros tenemos esa problemática allá en la escuela, lo padre’ no se preocupan ni siquiera de ir a una reunión, ni siquiera de presentarse cuando a un niño le pase cualquier cosa [y] lo manden a buscar.”

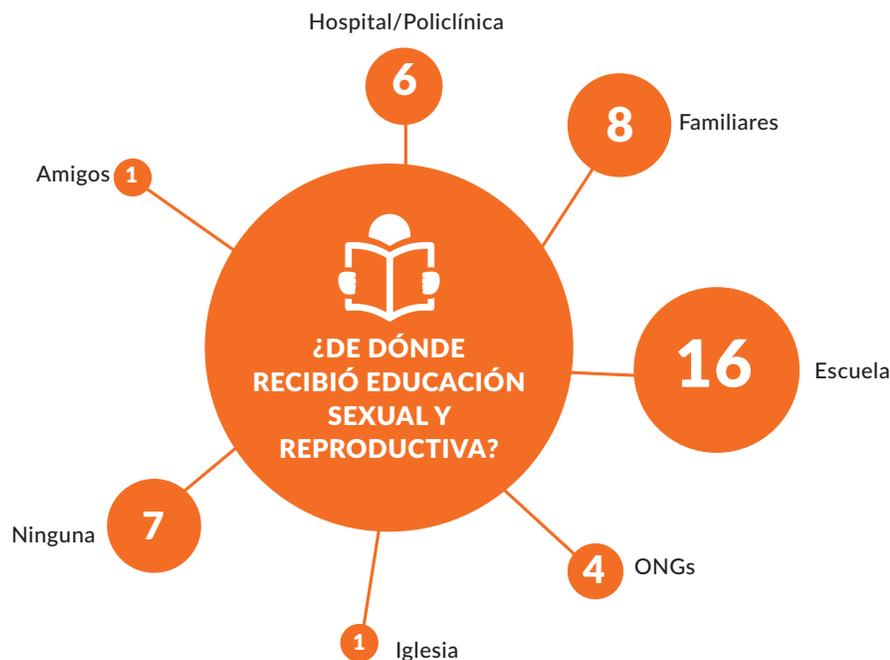
Por otra parte, cabe resaltar que algunas adolescentes reportaron que no habían tenido acceso a información para prevenir embarazos, lo que refleja una disponibilidad de información que no es uniforme y varía dependiendo del lugar. En adición, la mayoría opina que hubiese deseado tener más y mejor información de manera oportuna, lo que pudiera haber evitado el embarazo.⁸¹ En repetidas

⁸¹ Estos resultados son consistentes con otros estudios e intervenciones en el país que buscan amplificar la disponibilidad oportuna de información sobre salud sexual y reproductiva para los/las jóvenes.

Diagrama 3

PRINCIPALES FUENTES DE INFORMACIÓN REPORTADAS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

CANTIDAD DE MENCIONES DE CADA EXPRESIÓN



Fuente: Elaboración propia sobre la base de los resultados de la investigación cualitativa para este informe.

ocasiones las jóvenes expresaron la necesidad de establecer centros comunitarios cercanos donde se ofrezcan charlas educativas y se repartan métodos anticonceptivos con más frecuencia.

Estas opiniones coinciden con las declaraciones de personal de salud entrevistado en el marco de esta investigación, que indicó que la llegada de insumos de planificación familiar a los centros de salud en los territorios, así como otros tipos de medicamentos que se brindan a la población, puede tardar varios meses, lo que dificulta

unas labores que ya de por sí, se brindan con precariedad.⁸² La disponibilidad de medicamentos al igual que las dificultades para cubrir costos de atención, evidencian esta precariedad, según lo comentado también por personal de las escuelas.

Los siguientes testimonios sugieren que se requiere incrementar las acciones para la prevención de embarazos en adolescente y de ITSs desde los centros de salud, y las oportunidades de acceso a salud sexual y reproductiva permanentes y con calidad:

⁸² De hecho, es importante mencionar que los métodos anticonceptivos a la población en las Unidades de Atención Primaria y centros públicos de salud se entregan de manera gratuita. Sin embargo, dicha provisión no es constante. Esto pudiera implicar que para fines de su uso de manera continua (y efectiva) las personas tendrían que comprar dichos métodos, que en algunos casos representa un costo importante por el presupuesto limitado de los hogares sujetos del estudio. El costo, en otras palabras, puede ser un obstáculo para el uso de algunos métodos anticonceptivos.



“El embarazo es algo frecuente por aquí; es frecuente sí, mira aquí hay un centro por aquí arriba que mayormente las jovencitas van a planificarse, y no hay planificación. Y cuando una persona no está acostumbrada a planificarse ahí le dicen que no, lo mandan pa’ un hospital, y no la planifican porque dicen que ella no se planifica allá. Y por eso hay muchachas que quedan embarazada así, porque dicen que se le hace difícil comprar la planificación, como que, tu sabe no es igual”.- Yesenia

“Yo diría que estuviera bien que pusieran un centro, que ese centro sea na’má de eso, para que traten eso, y que vayan escuela por escuela diciendo mira esto es así, cuando sale una enfermedad, por ejemplo, mire éto é éta enfermedad... éto se previene así, así, así”.- María

“PROFAMILIA vino una vez, pero fue al hospital y dieron una charla sobre el embarazo a temprana edad, hablaron de las enfermedades que puede uno tener, sino se protege, de eso hablaron. Asistieron muchas jóvenes, pero no fueron varones”.- Berenice

“No era planificado porque yo le daba el seno a Julissa y como yo le daba el seno, yo me di cuenta ya cuando tenía 6 meses preñada; yo pensé que cuando uno daba el seno uno no menstruaba, uno no salía embarazada, por eso es que ellas se llevan prácticamente lo que duró la barriga, se llevan un año...”.- Carolina

Acceso a educación y trabajo

Los resultados de las entrevistas señalan que la población adolescente en estas comunidades enfrenta limitaciones para acceder a cursos técnicos y vocacionales. En general, se valora de forma muy positiva la posibilidad de obtener educación técnico-profesional, constituyendo una opción de desarrollo alternativa a los costos que representa la educación universitaria. Las adolescentes mencionaron que existe una distancia importante desde sus hogares a los centros de formación, y se refirieron a los altos costos de transporte. De igual modo, expresan que no hay permanencia en la oferta formativa. Los principales centros mencionados fueron: el INFOTEP⁸³, cooperativas y universidades y otras fuentes mencionadas, como

las iglesias, ONGs y Estaciones de Radio Comunitarias (como Radio Santa María), reportaron menor importancia.

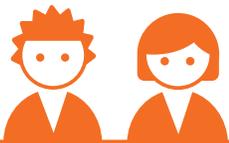
Un aspecto importante a destacar es que la matriculación de los/as adolescentes a la oferta de formación va acorde con los trabajos tradicionalmente femeninos y masculinos, con mayor registro de las mujeres a cursos de estética y manualidades, repostería, servicios secretariales, entre otros. En tanto que los cursos de electricidad y mecánica, tuvieron mayor mención entre los varones.

Al evaluar las expresiones verbales relativas a las oportunidades de trabajo, se verifica que la finalización de sus

⁸³ Instituto de Formación Técnico Profesional.

estudios para conseguir un trabajo es una motivación con mayor peso entre las adolescentes. A pesar de estas aspiraciones, las jóvenes entrevistadas señalaron que resulta muy difícil obtener un empleo en sus comunidades, lo que consideran como el principal obstáculo para su desarrollo económico y social. Entre los adolescentes varones, se evidencia el deseo o la necesidad de cumplir con el rol de proveedor, valorando como objetivos encontrar un trabajo como única opción para sostener la nueva familia. Estas expresiones muestran la distinta valoración que los y las jóvenes asignan a la educación, con un mayor peso en las mujeres en relación a sus pares masculinos”.

Al mismo tiempo, las entrevistas reportan la necesidad de orientación profesional sobre áreas de estudio y/o capacitación técnico-profesional en estas comunidades, ya que en general se valora el hecho de tener “cualquier trabajo” que genere ingresos, como la solución a sus problemas económicos, pero se dificulta identificar líneas de capacitación asociadas a las demandas de trabajo desde el sector privado o público. Los testimonios aportados reflejan dificultades para lograr acceso a cursos de capacitación, que en algunos casos se ofrecen, pero expresan la necesidad de que sean permanentes y la difícil inserción productiva en estos contextos:



“Vivo en Villa Mella, para cogé un curso uno tiene que cogé el metro...”.- Yesenia

“Ahora mimo no tan dando ningún curso que yo me haiga dado cuenta, no lo están dando que me interese y no estoy haciendo más nada, nada”.- Carolyn

“Aquí había un curso, duró yo creo que fue como siete mese, vinieron mucho chamaco, ve, que aprendieron mucho a hacé electricidad y mecánica”.- Juan Pablo

“Se dan curso de mujere, habían de costura, manicure y pedicure, todas esas cosas sí, pero es por tiempo como que vienen, no e que lo dejan permanente”.- Beatriz

“Ahora sí, ahora uno puede estudiá de noche y lo domingo, yo tengo libre lo domingo y ahora hay un programa que se llama Radio Santamaría aquí que uno etudia y así ya yo puedo estudiá”.- Marisol

“El que se queda estudiando para salir adelante tiene que salir de aquí obligatoriamente, porque aquí no hay nada de empleos para profesionales, nama ´ empleo, trabajo bruto”.- Jonny

“Pero aquí en la comunidad para tu conseguí cualquier empleo, si no e’ con cuña o con la base política, no hay. Cuña significa que si yo soy amigo tuyo y yo te veo que tu no tiene trabajo, entonces yo ‘toy en un pueto, yo hablo con el maetro mío y yo te digo mañana empezamo”.- Carlos Manuel

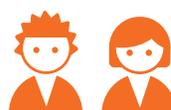
Impactos en otras esferas de la vida de las jóvenes

Los resultados relativos a las esferas de la vida de las adolescentes en las que impactó el embarazo desde sus perspectivas, muestran que produjo la ruptura del ciclo educativo de muchas, y en algunos casos tuvo repercusiones de tipo emocional, como sentimientos de preocupación y vergüenza social, que las condujo a tomar a la decisión de no continuar la escuela.

Algunas adolescentes, al enterarse del embarazo experimentaron tristeza, pero, estos sentimientos se transformaron en alegría cuando vieron nacer y crecer a la criatura. En repetidas ocasiones salió a relucir el hecho de que en las escuelas les inducen a cambiar a las tandas vespertinas, o son referidas a programas especiales como el bachillerato acelerado y el programa “PREPARA”.⁸⁴

Cabe destacar que en algunos casos la salida de las adolescentes de la escuela se debe a decisiones de las madres de las jóvenes. “La madre se avergüenza, no quiere que vuelva”, señaló un actor relevante de una de las comunidades entrevistadas. En algunos casos la salida de la escuela es permanente: “No, esa jamás volvió a la escuela. O sea esa no, ya ella dejó todo por eso, ella no siguió nunca...” indicó también este entrevistado.

En cuanto a la interrupción del embarazo, las adolescentes indicaron que en ningún caso se produjo, aunque algunas lo pensaron como opción, pero no se llevó a cabo. Entre las razones citadas, se resalta que fueron convencidas por sus familiares más cercanos de no hacerlo; otras indicaron que no quisieron asumir la responsabilidad de llevar esto a cabo. Sin embargo, algunas jóvenes comentaron la frecuencia del aborto en la comunidad. Asimismo



CUMPLIMIENTO DE ROLES SOCIALES ASOCIADOS AL GÉNERO:

“Yo me alegré, lo cogí normal. Era lo que yo quería”
.- Yesenia

“Bien, porque un hijo e ´ lo mejor que a uno le viene”.- Yuleidy

“Cuando me enteré, yo no me sentí bien, pero después con el transcurso del embarazo y el niño creciendo y moviéndose y eso yo, me sentí bien y me sentía madre, pero al principio yo taba a lo grito era y una depresión y una cosa”.- Rosario

“Si yo tuviera opción de cómo salir, algo donde dejar mis hijos, algo así. Yo saliera más adelante”.- María.

“Yo no tengo con quien dejarla, porque mami trabaja y viene a la 5, entonces cuando mami viene namá e lo domingo que ella me lo puede atendé. O sea, tu mamá te ayuda cuando puede”.- Carmen

IMPACTOS EMOCIONALES:

“Bueno, fue un momento de desesperación, tristeza y así”.- Juliana

“A lo primero con algo de temor y asutao porque no sabía cómo enfrentarlo, e decí, si yo tenía dinero era porque mi mamá me lo daba, es decí, me daban lo sábado y lo domingo pa andá, y depué recibí esa noticia y me asuté y andaba con la cabeza loca no jayaba qué hace”.- Johnny

“Cuando me enteré, ¿que qué pensé? To lo que piensa una mujer, primero abortar... Pensaba que no era capaz de criar a un niño a tan temprana edad”.- María

⁸⁴ PREPARA es un programa del Ministerio de Educación (MINERD) que permite finalizar los estudios de bachillerato estudiando en la casa; se asiste a clases sólo siete horas a la semana para el bachillerato regular, y nueve horas para el bachillerato acelerado. Este programa permite cursar el primero, segundo, tercero, y cuarto de bachillerato de la modalidad general; cursar el primer ciclo, equivalente al 1er y 2do, y segundo ciclo, equivalente al 3er y 4to, del bachillerato acelerado. Los materiales educativos consisten en nueve módulos. Cada uno de los módulos presenta temáticas para ser estudiadas a lo largo del mes. Fuente: MINERD.



IMPACTOS EMOCIONALES:

“Mucha vece pensé en que ella abortara y mi mamá depué se dio cuenta y me dijo ‘un hijo no e un atraso’... ‘tú lo que tiene e que poitate como un hombre y tirá pa’lante, a ti te guta trabajá’. Na, no me gutaba dejar lo estudio pero ya tuve que dejailo y tirai pa’lante”.- Pedro.

“Yo no quería quedar embarazada, pero ya que lo tuve yo decidí tenerlo y en ningún momento pensé dique en abortar y eso”.- Carmen

“Hay mucha’ que se lo sacan, hay mucha’ que lo marido le dan gorpe, hay mucha que se la sacan porque los marío no quieren lo niño. Y hay mucha que se le salen sin querer”.

IMPACTOS EN EDUCACIÓN:

“Yo tuviera ya, ya yo tuviera en la universidad ya y hubiera sido profesonai...Me hubiera gustado hacer cursos ve, curso de belleza, si no fuera yo hata tuviera en la universidad ve, yo siempre cuando yo era niña yo siempre pensaba eso, terminar mi carrera antes de casarme”.- Beatriz

“En la escuela no aceptaban embarazadas”.- Jahnna

“Tuve que dejailo y salime a mitad y me ha pesao mucho dejá los estudio, porque ahora si tu no ere bachillei no consigue trabajo en ninguna empresa”.- Briseldy

“Yo no estaba contenta, yo quería estudiar”.- Ana Isabel

“Todo fue diferente. Tu sabe que el camino como que se le cierra a uno, no sé...es más difícil para uno realizar sus estudios, para cualquier trabajo, aunque uno entre a su universidad, pero más tarde. Uno no puede hacer la carrera que uno quería hacer ante de...”.- Esther

“Yo estaba en sexto cuando me metí con él, y ya sabe que cuando uno se casa así, no lo acetan en la escuela primaria y así. Entonce, me dejaron terminá ese año”.- Verónica

mo, algunas de las entrevistadas dejaron la escuela por el impacto en términos emocionales y por miedo o vergüenza social.

Se evidenciaron casos en que la adolescente había dejado la escuela previo a quedar embarazada, en su mayoría por unirse o casarse. El unirse a temprana edad también puede generar sentimientos de rechazo en algunas instancias de la comunidad. En efecto, algunas adolescentes reportaron casarse mientras estudiaban, y como consecuencia sus respectivos centros educativos las obligaron a dejar la escuela porque, con el pretexto de que debían evitar que otras hicieran lo mismo.

En los adolescentes varones, ser responsable de un embarazo también tiene efectos de no continuar los estudios, pero, según lo expresado por ellos, para cumplir con su rol de proveedor. Asimismo, la mayoría de las jóvenes afirma que si hubiesen tenido ayuda para cuidar a la criatura (estancias infantiles, guarderías, mejores círculos de apoyo), hubiesen retomado sus estudios antes.

También se registraron excepciones de adolescentes mujeres que no abandonaron sus estudios durante el embarazo, y otras que reanudaron sus estudios eventualmente (promedio de 4-5 años después del nacimiento de la criatura), y lo hicieron en su mayoría vía los programas de Radio Santa María, los domingos, o PREPARA, los sábados.

En otro orden, el embarazo en adolescentes puede tener otras repercusiones, como el sentimiento de haber cumplido un rol socialmente válido o producir sentimientos de temor por la inexperiencia.

En sentido general, la mayoría de los/las jóvenes entrevistados/as admite que su vida y su bienestar cambió completamente tras el embarazo adolescente, haciendo referencia, sobre todo, a la pérdida de libertades



“A la misma edad que tiene el niño (5 años) eso mismo hace que dejé de estudiar y hace un año lo retomé”.- Celeste

“Yo estudio los sábados por eso mimo, mi niño estudia, yo no puedo estudiar la semana entera, estudio los sábados de 8am a 1pm”.- Marisol

“Yo le demostré a ellos que eso no es nada y seguí estudiando y no paré el estudio. Yo no perdí clase, nadita de clase y no falté ni un día tampoco, y yo hice uno maletare fuerte también y yo no peidía clase, yo siempre era yendo a la escuela y eso”.- Giselle

para divertirse, al haber tenido que dejar los estudios, y a la responsabilidad moral y financiera que representa la criatura.

Discriminación y violencia de género.

Otras problemáticas vinculadas al embarazo y maternidad adolescente que requieren la atención de las políticas públicas en diversos ámbitos, son la discriminación y la violencia de género. Ambas problemáticas están relacionadas principalmente por patrones culturales tradicionales y esquemas desiguales de poder entre los hombres y las mujeres.

Al respecto, se mencionaron diferentes estigmas en la comunidad y discriminaciones contra la adolescente embarazada que son de ocurrencia común, incluso en el ámbito educativo. Generalmente, el rechazo y la burla ocurren en el ámbito comunitario.

También, se manifestó haber sufrido manipulación emo-

cional, control y violencia⁸⁵ verbal por parte de la pareja, luego del nacimiento de la criatura. Un elemento importante, que se relaciona con la violencia intrafamiliar, es el tema del hacinamiento, que repercute en los niños a futuro:

– “Sí. El niño va a ser violento, la niña... lo están viendo lo que ‘tán viendo en el hogar, porque usted va a una casita y usted... están usted y su mujer y cuántos niños y un solo cuarto y ahí duermen todos juntos, todo eso influye.” – Actor religioso.

En las diferentes expresiones también se identifica, que el embarazo en la adolescencia las obliga a asumir responsabilidades de la etapa adulta. Las relaciones desiguales de poder, como resultado de los estereotipos de género, o roles tradicionales, con desventaja en las mujeres, y combinado con el escaso empoderamiento y autonomía económica, limita sus opciones de acumular logros en su vida adulta.

⁸⁵ Tal y como se indicó en el capítulo anterior, en el marco de la realización de las encuestas cuantitativas surgió evidencia de casos en el pasado de violencia física de pareja íntima e intrafamiliar. En el caso de las entrevistas a profundidad, solo se reportaron casos de violencia verbal.



"Siempre te viven mirando mal y me decían que yo arruiné mi futuro".- Laura

"Sí, en la comunidad decían que yo era muy adolescente para haber quedado embarazada, que si yo que. Me hacían sentir mal. Yo me sentía..., como que no sé, como que me daba veigüenza".- Blanca

"Cuando tu cometes un error la gente lo que tiene que decir es 'ya, etá bien, ya tú lo cometiste, pero no lo vuelva a hacer, cuando tu vaya a hacé eto y eto tiene que cuidate, echar pa'lante, tiene que trabajá pa' criá a tu niña', veldad... pero no, no... tú te tronchate tu camino, tú no ere nadie".- Verónica

"Un día yo le dije que ya la niña tenía un año, que yo estaba preparada para estudiar. Me decía que, si yo estudiaba, que no' ibamo [a] fuñí yo y la niña, que se iba a ir y nos iba a dejar.

"Sí, porque ei era celoso, muy celoso, cada vez hasta cuando pai coimado que yo saliera ei iba atrás, Tú no va a etudiá', me decía. Me decía que se iba a degarítá y me iba a dejai como abandoná con to y la niña".- Valerie

"[É] me levantaba la voz y según yo me ponía a llorá o algo, porque tu sabe (...), yo me ponía a llorá y ahí era que se aimaba, subía su voz y salía pa fuera y se iba".- Fany



Algunas exclusiones duras, como la discapacidad, fueron mencionadas por actores/as de las comunidades, abogando por programas para niños y niñas especiales que les brinden cuidados y una educación integral:

- "[La] atención Integral para adolescentes fuera bueno [...], pero ¿Quién lo va a subsidiar? ¿Quién se va a encargar? ¿Tú ve? [...] en este barrio...en esto e mucho má' importante para trabajar con adolescente un programa así, que se trabaje directamente desde allí, eso sería genial un programa para eso niños, niñas y adolescentes que quieren venir, pero ¿Cómo lo hacemos...?"

Corresponsabilidad de los padres biológicos del primer hijo/a en la crianza.

La mayoría de las entrevistadas indicó haber recibido apoyo económico o emocional por parte de los padres biológicos de su primer hijo/a. Sobre el cuidado cotidiano

"Él todo el tiempo ha sido responsable a sus hijos, nunca me ha dado la espalda. Él me ayuda, él es que me lo atiende cuando voy a estudiar, él se lo lleva a su trabajo. Si voy a salir, cuando no estoy yo, es él con lo dó niño".- Luisa

"Bueno no me puedo quejar (del padre biológico del hijo) si no me manda mucho como debería, tú sabe, pero no me puedo quejar porque siempre si el niño se enferma, él diunavé manda y eso".- Clara

"Ei me ayudaba siempre con la niña. Pero ahora después que no' separamos, no. Ei me ayudaba mucho, pero ahora que no' separamo', y si le da algo a la niña e' si tamo junto de nuevo, pero si no tamo junto ei no le da nada. Y yo no vueivo atrás ya, no".- Gertrudis

"No. Él está fuera del país, no sabe si ta viva, si come, si viste, nada".- Mechy

de los/as hijos/as, se registran resultados mixtos: padres biológicos que aún están junto a la madre y que suelen

Recuadro 14

HISTORIA DE CRISTINA - LIMITACIONES DE DERECHOS

Cristina, nacida y criada en Las Cañitas en una familia bien numerosa de 10 hermanos de padre y madre. A los 15 años de edad se fue a vivir con su pareja, quien es sólo dos años mayor que ella. Hoy tiene apenas 17 años y está alejada de sus amistades; ya casi no sale. “Depués de lo 15 pa allá, ya yo no hago mucho coro”. Se casaron a tan corta edad porque ella quedó embarazada. Ambos se impresionaron cuando supieron que estaban esperando un niño, pero decidieron seguir adelante. “Él se puso feliz también. Qué podemos hacer? Ya que lo tenemos ahí no lo vamos a perder”, pensaron. Sin em-

bargo, se asustó por la reacción que esperaba de su madre: “Pensaba que mi mamá me iba a dar golpes”.

Ella dice que quedar embarazada fue un accidente; aunque nunca utilizaron protección anticonceptiva. “A mí no me gusta eso”, refiriéndose a los preservativos. Confiesa que nunca recibió educación sexual.

Aunque el embarazo adolescente es muy común en su comunidad, los vecinos siempre discriminan y ella se sintió afligida. “Siempre hay uno que se burla. Uno se pone sensible y se siente mal”.

Ella no tiene acta de nacimiento. Sus papeles no aparecen en la oficina correspondiente del registro civil y tendrá que empezar de cero para poder contar con el documento. Le pidieron una carta del hospital Morgan donde nació, pero éste está en proceso de remodelación y no aparece nada. Por no contar con su acta de nacimiento, se le ha dificultado seguir estudiando; en la escuela no le permitieron pasar del octavo curso sin dicha documentación pues no podía tomar las pruebas nacionales así, y hasta ahí quedó. Ella tiene una hermana melliza que tiene el mismo problema de falta de acta de

Ella dice que quedar embarazada fue un accidente; aunque nunca utilizaron protección anticonceptiva. “A mí no me gusta eso”, refiriéndose a los preservativos. Confiesa que nunca recibió educación sexual.



nacimiento quien además, también quedó embarazada joven, cuando tenía 15 años.

Reconoce que su vida ha cambiado mucho; “No es lo mismo, ahora yo tengo más responsabilidades, no é lo mímico que ante”, pero no se arrepiente de haberlo tenido joven. Está feliz y se siente dichosa de que su hijo no se enferma con frecuencia; ella siente que no ha pasado tanto trabajo como pensaba que iba a pasar. Ellos los dos sufren de falcemia y creyeron que iban a tener que enfrentar dicha enfermedad con su bebé también, pero no ha sido el caso.

En el día a día ella se ocupa de cuidar la casa

y de todos los oficios del hogar. A veces ayuda a su mamá en la fábrica de almohadas y cojines de su propiedad. Su pareja, que terminó el cuarto de bachillerato, trabaja en construcción; a él no le interesa seguir estudiando.

Ha recibido apoyo de sus padres y de su suegra, tanto económicamente como en el cuidado del bebé. Además, su suegra es enfermera y le fue de gran apoyo durante las visitas al médico en todo el embarazo. “Apoyo a mí nunca me faltó, porque tenía apoyo de mi mamá, de mi papá y de la familia de mi niña; apoyo nunca me faltó, gracias a Dios”.

Incluso su suegro, con quien no se llevaba muy bien originalmente, ahora la apoya y trata a su nieto muy bien.

En el futuro, ella quisiera retomar sus estudios tan pronto pueda contar con su acta de nacimiento. También quisiera hacerse profesional de la ingeniería. Su papá es carpintero y ha trabajado siempre en construcción, además, su esposo también trabaja en ese sector y por eso esa carrera le llama tanto la atención. Para su hijo, desea que sea un hombre de bien y que no pase trabajo en el futuro.

ser - en su gran mayoría - responsables e involucrados, y otros que no realizan quehaceres del hogar ni comparten la responsabilidad del cuidado. En los casos de ruptura de la pareja se evidencia menor aporte o contribución en el

sustento económico y en apoyo a la crianza de los hijos/as. No obstante, generalmente el rol que se espera del padre biológico es trabajar y proveer los recursos financieros para el hogar.

Oportunidades de desarrollo para la juventud, expectativas de futuro, plan de vida y de superación.

Se indagó acerca de la percepción de las/ los adolescentes sobre las oportunidades de desarrollo y perspectivas de mejora de sus condiciones de vida. En las entrevistas cualitativas se observa que las aspiraciones más comunes de las adolescentes para el futuro, son tener una casa propia, conseguir un buen trabajo (aunque eso implique irse lejos de la zona donde actualmente viven), y terminar los estudios.

Muchos de las personas entrevistadas tienen aspiraciones de poner sus propios negocios en el futuro, reconociendo que necesitan apoyo y recursos para poder lograrlo. En relación a sus expectativas y deseos para el futuro, puede apreciarse que su definición de progreso está relacionado principalmente con la posibilidad de terminar sus estudios y de obtener un buen trabajo.

Prácticamente todas las jóvenes entrevistadas recomendarían a sus hijos/as terminar sus estudios y no ser madres/ padres adolescentes. La gran mayoría siente que sus hijos/as deben contar con información oportuna y de calidad sobre su salud educación sexual y reproductiva.

De igual manera, las personas entrevistadas hacen referencia al “progreso” por medio del acceso a activos, específicamente a la tenencia de casa propia.

**Diagrama 4
PRINCIPALES ASPIRACIONES A FUTURO**

CANTIDAD DE MENCIONES DE CADA EXPRESIÓN



“Yo quiero tener muchos estudios e irme fuera de este país, para conseguir un buen trabajo y quiero hacer mi propia casa y la de mi mamá. Yo... lo que quiero es trabajar, trabajar y trabajar”.- Margarita

“Tener mi casa propia, esa es mi expectativa”.- Julissa

“Nosotros ahora tenemos un solar, vamos a comenzar a construir...”.- Juana

“Yo quisiera que ellos estudien y que lleguen a una meta alta, o sea, su bachiller o cómo e... la universidad y que estudien la carrera que ellos quieran, la que a ellos más les guste para que vivan bien”.- Genoveva

“Puedo tener mi propia sala de tarea”.- Claudia

“A mí no me convino, tu sabes, que lo que yo pasé yo no quiero que ella lo pase. Me gustaría que ya cuando tenga hijo tenga una edad bien pa eso. Que tengan experiencia.- Amarilys

“Me gustaría que ellos se hagan bachilleres, vayan a la universidad, cojan la carrera que ellos quieran estudiar, que vivan cómodo y bien”.- Rosanna

Principales resultados de la investigación cualitativa

La mayoría de las personas entrevistadas señala la falta de uso de anticonceptivos como la principal causa del embarazo en la adolescencia (43%). Otras causas mencionadas fueron el uso inadecuado de anticonceptivos (15%) y la falta de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva (15%). Algunas menciones reflejan patrones culturales presentes en el entorno familiar y de la pareja, valorando el embarazo como medio de realización personal.

La mayoría de las adolescentes afirma haber recibido algún tipo de información o educación sobre salud sexual y reproductiva, pero indican que existe una gran carencia en la calidad, profundidad y frecuencia en la oferta de dicha información.

La mayor parte de las personas entrevistadas señaló a la escuela como la principal fuente de información sobre salud sexual y reproductiva, aunque una proporción importante indicó que los familiares o un centro de salud fueron la fuente de esa información.

Los sueños y aspiraciones más comunes para el futuro son tener una casa propia, conseguir un buen trabajo (aunque eso implique irse lejos de la zona donde actualmente viven), tener un negocio propio, y terminar los estudios.

La mayoría de las personas entrevistadas coincide en que se requiere incrementar la prevención de embarazos en adolescentes y de ITSs desde los centros de salud, y las oportunidades de acceso a salud sexual y reproductiva permanentes con calidad.

Las jóvenes entrevistadas muestran deseos de romper con el círculo intergeneracional del embarazo adolescente; expresan el deseo de que sus hijos/as culminen sus estudios y adquieran información sexual y reproductiva oportuna a fin de evitar esa condición.

La mayoría de las personas entrevistadas asocia el rol de la paternidad con roles tradicionales arraigados en la sociedad.

Las jóvenes expresaron que la violencia por parte de su pareja o del padre biológico de su primer hijo/a se manifiesta con manipulación emocional y violencia verbal.

En sentido general, la mayoría de las jóvenes entrevistadas admite que su vida y su bienestar cambió completamente tras el embarazo adolescente, haciendo referencia, sobre todo, a la pérdida de libertades para divertirse, al haber tenido que dejar los estudios, y a la responsabilidad moral y financiera que representa la criatura.

Las jóvenes expresaron la necesidad de contar con estancias infantiles como un mecanismo de apoyo para continuar con sus estudios tras el embarazo.

Las jóvenes valoran los estudios como una oportunidad de progreso, en tanto que los varones lo ven como un elemento que refuerza su rol de proveedor.

Se cuestionó la responsabilidad de la familia como espacio de apoyo, guía y supervisión. Algunas personas entrevistadas afirmaron que la indiferencia de los familiares (especialmente del padre y de la madre) es una de las principales causas del embarazo en adolescentes.

Personal de salud entrevistado indicó que las precariedades en la entrega de insumos de planificación familiar, así como de medicamentos dificulta la oportuna atención que requieren los y las jóvenes en la comunidad.

Conclusiones

Los resultados de las entrevistas cualitativas muestran las dificultades que experimentan las y los jóvenes en entornos de pobreza para acumular logros en materia de desarrollo humano. Por ejemplo, sólo algunas de las madres adolescentes y algunos padres biológicos (pareja de la embarazada en el primero embarazo) han realizado cursos cortos técnicos y vocacionales. Quienes los han hecho, generalmente los valoran como positivo, pero esto no necesariamente ha resultado en un empleo de calidad.

El embarazo adolescente tiende a exacerbar estas dificultades, ya que coinciden con una oferta pública limitada, un ejemplo de ello lo es la ausencia de sistemas públicos de cuidado para la primera infancia. De hecho, la mayoría de las jóvenes afirma que si hubiesen tenido ayuda para cuidar a la criatura (estancias infantiles, guarderías, mejores círculos de apoyo), hubiesen retomado sus estudios antes. La necesidad de estancias infantiles en la zona fue un elemento mencionado también por actores de la comunidad entrevistados. Continuar con la expansión de cobertura del ciclo preescolar implicaría un factor importante para impulsar mayores oportunidades de acumulación de capacidades en las adolescentes.

Un aspecto a destacar es que al mencionar los cursos en los que habían participado las entrevistadas, se puede identificar la presencia de estereotipos de género asignados en este contexto de población joven. Es decir, las mujeres mencionaron haberse inscrito en cursos de repostería, belleza, manicura y pedicura; mientras que los hombres mencionaron cursos de mecánica, soldadura, entre otros. Estos cursos se centran en las ocupaciones y actividades productivas que tienen relación con los roles que tradicionalmente se le atribuyen a la mujer y al hombre, perpetuando así la desigualdad de género.



La mayoría de las jóvenes afirma que si hubiesen tenido ayuda para cuidar a la criatura

(estancias infantiles, guarderías, mejores círculos de apoyo),

hubiesen retomado sus estudios antes.

Entre los/las entrevistadas se reconoce que existe información, personas, entidades y herramientas que ofrecen orientaciones en materia de salud sexual y reproductiva. Si bien la mayoría indica haber recibido algún tipo de educación sexual, hay debilidades importantes en la calidad, integralidad, y frecuencia de la misma, además de la disponibilidad y acceso a los métodos anticonceptivos y de planificación familiar, y en general de servicios de salud sexual y reproductiva.

Las jóvenes embarazadas sufren la exclusión por parte del sistema educativo. A pesar de que la ley 136-03 protege el derecho de las adolescentes embarazadas a la educación, y que la agenda nacional de desarrollo incluye como línea estratégica el garantizar la permanencia

de las adolescentes en su horario normal, la encuesta cualitativa revela que en la práctica los centros educativos y las/los profesores inciden y en ocasiones obligan a que las jóvenes embarazadas cambien de tandas escolares o dejen la escuela.

En sentido general, la mayoría de las personas jóvenes entrevistadas admite que su vida y su bienestar cambió completamente tras el embarazo adolescente, haciendo referencia, sobre todo, a la pérdida de libertades para divertirse, al haber tenido que dejar los estudios, y a la responsabilidad moral y financiera que representa la criatura.

La presencia de diferentes estigmas en la comunidad y discriminaciones contra la adolescente embarazada son comunes. Un aspecto revelador es cómo a lo largo del embarazo, las jóvenes experimentan distintas reacciones por parte de su entorno. En algunos casos, hay rechazo inicial, como puede ser a lo interno del hogar, pero luego de que nace la criatura, se evidencia mayor apoyo de los padres y el entorno familiar.

En términos de violencia de género, las jóvenes que expresaron ser víctimas de violencia por parte del padre biológico de sus hijo/as, manifestaron haber sufrido violencia verbal y manipulación emocional. En las entrevistas cualitativas se observa que los sueños y aspiraciones más comunes para el futuro son tener una casa propia, conseguir un buen trabajo (aunque eso implique irse lejos de la zona donde actualmente viven), tener un negocio propio, y terminar los estudios, aunque estas respuestas varían dependiendo si se trata de la joven o del joven. Todas las adolescentes expresan como meta para mejorar la vida de sus hijos/as el poderles proveer de información oportuna y de calidad sobre salud sexual y reproductiva.

En las entrevistas cualitativas se observa que los sueños y aspiraciones más comunes para el futuro son tener/conseguir



una casa propia



un buen trabajo

(Aunque eso implique irse lejos de la zona donde actualmente viven),



terminar los estudios

y/o tener un negocio propio.



CAPÍTULO 4

POLÍTICAS PÚBLICAS EXISTENTES PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Introducción

EN LA ÚLTIMA DÉCADA, la problemática del embarazo en la adolescencia ha sido priorizada en distintos instrumentos de planificación pública a nivel nacional, así como en marcos legales⁸⁶ que han servido para garantizar la protección de los derechos de las y los adolescentes, como consecuencia del reconocimiento de la pérdida de construcción de capacidades que supone el embarazo en esta etapa. Distintos sectores del accionar público, como lo son Educación y Salud, además de instituciones como el Ministerio de la Mujer, de la Juventud, el Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia (CONANI), la Vicepresidencia (desde el Gabinete de Políticas Sociales y el Programa Progresando con Solidaridad), entre otras, han incorporado en sus planes acciones integrales que aporten a la reducción del embarazo en adolescentes y la protección de las madres en esta etapa y de su descendencia. En efecto, el sector público ha destinado vastos recursos, tanto económicos como humanos, para la consecución de los objetivos establecidos en estas áreas y, así, disminuir la incidencia de la problemática.

En este capítulo se identifican distintas intervenciones en curso que abordan el embarazo, al igual que algunas buenas prácticas, con el fin de rescatar elementos que aporten a la prevención de la ocurrencia del evento y a la protección de las madres adolescentes. Por lo anterior, en este apartado se describen los diferentes planes, programas y proyectos identificados a través de consultas realizadas a instituciones del sector público y de la sociedad civil, que han jugado un papel protagónico en la ejecución de los mismos. El objetivo es conocer el alcance, la cobertura y propósito de estas acciones para la

identificación de oportunidades de mejora y nichos de formulación de política pública a favor de la reducción del embarazo en la adolescencia.

El embarazo y la maternidad adolescente en la planificación pública de la República Dominicana

Desde el comienzo de la década del 2000, la temática ha sido plasmada en distintos planes nacionales y sectoriales, de los que se puede mencionar los Planes Nacionales de Igualdad y Equidad de Género 2000-2004 y 2006-2016 (PLANEG), el Plan Decenal de Salud y, de manera específica, “Plan Nacional de Prevención de Embarazo en Adolescentes 2011-2016” (Plan-EA).

En cuanto al Plan Nacional de Igualdad y Equidad de Género 2006-2017 se contemplan diferentes dimensiones de acción para la prevención del embarazo en esta etapa, así como la protección de las embarazadas y las madres adolescentes en términos de salud y educación. El plan detalla líneas de acción dirigidas a capacitar y sensibilizar a la población adolescente en cuanto al uso de anticonceptivos y a fomentar el empoderamiento de las mujeres en cuanto a su sexualidad y reproducción. Por otra parte, en cuanto a la protección de las embarazadas, se contempla la “ampliación de la ley 36-03 para prohibir de manera explícita y comprobable, la expulsión de las escuelas de adolescentes embarazadas”; además, se incluye la sensibilización de esta población en cuanto a los cuidados preventivos de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, y la ampliación de su acceso a programas de salud para la prevención de estas complicaciones.

Por su parte, en el PLANDES 2006-2015 se expresa el compromiso del sector salud del país en reducir los

⁸⁶ Ley 136-03 del Código para la Protección de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, Ley 01-12 de la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030.

Recuadro 15**INVERSIÓN PÚBLICA EN EL PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES (2011-2016)**

El Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes (Plan PEA) fue elaborado en 2010 con el propósito de abordar el tema del embarazo en adolescentes, desde la prevención, y dar respuesta a las organizaciones sociales que demandaban el diseño de una política pública integral para explorar esa problemática. Formalmente, el plan inició el 27 de junio de 2013 con la firma de un acta de compromiso para la asignación presupuestaria anual destinada al plan por parte del Ministerio de la Mujer, el Ministerio de la Juventud, el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Educación, el Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia y el Consejo Nacional para el VIH y SIDA. Ulteriormente, la Presidencia de la República decretó la creación de la Comisión Interinstitucional para la coordinación del Plan PEA, integrada por las entidades firmantes ya señaladas más la Vicepresidencia de la República, el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo y dos organizaciones no gubernamentales.

El Plan PEA articuló siete líneas estratégicas dirigidas a la reducción de los embarazos en adolescentes en la República Dominicana², a saber:

1. Fortalecimiento del marco legal y de políticas públicas en materia de desarrollo de adolescentes.
2. Promoción de la educación sexual y de los derechos reproductivos.
3. Ampliación de la cobertura de servicios de salud amigables y de calidad para adolescentes.
4. Promoción del empoderamiento de las adolescentes y mujeres jóvenes.
5. Desarrollo de sistemas de información y estadísticas sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes.
6. Fomento de la participación y organización de los/las jóvenes.
7. Fortalecimiento de las alianzas estratégicas y la colaboración intersectorial.

Los resultados del Plan PEA fueron difusos. Una evaluación programática de las políticas implementadas en el marco del plan, realizada por la organización Plan International, estimó que la media de los avances en materia programática por institución evidenció un bajo grado de coherencia programática. Por otro lado, pese al avance que supuso la articulación de una política de Estado en torno a la problemática del embarazo en adolescentes, y al progreso observado en la calidad del gasto social, las cifras muestran un panorama de estancamiento que debe impulsar la reformulación de la respuesta nacional al fenómeno del embarazo en adolescentes:

- República Dominicana presenta en la actualidad una de las tasas de fecundidad en adolescentes más altas de América Latina (Unicef)³. De hecho, la tasa de fecundidad en adolescentes entre 15 y 19 años de República Dominicana superó en más de 52% el promedio de América Latina y el Caribe y es virtualmente idéntica a la tasa registrada por el África Subsahariana en 2015.⁴
- El 22% de las atenciones por abortos correspondió a adolescentes (DIES-Ministerio de Salud, 2017)⁵.
- El matrimonio infantil es un tema pendiente de la agenda nacional que requiere



**REPÚBLICA DOMINICANA
PRESENTA UNA DE LAS
TASAS DE FECUNDIDAD**

**+ ALTA
DE AMÉRICA LATINA**

acciones inmediatas. El 24% de las parejas de mujeres jóvenes actualmente unidas o casadas las supera en edad con 10 años o más⁶.

- El 40% de las adolescentes entre 15 y 19 años ha experimentado violencia física, sexual o emocional a manos de su pareja o ex-pareja⁷.
- La educación sexual integral basada en criterios científicos y fundamentada en la protección de los derechos de las personas jóvenes sigue siendo una tarea pendiente del sistema educativo dominicano.

Recuadro 15 (Continuación)

INVERSIÓN PÚBLICA EN EL PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES (2011-2016)

- El sistema de salud invierte 33 veces más en la atención del embarazo en la adolescencia que en su prevención⁸.
- Según cifras del Banco Mundial, la tasa de mortalidad infantil dominicana superó en más de un 70% la tasa promedio de América Latina en 2015; también señala que la tasa de mortalidad materna del país en el mismo período superó la media regional en más de un 37%⁹.

En lo que respecta a la distribución de los montos ejecutados por el Plan PEA en el período 2011-2016, el mayor peso recayó sobre la Vicepresidencia de la República con un 49.5% del monto total ejecutado, seguido por un 23.6% correspondiente al Ministerio de Salud, y un 14% del Minis-

terio de Educación. El restante 13% fue compartido por los Ministerios de la Mujer y la Juventud, el Consejo de la Niñez y la Adolescencia y el Consejo Nacional para el VIH-SIDA.

Cuantificar la inversión del Estado en la implementación del Plan PEA, trae a la luz los obstáculos que enfrenta el investigador al momento de acceder a informaciones presupuestarias desagregadas. A pesar de que el Plan PEA reportó una ejecución presupuestaria superior a RD\$400 millones en el período 2011-2016, muy pocos de los reportes que sustentan esa cifra permiten analizar en detalle los rubros correspondientes a ese gasto¹⁰. Aun cuando la Dirección General de Presupuestos

(DIGEPRES) ofrece al público en general un acervo de informaciones históricas de la formulación y ejecución presupuestaria en múltiples categorías, obtener informaciones específicas de planes interinstitucionales, como es el caso del Plan PEA, es una tarea difícil debido a la fragmentación de sus fondos entre múltiples instancias y a la naturaleza amorfa en materia de clasificación presupuestaria que se observa en esta índole de planes nacionales. Una tarea pendiente del Estado es crear nuevos mecanismos de transparencia y rendición de cuentas que permitan a la sociedad dar seguimiento a los planes y programas interinstitucionales en ejecución.

- 1 Plan Internacional. (2017). Reporte Niñas Embarazadas: Desafíos de la Respuesta Nacional de Prevención de Embarazos en la Adolescencia. Santo Domingo.
- 2 Ibidem.
- 3 Barinas, Indiana. (2017). Desafíos del Plan Nacional 2011-2016 (Plan PEA).
- 4 Banco Mundial. (2017). World Development Indicators (datos disponibles a 2015).
- 5 Barinas, Indiana (2017). Desafíos del Plan Nacional 2011-2016 (Plan PEA).
- 6 Ibidem.
- 7 Ibidem.
- 8 Ibidem.
- 9 Banco Mundial. (2017): World Development Indicators (datos disponibles a 2015).
- 10 Plan Internacional. (2017). Reporte Niñas Embarazadas: Desafíos de la Respuesta Nacional de Prevención de Embarazos en la Adolescencia. Santo Domingo.

embarazos en adolescentes, principalmente en las más pobres y de menor nivel educativo. De hecho, en la actualización de las normas nacionales para la atención integral de adolescentes del 2010 del Ministerio de Salud,

que proporcionan los criterios técnicos-administrativos de la atención integral a la salud de los/as adolescentes, se plasman intervenciones que van desde la promoción y protección de los derechos sexuales y reproductivos y

de los servicios existentes en este tema, hasta la atención sin discriminación ni estigma de las embarazadas adolescentes. Otro instrumento de este Ministerio es el Plan Estratégico Nacional para la Salud Integral de Adolescentes (PENSIA, 2010-2015), que busca “contribuir con el mejoramiento de la salud de la población adolescente mediante el desarrollo y fortalecimiento de la respuesta integrada del sector salud y la implementación de programas e intervenciones de promoción, prevención y cuidado de la salud de adolescentes”.

En el marco del PLANEG, de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), del Plan Decenal de Salud (PLANDES) y del Plan Estratégico Nacional para la Salud Integral de Adolescentes 2010-2015, se crea el Comité Técnico Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia. Este mecanismo de coordinación tuvo como resultado la formulación del Plan Nacional de Prevención de Embarazo en Adolescentes 2011-2016, el cual ha venido siendo la sombra de la mayor parte de las intervenciones formuladas desde el Gobierno. El Ministerio de Educación por su parte ha ejecutado diferentes programas y proyectos para contribuir con la educación integral en sexualidad de niños, niñas y adolescentes, desde un enfoque de género, orientación y psicología.

En cuanto a marcos legales, en el año 2003 se promulga la Ley 136-03 que establece el “Código para el Sistema de Protección y los Derechos Fundamentales de Niños, Niñas y Adolescentes”, el cual persigue velar por el pleno ejercicio de los derechos fundamentales de todos los menores de edad de la República Dominicana. Sobre la

protección de la maternidad (artículo 30) y el derecho a la información en materia de salud (artículo 29), el código establece que:

- “El Estado asegurará programas de atención dirigidos específicamente a la orientación y protección del vínculo materno-filial de todas las niñas y adolescentes embarazadas o madre;
- El Estado fortalecerá los programas de atención dirigidos a las mujeres y los hombres en la edad de procreación, a fin de que tomen conciencia de la planificación familiar y de la responsabilidad materna y paterna mediante campañas de educación y divulgación”. (Art. 30)
- “Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser informados y educados sobre los principios básicos de prevención en materia de salud, nutrición, estimulación temprana, desarrollo físico, salud sexual y reproductiva, higiene, saneamiento ambiental y accidentes. Asimismo, tanto ellos como sus familiares inmediatos, tienen el derecho a ser informados, de forma veraz y oportuna, sobre su estado de salud, de acuerdo a su etapa y nivel de desarrollo”. (Art. 29)

UNICEF recomienda, a nivel regional, que la edad mínima absoluta para contraer matrimonio sea 18 años y, en todo caso, no sea nunca inferior a la edad de consentimiento⁸⁷, destacando para el caso de la República Dominicana que la edad mínima para el consentimiento sexual es de 18 años, pero las niñas pueden casarse desde los 15 años con las autorizaciones pertinentes⁸⁸.

⁸⁷ UNICEF. (2016). “Las edades mínimas legales y la realización de los derechos de las adolescentes: Una revisión de la situación en América Latina y el Caribe”. Fondo de las Naciones Unidas Para la Infancia. Panamá.

⁸⁸ En conjunto con otras organizaciones, UNICEF está proponiendo al Congreso Nacional que establezca una edad mínima absoluta de 18 años para casarse y termine con la facultad de los padres de autorizar el matrimonio de menores de 15 ó 16 y con la facultad del juez de otorgar dispensas para el matrimonio de niñas de menos de 15 o niños de menos de 16 años.

Por otro lado, en el año 2012, se promulga la “Estrategia Nacional de Desarrollo de la República Dominicana hacia el 2030” (Ley No. 01-12), marco general de la planificación actual del Sector Público Dominicano, en la que se ve reflejado el embarazo en la adolescencia como prioridad nacional. En dicha estrategia, la prevención del embarazo adolescente y el acceso a servicios de salud integral, se incluyen dentro del objetivo general 2.1 “Salud y Seguridad Social integral”.

Igualmente, para fomentar el desarrollo de capacidades de las adolescentes embarazadas en el objetivo general 2.3 “Igualdad de derechos y oportunidades” específicamente en su línea de acción 2.3.4.11 se establece “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”.

Políticas actuales que contribuyen a la prevención y atención del embarazo en la adolescencia

La oferta pública orientada a la reducción del embarazo y la maternidad adolescente, ha abarcado la implementación de proyectos, programas, campañas, entre otras intervenciones, las cuales se han basado especialmente en la promoción del acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR). Igualmente, se han centrado en promover el acceso a la información y educación sobre la reproducción y la sexualidad en hogares, comunidades y centros educativos.

Para identificar las acciones implementadas por distintas

instituciones del Gobierno dominicano y de la sociedad civil, llamadas a cumplir el Plan de Prevención del Embarazo en la Adolescencia, y/o a brindar protección social a la población dominicana, el PNUD conformó una Mesa de Discusión de Resultados, en el marco de la realización de este informe. Esta mesa estuvo conformada, en su mayoría, por las instituciones⁸⁹ que conforman el Comité Técnico Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia.

Con el objetivo de conocer el alcance, la cobertura y propósito de las acciones implementadas que pudieran impactar en la prevención del evento, se solicitó a estas instituciones el llenado de un formulario, en el que se incluyeron las informaciones básicas de cada intervención. Además, se realizó una exploración de las memorias institucionales y de otras fuentes de información (ver la matriz de sistematización).

La matriz de sistematización de la oferta de servicios integrales para la reducción del embarazo en adolescentes muestra un total de 13 programas e intervenciones que contribuyen a la prevención y atención integral del embarazo y el post parto. Estas intervenciones desarrollan sensibilización/capacitación en salud sexual y reproductiva, sobre los riesgos del embarazo temprano, la prevención de enfermedades de transmisión sexual, VIH, como prevenir conductas de riesgo y violencia, para las y los adolescentes y sus familias.

En los últimos 5 años, se han implementado distintas estrategias con fuerte concentración en prevención del primer embarazo o subsiguientes, y de servicios de atención post-parto. De acuerdo al análisis de los datos recopilados

⁸⁹ Esta Mesa estuvo conformada por el Programa Nacional Salud Integral Adolescentes- PRONAIISA, División de Salud Materno, Infantil y Adolescentes, instancias del Ministerio de Salud Pública, además participaron el Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia (CONANI), CONAVIHSIDA, el Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales a través de PROSOLI, Ministerio de la Mujer, Adelante Jóvenes Adelante y el Ministerio de Educación.

dos, no se identifica contribución a la asistencia social directa a las madres adolescentes para mitigar los impactos económicos ex post este evento. Entre estas estrategias en implementación, vale destacar algunos componentes innovadores, como la construcción de liderazgo de los y las jóvenes para la capacitación entre pares, y la construcción de redes comunitarias, acciones que pueden dar una mayor sostenibilidad a los procesos.

Sin distinción de las estrategias, en el año 2016 las y los adolescentes que han recibido estos servicios alcanzan la cifra de 820,739. Este valor no incluye los servicios existentes en los centros de primer y segundo nivel para la provisión de anticonceptivos y consejería en el puerperio.

Vale resaltar que estas intervenciones han incorporado a estas capacitaciones a adolescentes hombres, aunque se verifica menor participación que las adolescentes mujeres, representando el 34% del total de capacitados/as. Este hecho se identifica como brecha de oportunidad para plantear soluciones efectivas a este fenómeno.

Finalmente, se resalta la importancia de contar con información sistematizada, actualizada y disponible en el país, que permita realizar un seguimiento sistemático para el cierre de brechas de información y reforzar la inversión en las zonas donde hay menor presencia de oferta pública de estos servicios. Para esto, se requiere primero contar con un repositorio de información que integre en un Registro Único las informaciones generadas por las instituciones, para un mejor diagnóstico de la cobertura con relación a la población adolescente y con exhaustividad señalar las zonas de mayores brechas de acceso a información y a servicios sociales que contribuyen a la reducción del embarazo en adolescentes.

En materia de salud, desde el año 1993 hasta la actualidad, la División de Salud Materno, Infantil y Adolescentes del Ministerio de Salud Pública del país lleva implemen-

tando el Programa Nacional de Salud Integral de los Adolescentes (PRONASIA). El Programa tiene como objetivo proporcionar los criterios técnicos-administrativos generales y los lineamientos básicos para orientar el desarrollo de la oferta de atención integral a la salud de los adolescentes. Se enfoca en la salud sexual y reproductiva en las áreas de promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación, coordinado desde el nivel central y con la implementación a nivel territorial en 7 Hospitales del país.

A través de este programa de alcance nacional, se han desarrollado protocolos de consejería y asesoría en planificación anticonceptiva para las personas adolescentes, así como para la atención al embarazo, parto y puerperio en menores de 15 años. Se han realizado capacitaciones en salud integral de adolescentes a proveedores de salud (personal médico, de enfermería y psicología) y a adolescentes multiplicadores, y se han implementado estrategias de Información, Educación y Comunicación (IEC), como es el caso de la Campaña “Tú No Ta’ Pa’ Eso” (ideada y promovida por UNFPA), con el objetivo de reducir las cifras de embarazos en adolescentes en el país a través de información veraz, clara, científica, y oportuna, entre otras acciones. Cabe destacar que esta campaña ha sido asumida por una gran cantidad de instituciones públicas y privadas, entre las que se encuentran agencias de Naciones Unidas como PNUD, UNICEF, ONU Mujeres.

A nivel regional, el Ministerio de Salud ha implementado durante los años 2012-2016 el proyecto “Fortalecimiento Institucional para la Prevención y la Promoción de salud en Embarazadas y el periodo Neonatal, Región III de Salud”, a través del cual se busca mejorar la calidad de atención prenatal, neonatal y puerperio que brindan los establecimientos de salud, con una población objetivo de 1,200 funcionarios y técnicos de los centros de primer nivel y las Unidades de Atención Primaria de Salud (UNAPs).

Tabla 10
**MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE LA OFERTA DE SERVICIOS INTEGRALES
 PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN AL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD EN ADOLESCENTES**

Institución	Nombre de la intervención	Año de inicio	Descripción breve del proyecto	Alcance geográfico
Ministerio de Educación y CONAVHISIDA	Educación en ITS, VIH y Sida, prevención de embarazos basado en habilidades para la vida.	2013	Promoción de la educación integral en los centros educativos para la prevención de embarazos a temprana edad, VIH y otras ITS, mediante la capacitación y sensibilización de maestros y técnicos, de la población estudiantil, con el involucramiento familiar y comunitario.	Nacional
Ministerio de Educación apoyo financiero y Técnico de la Unión Europea y la AECID.	Fortalecimiento a la estrategia de educación integral en sexualidad	2014	Diseño de protocolos de enseñanza para reforzar la educación integral en sexualidad, con objetivo de capacitar y sensibilizar a docentes y estudiantes, producto de diagnósticos e investigaciones realizadas.	Nacional
Hospital Municipal de Jima Abajo a través de la Unidad de Adolescentes	Proyecto de Fortalecimiento de los Servicios de Atención Integral de Adolescentes, con énfasis en Prevención y Atención de Embarazos Adolescentes	2017	Prevención del embarazo y mejora de los servicios de atención integral a las y los adolescentes, desde una perspectiva intersectorial entre el Ministerio de Educación y de Salud Pública, y creación de una red de adolescentes multiplicadores.	Local
Hospital Regional Universitario Dr. Luis Manuel Morillo King	PRONAIISA La Vega	1995	Provisión de servicios de salud amigables y promoción de la salud integral en la adolescencia a través de la capacitación a multiplicadores hospitalarios, escolares y comunitarios, y a adolescentes, para la prevención del primer embarazo, y formar y capacitar familias fuertes.	Local
Progresando con Solidaridad	Bebé piénsalo bien	2015	Fomentar la reducción del embarazo adolescente a través de una experiencia de simulación de ser padres o madres (simulador bebé), y de charlas para crear consciencia de las implicaciones de la maternidad y paternidad.	Nacional
Adelante Jóvenes Adelante (AJA), en coordinación con el Ministerio de Salud	Tolerancia Cero al embarazo en menores de 15 años.	2014	Promoción de la No tolerancia al embarazo en menores de 15 años, contribuyendo a su reconocimiento como manifestación de violencia sexual, a través de campañas y sensibilización al personal de salud y de educación, para fomentar el cumplimiento de la Ley 136-03.	Nacional
Adelante Jóvenes Adelante (AJA), en coordinación con el Ministerio de Salud	Programa Familias fuertes: "Amor y límites"	2012	Desarrollo de capacidades para la prevención de conductas de riesgo en adolescentes menores de 15 años a través de la capacitación, sensibilización y asesoría a padres/madres/tutores y sus hijos/as, para el reforzamiento de la comunicación y de valores familiares.	Provincial
Adelante Jóvenes Adelante (AJA), en coordinación con el Ministerio de Salud	Programa formación de adolescentes multiplicadores	2012	Estrategia de capacitación entre pares (adolescentes) para generar competencias, promoviendo la adopción de estilos de vida saludables para la prevención de conductas de riesgo, asociadas al embarazo, las ITS/VIH y prevención de violencia.	Provincial

Tabla 10 (Continuación)
MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE LA OFERTA DE SERVICIOS INTEGRALES PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN AL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD EN ADOLESCENTES

Institución	Nombre de la intervención	Año de inicio	Descripción breve del proyecto	Alcance geográfico
Ministerio de la Mujer	Centro de Promoción de Salud Integral de Adolescentes	2015	Jornadas de capacitación a adolescentes y construcción de redes de multiplicadores para la promoción de la salud sexual y reproductiva para propiciar la toma de decisiones informadas previniendo los embarazos, las enfermedades de transmisión sexual y uso de drogas, etc.	Local
Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia	Atención Integral a las Adolescentes Embarazadas	1993	Provisión de servicios de atención integral en salud durante el embarazo y el puerperio, y prevención de embarazos subsiguientes, mediante consultas médicas y charlas educativas a las pacientes y sus familiares.	Local
Ministerio de Salud Pública	Programa Nacional de Salud Integral de los y las Adolescentes (PRONAISA).	1993	Desarrollo de guías y protocolos de atención, y de capacitación y de atención post- parto a los proveedores de servicios y a multiplicadores para reducir el embarazo en adolescentes.	Nacional y local
	• Hospital Dr. Pascasio Toribio Piantini, Salcedo.	2002	Asimismo, a través de la Unidad de Salud Integral de las y los adolescentes en cada Hospital (7 en total), se ofrecen servicios amigables para la prevención de conductas de riesgo, entre las que se encuentra el embarazo temprano, violencia y adicciones.	
	• Hospital Dr. Ángel Concepción Lajara, Tenares	2002		
	• Hospital Municipal Villa Tapia.	2002		
	• Hospital Andrés Boca Chica.	2005		
	• Hospital Municipal de Villa Mella (HMVM).	2010		
• Hospital Local El Almirante.	2013			
	• Hospital Ramón Mella, Dajabón.	2014		
Ministerio de Salud Pública	PRONAISA Estebanía: Abordaje de la salud integral de adolescentes con énfasis en la reducción de embarazos y mortalidad materna	2014	Coordinación interinstitucional a nivel local, para la orientación a jóvenes y al personal de los servicios de salud para prevención del embarazo en la adolescencia y subsiguientes.	Local
Progresando con Solidaridad	Yo decidido esperar	2014	Orientación y sensibilizando a jóvenes de hogares y familias beneficiados por el PROSOLI para crear capacidades para la prevención del embarazo en la adolescencia, subsiguientes y enfermedades de transmisión sexual.	Nacional

Esta matriz fue realizada en base a las informaciones suministradas por las instituciones responsables de las intervenciones.

Por su parte, el Ministerio de la Juventud desarrolla varias intervenciones orientadas a la prevención del embarazo adolescente, como es el caso de las “Casas de la Juventud”, espacios dinámicos para jóvenes con oportunidades para su formación integral e inserción en el mercado laboral. Asimismo, implementan el “Programa de Prevención del Embarazo en la Adolescencia” dirigido a promover los valores y la importancia de planear los proyectos de vida de la adolescencia, a través de la sensibilización, orientación y educación a los jóvenes.

Por otro lado, a través del Programa “Progresando con Solidaridad”⁹⁰ (PROSOLI) de la Vicepresidencia de la República, se implementan dos proyectos de acompañamiento socioeducativo y de orientación para la prevención del embarazo en adolescentes y de enfermedades de transmisión sexual, a saber:

(a) “Bebé, piénsalo bien”, en el cual mediante el uso de simuladores de bebés se promueve la sensibilización y concienciación de los jóvenes sobre la responsabilidad de convertirse en padres y madres a una edad temprana; y

(b) “Yo Decido Esperar”, el cual tiene como objetivo crear capacidades en los jóvenes participantes en PROSOLI para prevenir el embarazo en adolescentes e infecciones de transmisión sexual.

De acuerdo a la Memoria Institucional de PROSOLI, en el año 2016 se orientaron a 65,486 adolescentes y jóvenes sobre prevención de embarazos, salud sexual y reproductiva a través de “Yo Decido Esperar”, y fueron integradas

34,425 adolescentes y jóvenes a las redes de Prevención de Embarazo, a través de “Bebé Piénsalo Bien”.

Además del componente de prevención de PROSOLI, se ejecutan dos proyectos de asistencia a jóvenes embarazadas y en etapa posparto para promocionar la salud materna e infantil: “Prevención en Salud” y “Chispitas Solidarias”. Para el año 2016, PROSOLI ha beneficiado a 3,664 embarazadas y 12,847 niños y niñas entre 6 meses y 59 meses, miembros de familias participantes del programa, que recibieron micronutrientes en polvo (Chispitas Solidarias). Igualmente, se verificó el cumplimiento del esquema de consulta y controles de salud dentro de las corresponsabilidades de salud, para el 99% de los niños de 0 a 5 años y para el 99% de las mujeres embarazadas del programa⁹¹.

Por su parte, desde el año 2013, a través de la Dirección de Orientación y Psicología del Ministerio de Educación, se desarrolla el proyecto “Educación en ITS, VIH y Sida, prevención de embarazos basado en habilidades para la vida”, a escala nacional. El mismo cuenta con el apoyo financiero y Técnico del Consejo Nacional para la Prevención del VIH y Sida (CONAVHISIDA). Este proyecto se enfoca en promover la educación integral en los centros educativos, que incluye la prevención de embarazos y de la transmisión de enfermedad de transmisión sexual de los adolescentes, a la vez que se promueve la autonomía individual y la capacidad para la toma de decisiones responsables de los mismos, alcanzando de manera directa a 264,171 adolescentes durante los años 2013-2015 a través del abordaje en las aulas sobre los temas priorizados.

⁹⁰ PROSOLI protege a las familias más pobres y encarecidas de la República Dominicana, e incide en el acervo de su capital humano y social, mediante la entrega de transferencias monetarias condicionadas, con la finalidad de asegurar el consumo mínimo de estas familias y garantizar su acceso a los servicios básicos de Salud y Educación. (<http://progresandoconsolidaridad.gob.do/nosotros/quienes-somos/>).

⁹¹ PROSOLI. (2016). “Progresando con Solidaridad: Memorias Institucionales 2016”. Progresando con Solidaridad. Santo Domingo.

Recuadro 16**EL ÍNDICE DE POBREZA MULTIDIMENSIONAL EN REPÚBLICA DOMINICANA:
UNA VISIÓN DE LA POBREZA MÁS ALLÁ DEL INGRESO**

El Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) desarrollado por Sabina Alkire y James Eric Foster, desde la iniciativa de Oxford para la Pobreza y el Desarrollo Humano (OPHI, por sus siglas en inglés), se incluye por primera vez en el Informe Mundial sobre Desarrollo Humano en 2010 “La verdadera riqueza de las naciones: Caminos al desarrollo humano”. Dicho índice sigue la visión multidimensional del desarrollo humano y se basa en el enfoque de capacidades. De esta manera, refleja las realidades y contextos locales identificando privaciones que persisten a pesar del aumento del ingreso, aportando herramientas para delinear políticas y estrategias antipobreza. Además, permite complementar medidas monetarias y abrir un espacio para diseñar intervenciones integrales, identificando mejor las privaciones y las respuestas de política pública.

De hecho, este indicador mide la cantidad de personas afectadas por privaciones simultáneas y el número de carencias que enfrentan en promedio. Igualmente, permite desglosar sus dimensiones para mostrar cómo cambia la composición de la pobreza multidimensional, en incidencia e intensidad, entre distintas regiones, grupos socioeconómicos, género, entre otros, lo cual tiene consecuencias útiles en materia de intervenciones.

Los IPM globales - que se incluyen en los informes de desarrollo humano - permiten comparabilidad intra e inter-regional. Actualmente, se mide en 102 países y cubre el 75% de la población mundial, registrando 1.6 billones de personas multidimensionalmente pobres.

PORCENTAJE DE MUJERES ENTRE 12 Y 30 AÑOS QUE PERTENECEN A HOGARES CON PRIVACIÓN POR CADA INDICADOR DEL IPM-RD

Dimensión	Indicador	Rango de edad	
		12-19 años	20-30 años
Salud	Mortalidad infantil	2.6%	3.3%
	Aseguramiento	87.0%	73.2%
	Enfermedad	33.3%	32.0%
	Seguridad alimentaria	49.4%	45.9%
Educación	Logro educativo	60.9%	65.9%
	Rezago educativo	41.3%	11.6%
	Inasistencia escolar	35.5%	8.7%
	Cuidado infantil	0.0%	0.2%
Sustento y trabajo	Sustento económico	3.5%	8.7%
	Trabajo infantil	4.4%	3.7%
	Informalidad	1.0%	0.3%
Vivienda y entorno	Material de la vivienda	14.5%	12.1%
	Acceso al agua	61.7%	60.0%
	Saneamiento	41.2%	25.8%
	Combustible para cocinar	8.0%	8.5%
	Electricidad	59.9%	54.5%
	Hacinamiento	36.6%	33.2%
	Cercanía a focos de contaminación	43.1%	35.1%
	Cercanía a fuentes de peligro	0.0%	0.2%
Brecha digital y convivencia	Brecha digital	27.7%	36.3%
	Inseguridad ciudadana	0.0%	0.2%
	Discriminación	16.9%	20.6%
	Autonomía	13.8%	17.6%
	Documentación	29.9%	16.2%

Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por el Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN)

¹ <http://www.ophi.org.uk/multidimensional-poverty-index/mpi-data-bank/>

Recuadro 16 (Continuación)**EL ÍNDICE DE POBREZA MULTIDIMENSIONAL EN REPÚBLICA DOMINICANA: UNA VISIÓN DE LA POBREZA MÁS ALLÁ DEL INGRESO**

Recientemente, y siguiendo los pasos de otros países de la región como Colombia y El Salvador, la República Dominicana, desde la Vicepresidencia de la República, ha construido el IPM-RD. A diferencia del IPM global, que mide tres dimensiones: salud, educación y nivel de vida, el IPM-RD, a través de un proceso inclusivo de consultas, adaptó las dimensiones ya existentes e incluyó dos dimensiones adicionales con relevancia para el contexto nacional: sustento y trabajo, y brecha digital y convivencia, que comprenden indicadores de seguridad ciudadana, discriminación, autonomía, brecha digital, y vulnerabilidad frente a eventos climáticos, elaborando además una ficha de levantamiento a nivel de hogar para su cálculo, la cual permitió calcular los nuevos indicadores que reflejan la realidad de la República Dominicana.

Seguendo la metodología propuesta por la CEPAL, se ha calculado un IPM-LA por parte del Ministerio de Economía, Planificación

y Desarrollo (MEPYD) para comparabilidad entre los países de la región latinoamericana. Los datos utilizados provienen de las Encuestas Nacionales de Fuerza de Trabajo (ENFT), levantadas por el Banco Central de 2000 a 2016. El IPM-LA está conformado por cinco (5) dimensiones, entre las que se incluye vivienda, servicios básicos, estándar de vida, educación, empleo, y protección social.

Los ejercicios de cálculo de la pobreza multidimensional en República Dominicana complementan la medida oficial por ingreso e identifican brechas adicionales que se registran en el país, aportando a la realización de la visión establecida en la Estrategia Nacional de Desarrollo (END), y en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

A partir de los datos recabados del SIUBEN, y aplicados a los hogares en que residen las adolescentes entre 12 y 19 años, y las mujeres entre 20 y 30 años, que han esta-

do embarazadas, se evidencian privaciones importantes en las distintas dimensiones del IPM-RD. Por ejemplo, una mayor proporción de adolescentes con algún embarazo entre los 12 y 19 años pertenece a hogares con privaciones en el indicador sobre reza-go educativo (41.3%), inasistencia escolar (35.5%), saneamiento (41.2%) y documentación (29.9%), al compararse con aquellas que postergaron el embarazo luego de la adolescencia. Comprender las causas de estas diferencias es una oportunidad y un reto para el Estado dominicano.

Las nuevas políticas en materia de pobreza, educación, salud, género y, en especial, las relativas al embarazo en adolescentes, podrán orientar con mayor eficacia sus acciones al contar con un novedoso instrumento de medición que fortalecerá la capacidad de los actores/as clave y tomadores/as de decisiones y permitirá diseñar y aplicar políticas efectivas basadas en evidencias.

Igualmente, desarrollan el proyecto de “Fortalecimiento a la estrategia de educación integral en sexualidad”, en el que se persigue “contribuir al desarrollo integral de la sexualidad de los niños, niñas, adolescentes, jóvenes y personas adultas a través de procesos socio-educativos basados en evidencias científicas y mediante estrategias metodológicas que propicien el desarrollo de competencias”. A través de este proyecto se han beneficiado 19,233 estudiantes en 30 centros

educativos Regionales seleccionados en San Cristóbal y de Santo Domingo.

Otra estrategia de Información, Educación y Comunicación (IEC), implementada por la organización de la sociedad civil Adelante Jóvenes Adelante (AJA), en coordinación con el Ministerio de Salud, fue el de “Tolerancia Cero al embarazo en menores de 15 años”. La campaña estuvo presente en todo el territorio nacional en el año 2014,

dando visibilidad al vínculo entre el embarazo en menores de 15 años y la violencia sexual, incidiendo en el cumplimiento de la Ley 136-03 sobre el “Código para el Sistema de Protección y los Derechos Fundamentales de Niños, Niñas y Adolescentes”. Asimismo, desde el año 2012, AJA implementa dos programas provinciales: a. el “Programa familias fuertes: Amor y límites” para prevenir las conductas de riesgo en adolescentes entre 10 y 14 años de edad mejorando las relaciones padres/madres/tutores e hijos, y b. el “Programa formación de adolescentes multiplicadores” para generar las competencias en las y los adolescentes entre 10 y 19 años de edad para la adopción de estilos de vida saludables, con énfasis en adquisición de habilidades para la prevención de conductas de riesgo asociadas al embarazo, las ITS/VIH y la violencia.

A nivel provincial y municipal, se han identificado varios proyectos en marcha que se enfocan en promover la reducción del embarazo adolescente, a través del acceso a servicios de salud amigables para las adolescentes, como es el caso del Hospital Regional Universitario Dr. Luis Manuel Morillo King. Este proyecto ofrece este servicio en la provincia de La Vega a través de PRONALISA, del cual se han beneficiado en el año 2016 alrededor de 855 hombres y 3958 mujeres.

Asimismo, se verificaron iniciativas desarrolladas por los hospitales públicos municipales en los que se aboga por brindar servicios de salud integral a las adolescentes desde un enfoque de derechos humanos, incluyendo acciones de formación, información y sensibilización comunitaria. Por ejemplo, en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora De La Altagracia se implementa el programa de “Atención integral a las adolescentes embarazadas” desde el año 1993, para los barrios pobres de la provincia de Santo Domingo, beneficiándose casi diez mil mujeres en el año 2016 (9,539 mujeres).

Este mapeo de intervenciones en materia de prevención y reducción del embarazo adolescente no es exhaustivo. Más bien, presenta pinceladas de áreas de intervención desarrolladas desde distintas instancias que confirman el Comité Inter-institucional de Prevención de embarazo en la adolescencia y de las cuales se obtuvo información.

A pesar de las múltiples intervenciones en el tema, la preocupación se mantiene, ya que la tasa de embarazo adolescente no ha mostrado cambios significativos en los últimos años. Se han identificado brechas en el alcance de las políticas, que es desigual a nivel territorial, la dificultad de la articulación inter institucional y la sectorialización del problema. Esto sugiere la necesidad de examinar el enfoque, alcance y resultado de las políticas actuales que deben responder a la complejidad del fenómeno, que como se ha indicado anteriormente, tiene repercusiones no solo para la adolescente pero también para el padre biológico de su primer hijo/a o pareja, sus hijos/as y su entorno. Cabe destacar que muy pocos programas cuentan con evaluaciones de resultados o de impacto sobre las intervenciones realizadas. Este ejercicio daría los insumos para determinar si requieren ser ampliados, reenfocados, contar con mayor asignación presupuestaria, entre otros. Estas decisiones clave, para un enfoque más integral del tema, deben realizarse derivados de resultados y evidencias, que pueden ser generados a través de evaluaciones.

Conclusiones

El mapeo de políticas presentado en este capítulo recolectó una veintena de intervenciones que aportan a la problemática con diferentes niveles de alcance y enfoque. La mayoría ha estado centrado en mejorar el acceso a los servicios de salud, especialmente los de salud sexual y reproductiva, así como en la implementación de acciones de prevención a través de educación, sen-

Recuadro 17**PROGRAMA JUVENTUD Y EMPLEO DEL MINISTERIO DE TRABAJO DE LA REPÚBLICA DOMINICANA**

El Programa Juventud y Empleo es una iniciativa del Ministerio de Trabajo que tiene como objetivo mejorar la empleabilidad de la población joven de bajos ingresos, en situación de riesgo social, a través de una capacitación laboral teórico-práctica en salas de clases y una primera experiencia laboral mediante pasantías en empresas. La población objetivo del programa son jóvenes de 16 a 29 años desempleados, subempleados o inactivos, que no han completado la educación secundaria y se encuentran fuera del sistema educativo formal; deben pertenecer, además, a sectores en situación de pobreza¹. Los objetivos específicos del programa son:

- Aumentar las posibilidades de empleo de la población de menos ingresos.
- Aportar mano de obra joven calificada.
- Incrementar el desarrollo de currículos que sean pertinentes al sector productivo.
- Fortalecer la relación del sector empresarial-Institutos de Capacitación.
- Formación ocupacional de miles de jóvenes.

En 2015² el Banco Interamericano de Desarrollo publicó una evaluación de impacto del programa. Los datos utilizados por el estudio correspondieron a una entrevista realizada

a 2,227 mujeres entre 16 y 29 años seleccionados de un registro de 10,309 jóvenes elegibles. Un tercio de este grupo correspondía a mujeres ya embarazadas o que lo habían estado al momento de participar en una encuesta de seguimiento. Los autores se propusieron explorar los mecanismos a través del cual el programa pudo incidir en las probabilidades de embarazo de la población objetivo, así como estimar los efectos simultáneos de Juventud y Empleo en las competencias interpersonales de las adolescentes, así como la asociación del programa con la paternidad juvenil.

Los resultados de la evaluación muestran que el programa reduce la probabilidad de un embarazo en alrededor de 3 puntos porcentuales para todas las mujeres, pero que este impacto no es estadísticamente significativo. Sin embargo, los efectos son mucho mayores y estadísticamente significativos para las adolescentes entre 16 y 19 años, con una reducción en la probabilidad de un embarazo de 20%.

El estudio señala en sus conclusiones que el programa mejora las habilidades interpersonales de las mujeres jóvenes y sus expectativas de futuro. Los efectos del programa a través de esos mecanismos no son homogéneos. En particular, los hallazgos indican

que Juventud y Empleo tiene un impacto significativo para las mujeres solteras que aún no son madres, y tiene un rol protector para las adolescentes con niveles moderados de autoestima previo a la intervención del programa y para aquellas que provienen de hogares más pobres. El estudio concluye con una serie de recomendaciones de política relevantes:

- Las adolescentes con altos niveles de autoestima y mejores habilidades interpersonales y que tienen mayores esperanzas con relación al futuro tienen una mayor propensión a posponer el embarazo.
- Los programas que incluyen entrenamiento en habilidades interpersonales pueden cambiar no solo aquellas que son necesarias para tener un mejor desempeño en el mercado laboral, sino que incrementan la autoconfianza y las expectativas de futuro.

Este tipo de programas desincentiva el embarazo en una etapa temprana por el costo de oportunidad que representa y puede incidir en la decisión de las adolescentes de postergarlo. En contextos de altas tasas de embarazo, iniciativas como Juventud y Empleo puede tener resultados positivos en la tasa de embarazo en adolescentes y, por ende, en los indicadores del mercado laboral.

¹ Ver: <http://www.ministeriodetrabajo.gob.do/index.php/dependencias-mt/direccion-general-de-empleo/juventud-y-empleo>

² 2015, IDB Working Paper Series No. IDB-WP-660. Rafael Novella and Laura Ripani: Are You (Not) Expecting? The Unforeseen Benefits of Job Training on Teenage Pregnancy.



sibilización, comunicación y charlas motivacionales. Se listaron también otros programas cuyo enfoque incluye acciones para postergar un segundo embarazo.

Los resultados de estos esfuerzos evidencian resultados importantes en términos de coordinación interinstitucional y monitoreo que deben continuar y fortalecerse, por ejemplo, de cara al nuevo Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente. Sin embargo, se observan algunas brechas de oportunidad en términos de: incremento del alcance (en el número de beneficiarios), asignación presupuestaria, calidad y disponibilidad de la información y servicios recibidos, e inclusión de un enfoque más amplio que aborde de forma explícita tanto para el ámbito de la prevención (ex ante) como para la atención (ex post). Estas limitaciones se vieron reflejadas en los resultados cuantitativos y cualitativos de este informe.

También contar con información desagregada y actualizada directamente relacionada con los programas que contribuyan a la reducción del embarazo en adolescente

permitiría profundizar el análisis en torno a los recursos necesarios y el impacto y efectividad de los programas existentes.

En este contexto, se hace necesario el fortalecimiento de las políticas públicas existentes y el diseño de nuevas acciones formuladas desde una perspectiva multidimensional, que tome en cuenta diferentes momentos del ciclo de vida de los/las jóvenes. Esto implica políticas públicas efectivas que reduzcan las desigualdades que enfrentan las poblaciones vulnerables desde la infancia, que permitirían mejores condiciones en las etapas de vida siguientes. En adición, se requieren intervenciones orientadas por un lado, a la prevención de los embarazos adolescentes desde la pre-adolescencia; y por otro lado, políticas de atención y apoyo para la construcción de capacidades y acceso a oportunidades en el mercado laboral para jóvenes que ya experimentaron el embarazo en etapa temprana. La combinación de estas políticas contribuiría a abordar la problemática en sus diferentes temporalidades.



CAPÍTULO 5

HACIA POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS MULTIDIMENSIONALES PARA ENFRENTAR EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Este Informe parte de la premisa básica del desarrollo humano que plantea que el bienestar es multidimensional. Por tanto, las intervenciones para alcanzarlo deben ser integrales. Las desigualdades y las exclusiones representan obstáculos para el desarrollo humano en República Dominicana. La problemática del embarazo en adolescentes se constituye en una de sus principales manifestaciones.

A nivel nacional, el embarazo adolescente presenta mayores tasas de incidencia en las áreas geográficas de menor desarrollo humano y mayor pobreza. En efecto, las cifras para el país señalan que es un fenómeno típico de los estratos socioeconómicos bajos, que puede profundizar situaciones de privación y pobreza, y limitar las oportunidades de desarrollo humano futuro de las/los adolescentes. Es un fenómeno que presenta tasas de incidencia que superan el promedio de los países de desarrollo humano alto, con patrones similares a países de bajo desarrollo humano, cuya categoría ha sido superada por el país. Los logros en materia de desarrollo humano en el país, por tanto, son frágiles, con posibilidades de revertirse sobre todo a lo interno de los territorios donde la distribución del desarrollo humano es más desigual.

A partir de un análisis a profundidad - que incluye tanto causas como consecuencias del embarazo adolescente - se han estimado las pérdidas en desarrollo humano que se producen por dicho evento y que lesionan las oportunidades de progreso a lo largo del ciclo de vida. El documento ha producido evidencias con una visión holística, que incluye un conjunto de variables e indicadores para indagar sobre las perspectivas de desarrollo humano no solo de las jóvenes, sino también de sus padres y madres, de los padres biológicos de sus hijos/as, de su entorno y de su comunidad.

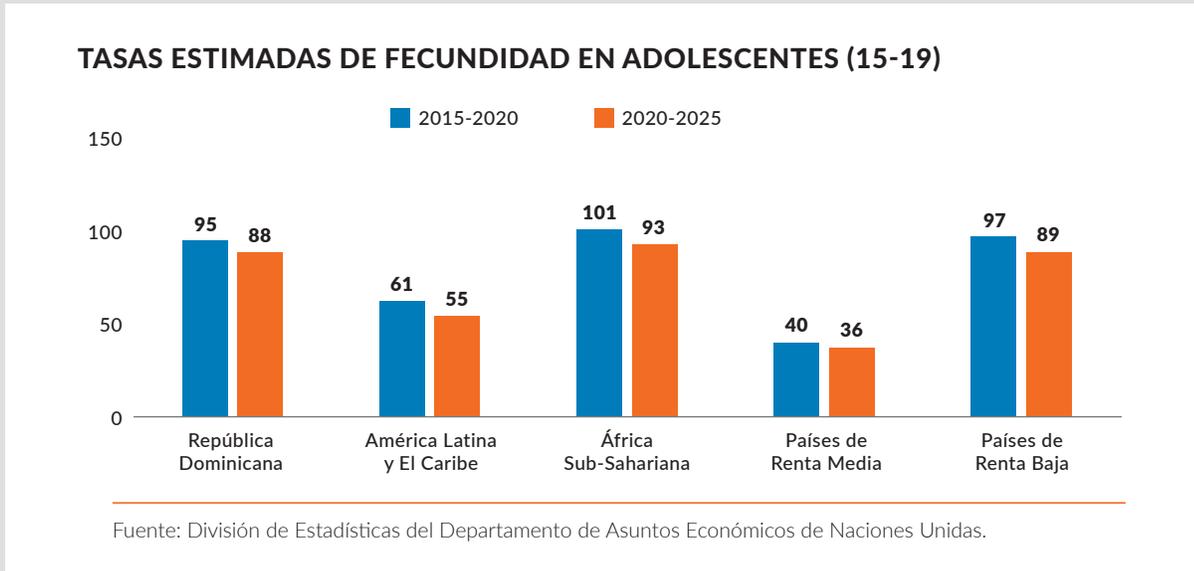
A nivel general, las evidencias recabadas por el Informe indican que:

- Los hogares con mujeres que se embarazaron después de la adolescencia presentan mejores condiciones socioeconómicas que los hogares con mujeres que se embarazaron en la adolescencia.
- La mujer que se embaraza más tarde ingresa más fácilmente a la población económicamente activa, tiende a casarse con una persona con mayor nivel educativo y reside en un hogar con mayor cantidad de perceptores de ingresos por tamaño del hogar.
- Se registra una relación significativa entre el embarazo adolescente y las uniones tempranas.
- En relación a la educación formal, el estudio reporta que las madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de abandonar los estudios debido al embarazo.
- La iniciación de las relaciones sexuales a cada vez más temprana edad incide en una mayor fecundidad en adolescentes, con repercusiones importantes por las débiles capacidades construidas, la escasez de conocimiento, de acceso a información adecuada y de métodos anticonceptivos.
- Las limitaciones en materia de desarrollo humano por el embarazo adolescente se evidencian, no solo en la joven adolescente sino también en los padres de la joven, en el padre biológico de sus hijos/as y en sus propios hijos/as.
- Al comparar la situación de las mujeres que fueron madres en la adolescencia con aquellas que lo pospusieron para otra etapa posterior, se registran diferencias significativas en áreas claves del bienestar. Esta diferencia, o efecto neto es el costo de oportunidad de quedar embarazada en la adolescencia. En los entornos estudiados en este informe, este costo de oportunidad es alto.

- Los hijos/as de las mujeres embarazadas adolescentes tienen una posibilidad de fallecimiento infantil 3.9 veces superior al que tienen los/as hijos/as de aquellas cuyo primer embarazo fue posterior a la adolescencia.
- La joven que experimentó un primer embarazo en la adolescencia tiene menos posibilidades de tener acceso a las TICs, en comparación con la mujer que se embarazó a una edad posterior a la adolescencia.
- La percepción de inseguridad alimentaria del conjunto familiar registra un porcentaje mayor en el grupo de mujeres con embarazo en la etapa adolescente. Aunque es una preocupación presente entre las madres de embarazo posterior, reporta un porcentaje menor.
- Desde la perspectiva demográfica, el embarazo en la adolescencia afecta la fecundidad global, con espacios inter-genésicos cortos y una mayor cantidad de hijos e hijas, lo que predispone a riesgos de salud a futuro de la adolescente que experimenta embarazo.
- Entre los/las entrevistados/as se reconoce que existe información, personas, entidades y herramientas que ofrecen orientaciones en materia de salud sexual y reproductiva. Si bien la mayoría indica haber recibido algún nivel de educación sexual, hay debilidades importantes en la calidad y frecuencia de acceso a la misma, además de la disponibilidad y acceso a los métodos anticonceptivos y de planificación familiar, y servicios de salud sexual y reproductiva.
- Las jóvenes embarazadas dentro de la muestra, manifiestan haber experimentado discriminación en los entornos educativos, familiares y de su comunidad.
- Asimismo, la mayoría de las jóvenes afirma que si hubiesen tenido ayuda para cuidar a la criatura (estancias infantiles, guarderías, mejores círculos de apoyo), hubiesen retomado sus estudios antes.
- La mayoría de las jóvenes entrevistadas admite que su vida cambió tras el embarazo adolescente, haciendo referencia, a la pérdida de libertades para divertirse, a dejar los estudios, y a la responsabilidad que representa la criatura.
- Las jóvenes expresaron que la violencia por parte de su pareja o del padre biológico de su primer hijo/a se manifiesta con manipulación emocional y violencia verbal.
- Los roles de género tradicionales se traspasan de generación a generación, las madres (y abuelas, tías, hermanas) son las que suelen estar presentes y apoyar a la adolescente durante y después del embarazo.
- Los sueños y aspiraciones más comunes para el futuro son tener una casa propia, conseguir un buen trabajo, tener un negocio propio, y terminar los estudios.
- Las parejas de las mujeres con embarazo en la adolescencia alcanzaron un nivel educativo menor que las de aquellas cuyo primer embarazo fue posterior. Este resultado también se evidencia en la situación económica, en las responsabilidades paternas (crianza y educación de los niños), entre otras.
- A mayor edad de la primera unión de la madre de la joven adolescente, menor es la probabilidad de que ésta experimente un embarazo en la adolescencia.
- A mayor edad del primer embarazo de la madre de la joven adolescente, menor es la probabilidad de que ésta experimente un embarazo en la adolescencia.

Recuadro 18

PROYECCIÓN A 2025 DE LAS TASAS DE FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES



A pesar de que las estimaciones de la tasa de fecundidad en adolescentes sugieren una tendencia hacia la disminución, no deja de llamar la atención la magnitud de la tasa para República Dominicana en comparación con el resto de la región. En efecto, aun cuando se prevé que la tasa disminuya 7 puntos a 2025, situándose en 88 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años, este indicador dista considerablemente de la tasa proyectada para América

Latina y El Caribe al mismo periodo, superándola en 60%. Adicionalmente, las estimaciones indican que los resultados para República Dominicana guardan una mayor semejanza con las proyecciones de los países de renta baja y del África Sub-Sahariana, aun cuando el país es considerado como una nación de renta media (a 2025 la tasa del país será 1.4 veces superior que la de los países de su grupo de ingresos).

Recomendaciones de políticas

“Si hacer más de lo mismo no permite extender los logros alcanzados hacia los millones de personas que no se han visto beneficiadas por la transformación social y económica que se produjo en la región en el período comprendido de 2003 a 2013, ¿por dónde empezar para hacer las cosas de manera distinta?”

- Informe Regional de Desarrollo Humano 2016.

Para lograr transformaciones significativas en las vidas de las/los jóvenes, sus familias y sus entornos se requiere ir más allá de lo que hasta ahora se ha realizado. Más de lo mismo no es sostenible porque no garantiza resultados distintos. Se hace necesario una combinación de políticas orientadas al cierre de las brechas sociales y económicas con aquellas que rompan el círculo de exclusiones. En definitiva, más de lo mismo debe dar paso a una nueva arquitectura multidimensional basada en evidencias y ajustada a la realidad de los contextos locales.

A continuación se proponen tres líneas de acción que agrupan intervenciones para afrontar el embarazo adolescente y sus impactos: i) respuestas multidimensionales en el marco de la agenda 2030, ii) arquitectura de políticas públicas integrales y iii) grupo de medidas o “combos” territoriales. Esto conlleva tanto una mejor articulación de las políticas existentes como el desarrollo de nuevas intervenciones.

i) Respuestas multidimensionales para la Agenda 2030

Cualquier respuesta a la problemática de embarazo adolescente pasa por reconocer el nuevo conjunto de instrumentos integrales, universales e incluyentes proporcionadas por la Agenda 2030 a nivel global. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible —la primera agenda global de desarrollo— constituye un acuerdo histórico, firmado por 193 Estados Miembros en septiembre de 2015, para tratar las dimensiones económicas, sociales y ambientales del desarrollo. Los ODS dan forma concreta al desafío de transitar desde un enfoque basado en el crecimiento económico y el ingreso hacia un enfoque integral que incluya las múltiples dimensiones que dibujan el bienestar de las personas.

El enfoque multidimensional para abordar el embarazo en adolescentes parte de las siguientes consideraciones:

- Se basa en el paradigma de desarrollo humano.
- Se sustenta en evidencias.
- Promueve la focalización de las políticas y programas, y fortalece la participación de los gobiernos locales en la toma de decisiones y la ejecución de las iniciativas.

Más de lo mismo no es sostenible porque no garantiza resultados distintos.

- Requiere la coordinación estrecha a nivel local de las distintas sectoriales que inciden en el tema.
- Promueve políticas integrales que incluyen la familia, la escuela, la pareja de la adolescente, los espacios laborales, entre otros.
- Fomenta la construcción de resiliencia ante posibles choques externos.
- Aboga por un marco legal coherente y basado en derechos.

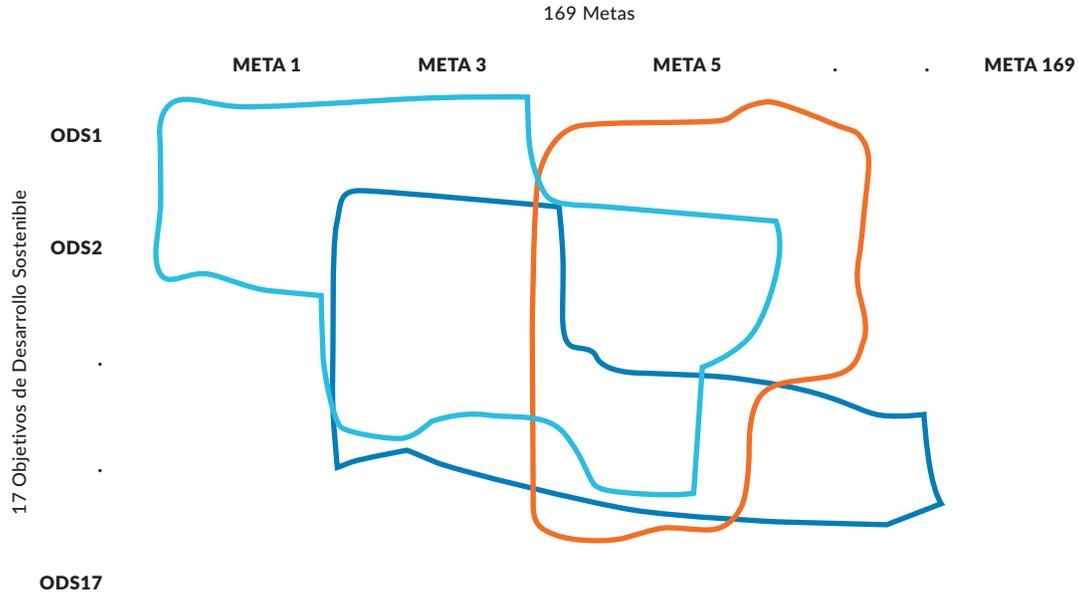
Asimismo, esta visión requiere de inversiones oportunas a lo largo del ciclo de vida. Para segmentos más sensibles como los niños/as y las/os adolescentes, se requiere también lograr una mejor sincronía⁹² en la inversión social desde el Estado. También requiere empujar las barreras de las políticas para que sean más abarcadoras, especializadas y menos generales y atemporales. En adición, invertir en la creación de capacidades desde la temprana edad repercute en un mejor desarrollo cognitivo, afectivo, social y de maduración emocional, que contribuye a mejorar las posibilidades de desarrollo humano.

La problemática de embarazo adolescente se encuentra en la intersección de múltiples dimensiones de oportunidades y carencias: desde condicionantes estructurales (pobreza, zona de residencia, oferta educativa) hasta dinámicas en su entorno cercano (características familiares, la edad del primer contacto sexual y edad de primer

⁹² Sincronía se refiere a mayores niveles de inversión en etapas en los ciclos de vida de mayor riesgo con el objetivo de obtener ganancias en etapas posteriores, generando mayor equidad.

Diagrama 5

AGRUPAMIENTO DE LAS METAS DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE SOBRE LA BASE DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE CADA PAÍS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE



Fuente: PNUD, 2016, Progreso Multidimensional: bienestar más allá del ingreso, Nueva York: PNUD.

embarazo, nivel educativo, así como oportunidades de inserción laboral local, entre otras).

Las políticas públicas relacionadas con el embarazo en la adolescencia deben incluir no solo a la joven, sino también a su pareja o padre biológico de sus hijos (que muchas veces también experimenta exclusiones duras); debe incluir también a los padres y madres de los/as adolescentes para que éstos puedan mejorar su calidad de vida y acumular capacidades y oportunidades; debe incluir también a los hijos/hijas de las adolescentes, para asegurar que tengan un futuro con mayores oportunidades y capacidades.

De igual manera, se hace imprescindible desarrollar intervenciones diferenciadas, por un lado, para aquellas/aquellos jóvenes que aún no han experimentado el embarazo

adolescente (o la maternidad/paternidad adolescente) y por otro lado, para aquellas/aquellos jóvenes que ya han sido madres/padres, para que puedan tener mayores oportunidades, opciones y derechos. Se requiere entonces una combinación de políticas a distintos niveles, para distintos grupos y para distintas temporalidades (ex post y ex ante). En adición se requiere fortalecer el alcance de políticas universales que reduzcan vulnerabilidades y desigualdades existentes, en áreas como salud, educación, vivienda, empleo, documentación, atención a la primera infancia, entre otras.

ii) Arquitectura de políticas públicas integrales para el embarazo adolescente

Los retos del embarazo adolescente trascienden las acciones de cualquier sector social –salud, educación o

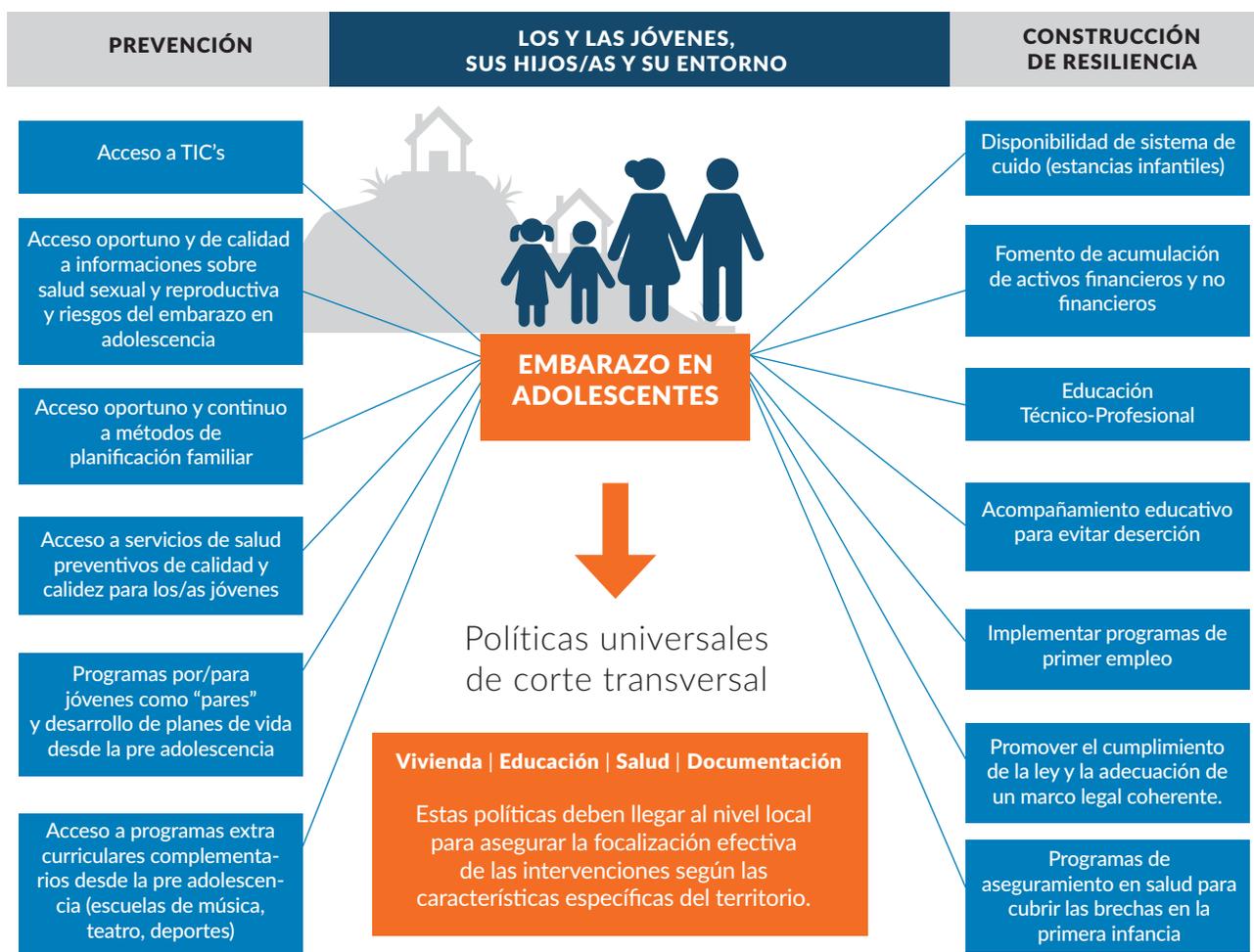
género-. Siguiendo la evidencia presentada en este Informe, se requiere de acciones “ex ante” y “ex post.” Ambas acciones son complementarias. Deben situarse en un espacio específico –con un enfoque territorial–y deben implementarse a lo largo del tiempo –con un enfoque de ciclo de vida. Esta nueva arquitectura de políticas –de aterrizaje territorial y aterrizaje a lo largo del ciclo de vida– debe procurar trascender la inercia de más-de-lo-mismo en la agenda de embarazo adolescente.

Políticas ex ante para la prevención

Es necesario diseñar políticas diferenciadas que permitan un enfoque preventivo para los/las jóvenes adolescentes que aún no son madres o padres. Aun cuando estas políticas articularían intervenciones en momentos específicos diferenciados por sexo y de acuerdo a la etapa de la niñez o adolescencia de que se trate. El desarrollo de programas novedosos que integren a la juventud en su

Diagrama 6

CONJUNTO DE INTERVENCIONES PARA ABORDAR EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DESDE UNA PERSPECTIVA MULTIDIMENSIONAL



diseño e implementación es otra de las oportunidades que debe aprovechar el paradigma multidimensional para la consecución de sus logros. También se puede incluir el desarrollo de programas de roles modelo⁹³ que sirvan como fuentes de inspiración para las/los jóvenes y su entorno, y que apoyen la construcción de proyectos de vida que retrasen el embarazo a una etapa posterior.

El apoyo a los gobiernos locales en el marco de una articulación territorial efectiva es uno de los pilares fundamentales del enfoque multidimensional aquí propuesto. En efecto, el espacio local es uno de los nexos más importantes, junto a la familia, entre la implementación de las políticas y la juventud. Es en estos espacios en donde deben utilizarse los mecanismos ya disponibles en torno a la inversión y participación a nivel local (presupuesto participativo, utilización de recursos asignados para temas sociales, articulación de programas en comunidades remotas, entre otras). Como abordaje preventivo se propone también:

- Mejorar el acceso y el alcance a información y educación sexual de calidad y apropiada al lenguaje de los/as jóvenes sin discriminación. Dicho acceso debe proveerse desde diversas instancias de manera coordinada y con un formato de implementación unificado.
- Asegurar el alcance y la permanencia de uso de servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo acceso a métodos anticonceptivos.
- Programas y campañas hechas por jóvenes, para jóvenes sobre prevención del embarazo y de unirse temprano a nivel nacional y territorial. Estas campañas deben estar destinadas a visibilizar el costo de oportunidad de embarazos a temprana edad y que

permitan configurar un nuevo conjunto de normas sociales en torno a la problemática.

- Generar información geográfica sobre localidades y municipalidades con altos niveles de embarazo adolescente que se integre a otros sistemas existentes y que guíe el diseño, la implementación y evaluación de políticas integrales en el territorio.
- Identificar comunidades pilotos para probar algunos de los resultados de esta investigación con la aplicación de políticas específicas, por ejemplo: acceso a tecnología, información y servicios de salud sexual y reproductiva y sistemas de cuidado, entre otros.

Políticas ex post para construir resiliencia

Por su parte, la disponibilidad de sistemas públicos -disponibles a nivel nacional- de cuidado para la primera infancia es un componente esencial del nuevo paradigma multidimensional. La provisión de espacios de cuidado para las madres adolescentes está vinculada con la construcción de capacidades y la posibilidad de que éstas logren vincularse a opciones productivas. Una iniciativa que no admite demoras es la vinculación de los pares masculinos (padres biológicos de su primer hijo/a, pareja de la adolescente) en las intervenciones enfocadas en los temas de salud sexual y reproductiva, desarrollo de capital humano, paternidad responsable, violencia de género, entre otras.

Un enfoque multidimensional para abordar los efectos del embarazo en la adolescencia incluye:

- Ampliar y mejorar la disponibilidad de sistemas públicos de cuidado para la primera infancia que estén disponibles para los hijos/as de adolescentes, integrando

⁹³ Estudiando personajes en la historia y en la actualidad que se han destacado de manera positiva en los ámbitos de las ciencias, la educación, literatura, economía, las artes, el deporte, entre otros tanto a nivel internacional, nacional y local.

una estrategia única que estandarice los protocolos de atención y criterios de entrada.

- Centrar en los pares masculinos las nuevas iniciativas propuestas: los padres biológicos de los hijos/as en adolescentes deben ser parte integral de todas las políticas y programas.
- Apoyo en el desarrollo de políticas locales, involucrando a los actores y autoridades locales (articulación territorial, presupuesto ciudadano).
- Aprovechar políticas existentes para amplificar su impacto en este tema como es: República Digital para el acceso a TIC, estancias infantiles para educación en la primera infancia, y la jornada extendida en la educación pre universitaria.
- Profundizar el alcance de programas que fomentan la igualdad de género, el empoderamiento de las mujeres y su conocimiento sobre sus derechos.
- Mejorar y ampliar el acceso y la oferta a educación técnico vocacional de calidad y pertinente para las y los adolescentes.
- Acercar a las zonas de pobreza, programas de primer empleo o intermediación laboral facilitando la inserción al mercado formal.
- Mejorar los marcos legales existentes al igual que su cumplimiento para asegurar los derechos de las niñas, adolescentes y mujeres en materia de violencia, discriminación, entre otras.
- Identificar comunidades pilotos testear algunos de los resultados de esta investigación con la aplicación de políticas específicas.

Los resultados de este informe sugieren también que se hace necesaria la implementación de estrategias de mejoramiento de la calidad de la educación, de modo que los aprendizajes sean relevantes para ampliar las opciones y construir capacidades de decisión consciente, esencial para promover autonomía en la vida adulta, además de programas que aseguren la retención de estudiantes femeninos y masculinos.

Estas acciones apuntan hacia el fortalecimiento de las capacidades y oportunidades de las jóvenes- que empezarían desde la niñez- y que tendrían un impacto positivo en la adultez. [Ver Diagrama 6.](#)

iii) Grupo de medidas o combos territoriales

Aplicar la arquitectura de políticas integrales a lo largo del ciclo de vida pasa por el aterrizaje local. En el espacio local y municipal se reconoce que (i) el embarazo es un “problema” de políticas públicas que afecta a un grupo delimitado y vulnerable de la población (ii) las causas son multidimensionales y específicas a tiempo y lugar (iii) que requieren de intervenciones múltiples y asignaciones fiscales específicas para ser enfrentadas y (iv) que necesita de un salto cuantitativo en la capacidad de hacer monitoreo y evaluación de impacto geo-referenciado en tiempo real⁹⁴. Estos cuatro elementos están detrás de nuevas plataformas integrales de servicios que llamamos “combos” –porque se adaptan a las necesidades específicas de grupos de la población y espacios territoriales, tal como se adapta un “combo” de alimentos y bebidas a las preferencias de cada persona y cada hogar.

⁹⁴ Tiempo real se refiere a la actualización automática de los datos en un sistema único integrado de información.

Adoptar un enfoque de grupos de medidas o combos

La agenda de los Objetivos de Desarrollo de Milenio (ODM) adoptó una metodología de avanzar “brecha por brecha”, estableciendo para cada objetivo indicadores, sistemas de monitoreo e intervenciones específicas para medir los avances de cada objetivo. Sin embargo, el enfoque propuesto para abordar la Agenda 2030 es de agrupamiento o clustering de los distintos objetivos. No será fácil transitar de una agenda de 8 objetivos como lo era la Agenda ODM a una Agenda comprendida por 17 objetivos, y así pasar de un enfoque basado en crecimiento económico e ingreso hacia un enfoque integral que incluya las múltiples dimensiones que influyen en el bienestar de las personas. El enfoque de combos propone trascender avances parciales “brecha por brecha”, a favor de intervenciones de masa crítica en base a las prioridades locales, sinergias e interconexiones de una problemática social. Para abordar el embarazo adolescente desde un enfoque de combos, es necesario que los/as involucrados/as en la gestión de la estrategia de combos comprendan y adopten este enfoque en las áreas de intervenciones, financiamiento e impacto, y monitoreo y evaluación:

¿Que implica un enfoque de combos?

Primero, un sistema que defina el problema de manera multidimensional:

Un enfoque de brechas se enfoca en realizar intervenciones puntuales para cada problema social, por ejemplo, realizando intervenciones específicas para las áreas de educación, empleo, género o ciudadanía, normalmente sin una conexión entre estas dimensiones, tratándose cada uno de estos desafíos sociales por separado, como temáticas independientes, sin considerar las interacciones existentes entre estos. En cambio, un enfoque de combos tiene una visión territorial, que se centra en un grupo específico de personas, las cuales son considera-

das prioritarias debido a las necesidades que enfrentan. Al trabajar con un enfoque territorial, se identifican todas aquellas dimensiones que son claves para el progreso de las personas, y se generan intervenciones multidimensionales, que abordan a la vez múltiples indicadores de la Agenda 2030 en una intervención o programa.

Segundo, una plataforma de servicios que acerque intervenciones de manera coordinada al territorio:

No será suficiente definir el problema de manera multidimensional, si las acciones en el terreno siguen dispersas y fragmentadas. Luego de definir los cinturones territoriales con mayor incidencia de embarazo adolescente, se requiere construir una plataforma de servicios integrales para atender la prevención y la resiliencia. Estas plataformas contarán con servicios de salud, educación, inserción laboral, sistemas de cuidado y trabajarán de manera continua sobre normas de salud sexual y reproductiva y roles de género. En la misma línea, el financiamiento de la estrategia de combos debe de ser integrado, abordando en una intervención o programa el progreso en múltiples indicadores del embarazo adolescente, trascendiendo un financiamiento fragmentado, en que se establece el financiamiento necesario para lograr cada una de las metas. Un financiamiento integrado concentra el impacto y reduce los costos para el logro de cada indicador.

Tercero, un sistema de monitoreo y evaluación geo-referenciado en tiempo real:

El objetivo de una estrategia de combos es evitar dispersar distintos tipos de datos para beneficiarios de políticas contra el embarazo adolescente, y poder generar un registro único sobre los beneficios sociales, en el cual también agrupe información socioeconómica de los hogares y permita hacer un monitoreo en el tiempo real de en indicadores sociales. En países como República Domini-

Diagrama 7

PASOS PARA LLEVAR A CABO LA ESTRATEGIA DE COMBOS DE POLÍTICAS



Fuente: Abud, María José, 2017, Manual para la metodología de clusters para la implementación de la Agenda 2030 en América Latina y el Caribe, Nueva York: PNUD.

cana existen ya sistemas de información basadas en registros administrativos y geo-referenciación. Se requiere dar un paso adicional para construir un panel continuo de información de seguimiento ex ante y ex post del embarazo adolescente. Para adoptar el enfoque de combos es necesario unificar la información disponible y generar sistemas de información del estilo panel de control que permita medir los avances en los grupos de población identificados como prioritarios, en las múltiples dimensiones en que se están realizando intervenciones. De manera de evitar que se trabaje por separado los avances en cada indicador.

Se resaltan las oportunidades de integración de plataformas que permitan interactuar con datos generados por los censos nacionales (ONE), el registro único de beneficiarios (SIUBEN), encuestas periódicas (ENFT, ENHOGAR, entre otras) y registros administrativos generados por las sectoriales (SINAVE).

El éxito de un enfoque integral está vinculado al cambio de la tendencia de indicadores de embarazo adolescente.

El aterrizaje local de una estrategia “ex ante” y “ex post” sobre embarazo adolescente significa empujar las fronteras del uso de la evidencia –preferentemente a través de registros administrativos en tiempo real, y de encuestas especializadas– y del uso de mapas de seguimiento físico y financiero de las acciones de política pública.

La aplicación territorial adecuada al entorno de la población adolescente desde esta visión multidimensional, implicaría cambios en los patrones de comportamiento actuales, rompiendo el ciclo de pérdidas en desarrollo humano, y generando ganancias en el mediano y largo plazo. Desde el lado de la oferta, las nuevas tecnologías de acceso a la salud sexual y reproductiva e innovaciones en la educación integral de los y las adolescentes, en conjunto, marcarán la pauta de la transformación. Desde el lado de la demanda, esta población enfrentará cambios en las normas sociales sobre el embarazo, en los roles tradicionalmente adscritos por género y se beneficiarán ambos con el progresivo empoderamiento en su capacidad de tomar decisiones durante el ciclo de vida.



Finalmente, el salto cualitativo hacia la solución de problemáticas sociales complejas como el embarazo adolescente se dará en un contexto de rendimientos decrecientes de la economía y de limitaciones presupuestarias. Por lo tanto, se requiere un verdadero compromiso al más alto

nivel político, y de los niveles superiores de las instancias involucradas, además de la articulación con la sociedad civil y los gobiernos locales, para el logro de una respuesta efectiva y con mayor impacto de la oferta pública de servicios, focalizados en las y los adolescentes y su entorno.

ANEXOS

ANEXO 1: Metodología de la investigación

El objetivo de esta investigación fue determinar y caracterizar los impactos en el bienestar y el desarrollo humano potencial en las mujeres entre 12 y 19 años que experimentaron embarazo y maternidad, desde una perspectiva multidimensional, priorizando las áreas geográficas de alta incidencia de pobreza. A través del diseño y aplicación de una encuesta a 661 hogares seleccionados de la base de datos del SIUBEN se obtuvieron los insumos necesarios para aplicar los métodos cuantitativos que serán detallados más adelante. Adicionalmente se realizó un levantamiento cualitativo a adolescentes embarazadas, padres biológicos de los hijos/as de las mujeres investigadas y actores clave de la comunidad en las localidades seleccionadas para obtener información detallada de las características de vida actuales y las dimensiones de impacto al momento del primer embarazo, así como aspectos de la maternidad adolescente, salud sexual y reproductiva y bienestar, desde la perspectiva de experiencias de las mismas madres adolescentes.

Investigación Cuantitativa

Diseño de la muestra y proceso de levantamiento

1. Se calculó la incidencia del embarazo en la adolescencia según municipios y provincias utilizando la base de datos del Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2010.
2. Se identificaron los primeros 50 municipios del país con mayor porcentaje de madres adolescentes.
3. Adicionalmente, se comparó esta información con los indicadores obtenidos a partir del padrón de hogares y personas en condición de pobreza suministrado por el Sistema Único de Beneficiarios del Gabinete de Políticas Sociales. Este cruce permitió establecer los niveles de coincidencia entre la prevalencia de adolescentes embarazadas y la densidad de la pobreza.
4. Se seleccionaron los 27 municipios con mayor incidencia de ambos indicadores: el porcentaje de madres adolescentes y la incidencia de la pobreza.
5. Para los fines del levantamiento de información los hogares fueron divididos en dos categorías: hogar de tratamiento, aquel en que una mujer en edad reproductiva se embarazó antes de los veinte años de edad; y hogar de control correspondiente a una mujer en edad reproductiva que se embarazó a partir de los veinte años. Posteriormente, se añadió la categoría de hogar mixto, esto es, aquellos hogares en que reside al menos una mujer que se embarazó por primera vez antes de los veinte años y por lo menos una segunda mujer que se embarazó después de esa edad.
6. Se implementó una prueba piloto con el propósito de probar el cuestionario que se aplicaría en el levantamiento de información, los procedimientos operativos, y el grado de detalle deseado con que se pretendió obtener la información. Esta prueba, fue aplicada en el barrio Cristo Rey del Distrito Nacional, aplicándose 10 entrevistas directas a mujeres en edad reproductiva que tuvieron su primer hijo/hija nacido/a vivo/a en edades entre 12 y 19 años. Los supervisores y encuestadoras fueron seleccionados por el Sistema Único de Beneficiarios y fueron entrenados rigurosamente para garantizar la correcta aplicación del instrumento. Posterior a la captura de datos, se procedió a la digitación de las encuestas por medio de un sistema diseñado para tales fines con los debidos controles y mallas de validación necesarios. Finalmente se realizó la depuración de la base de datos y su documentación íntegra.

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SELECCIONADA POR PROVINCIAS Y GRUPOS DE INVESTIGACIÓN

Provincia de residencia	Muestra Seleccionada de Hogares			Hogares Encuestados			
	Tratamiento	Control	Total	Tratamiento	Control	Mixto	Total
Distrito Nacional	43	17	60	37	32	11	80
Azua	111	45	156	104	23	32	159
Baoruco	50	20	71	38	7	17	62
Barahona	96	38	134	81	39	31	151
Elías Piña	22	9	31	14	3	4	21
Independencia	35	14	49	24	5	13	42
La Vega	33	13	46	32	13	11	56
Pedernales	12	5	17	15	1	2	18
San Juan	28	11	39	34	5	6	45
Monseñor Nouel	19	8	27	18	4	5	27
Total	450	180	630	397	132	132	661

Selección del tamaño de la muestra

La población de interés está compuesta por mujeres que han tenido un embarazo y que tienen edad comprendida entre los 20 y 30 años. Se seleccionó una muestra de 576 mujeres con esas condiciones. Mediante el uso de la siguiente fórmula de tamaño de la muestra para población finita se puede verificar que esa muestra permite obtener un nivel de margen de error de menos de 5% con un nivel de confianza de un 95%:

$$n = \frac{N \cdot z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{\varepsilon^2 \cdot (N - 1) + z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde

n = Tamaño de la muestra

N = Tamaño de la población

z_{α} = Valor crítico según nivel de confianza

p = Proporción de personas que poseen en la población la característica

q = Proporción de personas que no poseen en la población la característica

ε = Margen de error

Para el caso de un valor de confianza de 95% el valor crítico (z_{α}) es igual a 1.96. Cuando no se conoce la proporción de personas que poseen en la población la característica de estudio (p) se utiliza un valor igual a 0.5, lo cual tiende a maximizar el valor del tamaño de la muestra. Y asumiendo un margen de error (ε) de a 5%, con una población a nivel nacional igual a 614,750 mujeres con edad comprendida entre 20 y 30 años y que hayan dado a luz, el tamaño de la muestra para un nivel de confianza de un 95% es igual a 384 personas.¹⁰⁰ Si el margen de error requerido fuese de 4.1%, el tamaño de la muestra necesario sería de 571 personas, con el mismo nivel de confianza. Esto significa que la muestra actual de 576 mujeres con edades comprendidas entre 20 y 30 años es suficiente para realizar un adecuado análisis estadístico, con un nivel de confianza de un 95% y un margen de error menor al 5%.

¹⁰⁰ Esa población se calculó aplicando la tasa intercensal de 1.21% a la población de mujeres madres con edades comprendidas entre 20 y 30 años a nivel nacional. En los municipios de la investigación, la población de mujeres madres con edades comprendidas entre 20 y 30 años es de 79,789 personas.

Instrumento de captura de información

El cuestionario aplicado a los hogares fue diseñado a través de un proceso colaborativo e iterativo de discusión, modificación y diseño. Se prestó especial importancia al lenguaje utilizado en la redacción de las preguntas y respuestas al aplicar cuidadosamente un enfoque inclusivo y no sexista en la revisión del instrumento. El cuestionario, dividido en ocho secciones bien definidas, capturó información sobre las características del hogar y la vivienda, composición y estructura del hogar, primer embarazo de la mujer en edad reproductiva, características de los padres biológicos de los primeros hijos/as, salud sexual y reproductiva, entre otras.

Diferencias de medias y de proporciones.

Este método compara estadísticamente la diferencia de medias y proporciones de las variables de las mujeres embarazadas en su adolescencia con relación a las mujeres que constituyen el grupo de control. Esto permite determinar si ese embarazo tiene un efecto estadísticamente significativo sobre algunas variables clave para sus condiciones de vida. Se utilizará la prueba t para determinar si las medias (o proporciones) son estadísticamente iguales.

Ecuaciones de Mincer ⁹⁵

El efecto del embarazo adolescente sobre el ingreso laboral se puede estimar utilizando una ecuación de Mincer. El principal factor que explica el ingreso de la persona es la educación. Se ha demostrado que, en promedio, las personas con mayor escolaridad obtienen niveles de ingresos superiores. Para que aumente la demanda de años de escolaridad se requiere un entorno de oportunidades

DIMENSIONES DE LA INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Variables del Índice de Calidad de Vida (ICV):

- Características de la vivienda – materiales pisos, paredes y techo.
- Acceso a servicios básicos – agua, saneamiento, disposición de desechos.

Características básicas del núcleo familiar:

- Tenencia de documentación, nivel y estatus educativo, empleo, ingresos, etc.

Características de las madres adolescentes durante el primer embarazo de un nacido vivo, y actual:

- Condición de actividad, ingresos, protección social, acceso a capacitación y educación, entre otras
- Salud sexual y reproductiva.
 - Acceso a información y a uso de anticonceptivos
 - Nacimientos subsiguientes
- Bienestar subjetivo y expectativas de vida.
- Características del padre biológico, su rol durante y después del embarazo.
- Discriminación y abuso.

económicas que eleve el retorno de la educación. Una hipótesis para evaluar es si el embarazo adolescente reduce el nivel educativo y, en consecuencia, el ingreso de la mujer.

La ecuación de Mincer⁹⁶ cuantifica la relación entre la educación y los ingresos de las personas. Ese modelo

⁹⁵ Arísty-Escuder (2016) presenta una descripción y estimación de ecuaciones de Mincer.

⁹⁶ Véase Mincer (1974) y Heckman et al. (2003).

hace depender los ingresos de la cantidad de años de educación –o escolaridad– y de los años de experiencia laboral. Además, incluye otras variables de control que ayudan a reducir el sesgo por variables omitidas que suele tener la especificación de los modelos que sólo incluyen la educación y los años de experiencia.

El modelo básico de Mincer (1974) hace depender el logaritmo del nivel de ingresos –por mes o por hora– como una función de los años educación (*educ*) y de los años de experiencia laboral (*exp*) tanto de manera lineal como cuadrática.⁹⁷

$$\log w_i = \beta_0 + \beta_1 educ_i + \beta_2 exp_i + \beta_3 exp_i^2 + \varepsilon_i$$

$$\varepsilon_i : NIID(0, \sigma_\varepsilon^2)$$

La interpretación del coeficiente que acompaña la educación es relativamente sencilla. Dado que la variable dependiente es el logaritmo del salario, el coeficiente se interpreta como el retorno a la educación en términos relativos. De manera más precisa, β_1 es una aproximación a la distancia relativa del ingreso entre dos personas cuya única diferencia es que una de ellas posee un año adicional de educación. Si se tienen dos mujeres (*i*, *j*) exactamente iguales, excepto por un año de escolaridad, la diferencia de ingresos es igual a:⁹⁸

$$\log w_i - \log w_j = \log \left(\frac{w_i}{w_j} \right) = \frac{w_i - w_j}{w_j} = e^{\beta_1} - 1$$

Cuando β_1 es pequeño, menor a 0.1, $\beta_1 \approx e^{\beta_1} - 1$, interpretándose β_1 como el retorno a la educación.

La ecuación de Mincer que se estima corrige el sesgo de selección, utilizando la metodología de dos etapas de Heckman.⁹⁹ Ese modelo asume que existe una relación subyacente entre la variable dependiente (i.e., ingresos) y un vector de variables explicativas (e.g., educación, experiencia). Si las personas que reportan ingresos toman la decisión de trabajar aleatoriamente no habría inconveniente en sólo incluir en el modelo las observaciones de personas con ingresos mayores a cero. Pero, si la población que participa en el mercado laboral –y que tiene la posibilidad de estar trabajando y recibir ingresos– es estadísticamente diferente a la que no participa, entonces el resultado de estimar la ecuación de regresión tomando en consideración únicamente la información de los que perciben ingresos podría arrojar estimadores sesgados. Por ese motivo hay que incluir en el análisis la probabilidad de pertenecer en la fuerza laboral.

La ecuación de regresión (e.g., del modelo de ingresos) es:

$$y_j = \mathbf{x}_j \boldsymbol{\beta} + u_{1j}$$

$$u_1 : N(0, \sigma^2)$$

⁹⁷ Se prevé una relación cóncava entre la experiencia y el logaritmo del ingreso del trabajador.

⁹⁸ Véase Bazen (2011), p. 20.

⁹⁹ Véase Heckman (1979) para una presentación de su metodología.

Esa variable dependiente sólo se observa cuando se cumple la siguiente ecuación de selección que define la participación en la PEA:

$$\begin{aligned} \mathbf{z}_j\gamma + u_{2j} &> 0 \\ u_2 &: N(0,1) \end{aligned}$$

Cuando la $\text{corr}(u_1, u_2) = \rho \neq 0$, la regresión aplicada a la variable dependiente arroja estimaciones sesgadas.

La primera etapa del método de Heckman consiste en la estimación de la ecuación de selección mediante un modelo *probit*:

$$\Pr(y_j > 0 | \mathbf{z}_j) = \Phi(\mathbf{z}_j\gamma)$$

De esa estimación se puede calcular la razón inversa de Mills: $\lambda_j = \frac{\phi(\mathbf{z}_j\hat{\gamma})}{\Phi(\mathbf{z}_j\hat{\gamma})}$, donde ϕ, Φ son las funciones de densidad normal y acumulada normal, respectivamente. La segunda etapa consiste en la estimación de la ecuación de regresión aumentada por la razón inversa de Mills, aplicada a las observaciones con valores de ingresos mayores que cero.

$$y_j = \mathbf{x}_j\beta + \theta\lambda_j + v_j$$

Heckman demuestra que al incluir la razón inversa de Mills como variable explicativa se elimina el sesgo de los coeficientes estimados. Si el coeficiente θ es estadísticamente diferente de cero, los coeficientes del modelo de regresión estimados sin la inclusión de la razón de Mills serían sesgados e inconsistentes.

Las ecuaciones de Mincer, ajustadas por sesgo de selección, se estimarán para la población ocupada mayor a 15 años. La variable dependiente es el logaritmo del ingreso mensual. La variable que reflejará el nivel de educación cuantifica la cantidad de años aprobados en el sistema

educativo a partir de primero de primaria. La variable dependiente de la ecuación de selección toma valor de uno si la mujer está en la población económica activa y de cero si no está.

Modelo binario logístico

El estudio utilizará el modelo binario logístico (*logit*) para estimar la función de probabilidad del embarazo adolescente. La forma general del modelo *logit* que se utiliza para cuantificar la probabilidad de que una joven se haya embarazado en la adolescencia es la siguiente:

$$\Pr(P = 1 | \mathbf{x}) = \frac{\exp(\boldsymbol{\theta}\mathbf{x})}{1 + \exp(\boldsymbol{\theta}\mathbf{x})}$$

Donde, \mathbf{x} es el vector de variables explicativas y $\boldsymbol{\theta}$ es el conjunto de parámetros asociados a cada una de ellas. A partir de esa función de probabilidad se realiza una regresión logística que consiste en hacer el logaritmo de la razón de posibilidades (i.e., odds ratio) una función lineal del vector de variables explicativas, estimándose los parámetros por el método de máxima verosimilitud.

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = \boldsymbol{\theta}\mathbf{x}$$

A partir de los resultados de esas estimaciones se determina si los parámetros $\boldsymbol{\theta}$ son estadísticamente diferentes de cero y se simula la probabilidad del embarazado adolescente en función de diversos valores de las variables explicativas.

El método de diferencias en diferencias ¹⁰⁰

La metodología de diferencias en diferencias se utiliza para determinar el impacto del embarazo adolescente sobre el ingreso de la mujer. En este caso se utiliza como grupo de tratamiento a las mujeres que declararon haber quedado embarazadas en la adolescencia y como grupo de control a las mujeres que quedaron embarazadas a partir de los 20 años.

Los modelos de diferencias en diferencias (DD) constituyen la especificación econométrica más utilizada para analizar el efecto o impacto de un cambio de política o intervención determinada. Sus aplicaciones se centran en el contexto de experimentos naturales o cuasi experimentos. Este método permite eliminar la influencia de la heterogeneidad individual, lo cual posibilita obtener una estimación insesgada (i.e., correcta) del efecto del embarazo adolescente.

En la literatura sobre el análisis del impacto de política o intervenciones utilizando el método de diferencias en diferencias se tienen dos grupos de población y por lo menos dos períodos. Esos grupos no necesitan ser exactamente iguales, pues la metodología permite eliminar el efecto de las diferencias entre ellos. Lo importante es que de esos dos grupos sólo uno recibe el tratamiento (en este caso es haber quedado embarazada en la adolescencia), el cual se percibe en el segundo período. Esto significa que en el primer período ninguno de los grupos se expone al tratamiento. A la variación del ingreso del grupo tratado se le resta la variación del ingreso del grupo de control. Esa operación, que consiste en una diferencia en diferencia, elimina cualquier sesgo en la comparación del segundo período que pueda existir de manera perma-

nente entre ambos grupos, así como también sesgos que puedan surgir de la comparación a lo largo del tiempo en el grupo de tratamiento que puede ser el resultado de tendencias no relacionadas con el tratamiento. La eliminación de esos sesgos permite identificar correctamente el efecto tratamiento promedio (i.e., del embarazo).

El estimador de diferencias en diferencias se define como la diferencia entre el promedio post tratamiento y el promedio antes del tratamiento (i.e., el cambio entre $t = 0$ y $t = 1$) de la variable de interés (e.g., el ingreso) del grupo de tratamiento $(\bar{y}_{B1} - \bar{y}_{B0})$ y el cambio en ese mismo período registrado en el promedio de la variable de interés del grupo de control $(\bar{y}_{A1} - \bar{y}_{A0})$:

$$\tau_{did} = (\bar{y}_{B1} - \bar{y}_{B0}) - (\bar{y}_{A1} - \bar{y}_{A0})$$

De manera convencional se utiliza un modelo de regresión paramétrico lineal para obtener el estimador de diferencias en diferencias.¹⁰¹ La ecuación para estimar el impacto del embarazo adolescente es:

$$y_{it} = \beta_0 + \gamma_0 G_i + \beta_1 T_t + \tau_{did} C_{it} + \varepsilon_{it}$$

y_{it} es la variable resultado de interés (e.g., ingresos).

G_i , toma valor igual a 1 si se trata del grupo de tratamiento (i.e., mujer que se embarazó en la adolescencia) y de cero si es el de control (no se embarazó en la adolescencia). (γ_0) captura las posibles diferencias entre el ingreso de los grupos de control y de tratamiento antes de que ocurra la intervención.

¹⁰⁰ Esta sección se fundamenta en Aristry-Escuder (2014).

¹⁰¹ Véase Imbens y Wooldridge (2007).

T_i , toma valor igual a cero si es el período pre intervención (antes de que ocurra el embarazo) y de 1 si se trata del período post intervención,

(β_1) recoge los factores que pueden explicar una variación de la variable de resultado y , aun cuando no ocurra la intervención (i.e., embarazo adolescente).

$C_{it} = T_{it} \cdot G_i$, toma valor igual a 1 para las observaciones en el grupo de tratamiento en el segundo período, y captura la interacción entre los grupos de mujeres (de control y tratamiento) y el período (antes y después del embarazo).

Su coeficiente (τ_{did}) es el estimador de diferencias en diferencias. Para determinar si τ_{did} es estadísticamente diferente de cero se estima económicamente mediante MICO o, aprovechando las características de datos de panel, mediante la aplicación de modelos de efectos fijos o aleatorios, lo cual permite calcular su error estándar y realizar la prueba de hipótesis sobre su significación estadística.

El estimador de diferencias en diferencias es mejor que el estimador basado en la comparación del promedio de la variable de resultado del grupo de tratamiento y del grupo de control después de que se lleve a cabo el tratamiento.

$$\begin{aligned} \delta_G &= E(y_{it}|G_i = 1, T_i = 1) - E(y_{it}|G_i = 0, T_i = 1) \\ &= [\beta_0 + \gamma_0 + \beta_1 + \tau_{did}] - [\beta_0 + \beta_1] \\ &= \gamma_0 + \tau_{did} \end{aligned}$$

Queda claro que el estimador δ_G es sesgado, a menos que $\gamma_0 = 0$; es decir, será sesgado si existe una diferencia en el promedio de la variable resultado entre el grupo de tratamiento y el de control antes de la aplicación de la política. En este caso el verdadero efecto tratamiento se

confundirá con las diferencias permanentes en el grupo de tratamiento y de control antes del tratamiento.

El estimador de diferencias en diferencias (τ_{did}) es insesgado si el cambio de política no está sistemáticamente relacionado con otros factores que explican la variable resultado y_{it} . El método de diferencias en diferencias establece que los cambios entre los grupos de tratamiento y control se debe únicamente a la política de intervención. Si existen otras variables que influyen sobre la diferencia de la tendencia de ambos grupos la estimación de τ_{did} estaría sesgada. Ese sesgo se eliminaría mediante la inclusión en el modelo de regresión de otras variables explicativas, que influyan sobre la variable resultado (e.g., ingreso).

Método de emparejamiento por puntaje de propensión

El método de emparejamiento por puntaje de propensión (*propensity score matching*), desarrollado por Rosenbaum y Rubin (1983), permite eliminar el sesgo de endogeneidad que se crea cuando la condición de haber sido embarazada en la adolescencia está relacionada (positiva o negativamente) con los residuos del modelo económico que trata de determinar la influencia del embarazo adolescente sobre el ingreso incluyendo únicamente como variable explicativa la variable de embarazo adolescente. La aplicación del método de emparejamiento por puntaje de propensión permite obtener coeficientes estimados, como el que cuantifica el impacto del embarazo adolescente sobre los ingresos, insesgados y consistentes.

La estimación basada en puntaje de propensión (*propensity score*) cuantifica la probabilidad de tener embarazo adolescente condicionado a un conjunto de variables explicativas. El objetivo es comparar los ingresos laborales

de las mujeres que, basado en las variables explicativas observables, tienen una probabilidad similar de ser embarazadas en la adolescencia (i.e., esto implica tener el mismo propensity score), pero una de ellas fue embarazada en la adolescencia y la otra a una edad más adulta. La diferencia en el nivel de ingresos existente entre esos dos tipos de mujer sería explicada únicamente por el embarazo adolescente.

Este método es apropiado a mayor nivel de aleatoriedad en la determinación de quien recibe el tratamiento y quien no. El método de propensity score no funciona bien si toda aquella con un elevado grado de propensión fue embarazada en la adolescencia y toda aquella con un propensity score bajo no lo fue, pues se necesita poder comparar mujeres con el mismo puntaje pero que unas se hayan embarazado en la adolescencia y otras no. Este método no toma en consideración variables no observables que puedan estar explicando que una mujer se haya embarazado en adolescencia.

El primer paso consiste en la estimación del puntaje de propensión mediante el uso de un modelo de regresión logística donde la variable dependiente es binaria, tomando valor igual a la unidad si la mujer se embarazó en la adolescencia y cero si no se embarazó en la adolescencia. La predicción de la probabilidad de ser embarazo adolescente es el propensity score. El segundo paso es la determinación del efecto del embarazo adolescente sobre el ingreso laboral, asignando niveles de ingreso a las mujeres que se embarazaron en la adolescencia de aquellas mujeres que no se embarazaron en la adolescencia que tengan la misma probabilidad de haberse embarazado en la adolescencia.

El comando *teffects psmatch*¹⁰² de Stata permite la aplicación directa del método de emparejamiento de puntaje de propensión para calcular el efecto de tratamiento promedio sobre los tratados (ATET,¹⁰³ por sus siglas en inglés). Después de calcular con el modelo probit (o logit) la probabilidad de embarazo adolescente, se utiliza esa información para emparejar cada observación de mujer embarazada en la adolescencia (tratamiento) con una (o varias) mujeres que no se embarazaron prematuramente (control), utilizando los puntajes de propensión similares. Se crean dos variables de ingreso para cada observación (y_0, y_1).

La variable y_0 recoge el nivel de ingreso observado de las mujeres que no se embarazaron en la adolescencia y la variable y_1 el nivel de ingreso observado de las mujeres que sí lo hicieron.

El estimador de emparejamiento basado en el puntaje de propensión coloca a cada mujer embarazada en la adolescencia un nivel de ingreso y_0 igual al que tiene la mujer que se embarazó a una edad mayor con el puntaje de propensión más cercano. La diferencia entre ambos tipos de ingresos de la mujer que se embarazó en la adolescencia arroja el efecto de tratamiento promedio sobre los tratados (ATET, por sus siglas en inglés).

$$ATET = (y_1 - y_0 | \text{Embarazo adolescente} = 1)$$

¹⁰² Véase una presentación de ese comando de Stata en <https://www.stata.com/manuals13/te.pdf>.

¹⁰³ Average Treatment Effect on the Treated.

Investigación Cualitativa

El análisis cualitativo presentado en este documento se fundamentó en las entrevistas a profundidad realizadas a un conjunto diverso de informantes pertenecientes a comunidades seleccionadas por sus altas tasas de maternidad en adolescentes e incidencia de la pobreza. Según la definición de Taylor y Bogdan (1987) las entrevistas a profundidad son entrevistas cualitativas flexibles y dinámicas que consisten en encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes. Estos encuentros se dirigen hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones expresadas con sus propias palabras.¹⁰⁴

Las entrevistas a profundidad se caracterizan por emplear un modelo de conversación entre iguales muy alejado de las investigaciones formales de preguntas y respuestas. El investigador es el instrumento de la investigación y no un protocolo o formulario de entrevista; su rol implica no solo la obtención de respuestas, sino también aprender qué preguntas hacer y el modo de hacerlas.¹⁰⁵

Los estudios cualitativos requieren flexibilidad en su diseño de investigación y la aplicación de un tono de compañerismo entre el investigador y el sujeto a entrevistar. Por ello se hace pertinente que estos puntos sean aclarados al inicio de la entrevista para evitar escollos con los entrevistados: ¹⁰⁶

- Los motivos o intenciones del investigador: debe explicarse cabalmente y en la medida de lo posible qué se desea hacer con el estudio y las posibles dificultades a la hora de publicarlo.

- Anonimato del entrevistado: se debe garantizar que se respetará la identidad del entrevistado y que no será publicada sin su consentimiento.
- Otorgar al entrevistado la opción de revisar la publicación antes de ser finalizada.
- Evitar el intercambio de dinero o regalos a cambio de información.
- Establecer un horario general y un lugar propicio para los encuentros del investigador y el informante que garantice la privacidad y relajación de este último.

El propósito del análisis cualitativo consistió en obtener información detallada de las características de vida actuales y las dimensiones de impacto al momento del pri-

DIMENSIONES DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA:

- Fecundidad.
- Educación, rol protector de la escuela.
- Oportunidades de trabajo e ingresos.
- Circulo de apoyo, solidaridad familiar, de la comunidad.
- Reacción y actitud ante el embarazo.
- Deseabilidad del primer embarazo.
- Actividad sexual y SSR, edad primera relación sexual, protección, uniones tempranas.
- Rol del padre biológico del primer hijo/a de la mujer entrevistada en la crianza y protección.
- Discriminación sufrida por embarazo temprano.
- Condiciones actuales de bienestar.
- Expectativas de vida, plan de futuro.

¹⁰⁴ TAYLOR, S.J. y BOGDAN R. "Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados". Editorial Paidós Básica. 1987.

¹⁰⁵ Ibidem.

¹⁰⁶ Ibidem.

mer embarazo y aspectos de la maternidad adolescente, salud sexual y reproductiva y bienestar, desde la perspectiva de experiencias de las mismas madres adolescentes.

Las entrevistas a profundidad fueron realizadas en la vivienda o lugar habitual de los individuos seleccionados que pertenecían a tres grupos: adolescentes embarazadas, padres biológicos de los primeros hijos/as de las mujeres estudiadas y actores clave de la comunidad en las localidades de la Ciénaga en Barahona, Estebanía en Azua, Maimón en Monseñor Nouel y Domingo Savio en el Distrito Nacional.

Una vez sistematizados los resultados de las entrevistas se procedió a la aplicación de un análisis de contenidos para extraer los resultados más relevantes de la investigación. Krippendorff (2004)¹⁰⁷ define el análisis de contenidos como una técnica investigativa que permite obtener

inferencias replicables y válidas a través de los textos (u otros medios) en los contextos de su uso. Merten (1991) lo define como un método para indagar en la realidad social que consiste en la inferencia de características de un contexto no manifestado desde un contexto manifestado.

El análisis de contenidos puede aplicarse a texto escrito, oral, icónico (pinturas, dibujos), medios audiovisuales e hipertextos para describirlos sistemáticamente, dividiendo la información obtenida en categorías que pueden ser resumidas, lo que permite su caracterización fiable y válida¹⁰⁸. Presupone que cada texto analizado posee las siguientes cualidades: ¹⁰⁹

- Los textos no tienen un objetivo, esto es, no tienen cualidades independientes del lector.
- Los textos no tienen un significado que podría ser hallado, identificado y descrito por lo que son.
- Los textos tienen significados relativos a contextos particulares, discursos o propósitos.
- La naturaleza de los textos demanda que el análisis de contenido extraiga inferencias específicas de un conjunto de textos en un contexto seleccionado.

De acuerdo con Krippendorff¹¹⁰, cada análisis de contenido debe responder seis preguntas esenciales:

1. ¿Qué datos son analizados?
2. ¿Cómo se definen estos datos?
3. ¿De qué población provienen?
4. ¿Cuál es el contexto relevante de los datos?
5. ¿Cuáles son los límites del análisis?
6. ¿Qué se debe medir?

CANTIDAD DE ENTREVISTAS REALIZADAS

- Adolescentes embarazadas = 21
- Padres biológicos de los primeros hijos/as de las mujeres estudiadas = 12
- Actores claves = 3

ÁREAS VISITADAS

- La Ciénaga, Barahona.
- Estebanía, Azua.
- Maimón, Monseñor Nouel.
- Domingo Savio
(Los Guandules, Guachupita y la Ciénaga.

¹⁰⁷ Krippendorff, Klaus. (2004). Content Analysis: An Introduction to Its Methodology (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

¹⁰⁸ Tomado de la página web de la Universidad de California UC Davis: <http://psc.dss.ucdavis.edu/sommerb/sommerdemo/content/intro.htm>

¹⁰⁹ Ibidem.

¹¹⁰ Ibidem.

ANEXO 2: Cuestionario aplicado a hogares seleccionados del SIUBEN (enfoque cuantitativo)

I-A IDENTIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO, UBICACIÓN GEOGRÁFICA Y CONTROL						
Número de registro de la vivienda <input type="text"/> <input type="text"/>						
	UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA VIVIENDA			HOGARES EN LA VIVIENDA		
	Provincia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA		
	Municipio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Calle <input style="width: 100%;" type="text"/>		
	Distrito Municipal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
	Sección	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Número de la vivienda <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	Barrio o Paraje	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Total de Hogares en la vivienda <input type="text"/> <input type="text"/>		
	Polígono	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hogar número <input type="text"/> <input type="text"/>		
	Área	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Cuestionario <input type="text"/> de <input type="text"/>		
	Segmento	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
	CONTROL DE LA VISITA					
	1ra. visita	2da. visita	3ra. visita	Visita final	Código de Resultado:	
Fecha				Día <input type="text"/> <input type="text"/>	1-Entrevista completa	2-Entrevista incompleta
Hora de inicio				Mes <input type="text"/> <input type="text"/>	3-Personas ausentes	
Hora de término				Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	4-Entrevista rechazada	5- Otro (Especifique)
Resultado de la visita	COD <input type="text"/>	COD <input type="text"/>	COD <input type="text"/>	Resultado Final COD <input type="text"/>		
DATOS DEL JEFE(A) Y DEL INFORMANTE				RESUMEN DE POBLACIÓN		
Nombre		Número de Teléfono		Total Masculino	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jefe (a) del Hogar		(__) - (__) - (__)		Total Femenino	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Informante***		(__) - (__) - (__)		Total de Población	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>***Reporte el nombre del informante si es diferente al jefe de hogar</i>						

I-B. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR (Responde el jefe de hogar o informante adulto)							
NÚM. PREG.	PREGUNTA Y OBSERVACIONES	OPCIONES DE RESPUESTA	PASE A PREG.	NÚM. PREG.	PREGUNTA Y OBSERVACIONES	OPCIONES DE RESPUESTA	PASE A PREG.
1	OBSERVE Y RESPONDA ¿Cuál es el tipo de vivienda?	Casa independiente 1 Apartamento 2 Pieza en cuartería/parte atrás 3 Barracón 4 Otro _____ 5 (Especifique)		5	¿El agua para uso doméstico (lavar, limpiar, bañarse, etc) proviene en mayor medida de: (SOLO ADMITE UNA RESPUESTA)	Acueducto dentro de la vivienda 1 Acueducto fuera de la vivienda 2 Llave pública 3 Manantial, río, arroyo, lago, estanque 4 Agua de lluvia, tanque, aljibe 5 Camión 6 Otro (especifique) _____ 7	
2	¿Cuál es el material predominante de las paredes de esta vivienda? (Para ser respondida por observación del entrevistador)	Bloque o concreto, ladrillo 1 Madera 2 Tabla de palma 3 Zinc 4 Tejamanil 5 Otro _____ 6 (Especifique)		6	¿Cuántos dormitorios o espacios se utilizan exclusivamente para dormir en este hogar?	Cantidad de Dormitorios <input type="text"/>	
3	¿Cuál es el material predominante del techo de esta vivienda? (Para ser respondida por observación del entrevistador)	Concreto 1 Zinc 2 Asbesto-cemento 3 Tejas 4 Yagua/cana 5 Otro _____ 6 (Especifique)		7	¿Cuál es el tipo de sanitario que se utiliza en su hogar?	Inodoro conectado a pozo séptico o alcantarillado 1 Letrina 2 No tiene servicio sanitario 3	Si no tiene servicio sanitario pase a pregunta 9
4	¿Cuál es el material predominante del piso de esta vivienda? (Para ser respondida por observación del entrevistador)	Cemento/Mosaico 1 Granito, Mármol, Cerámica 2 Madera 3 Tierra 4 Otro _____ 5 (Especifique)		8	¿El servicio sanitario que utiliza el hogar, es compartido con miembros de otros hogares?	Si 1 No 2	

I-B. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR (Responde el jefe de hogar o informante adulto)							
NÚM. PREG.	PREGUNTA Y OBSERVACIONES	OPCIONES DE RESPUESTA	PASE A PREG.	NÚM. PREG.	PREGUNTA Y OBSERVACIONES	OPCIONES DE RESPUESTA	PASE A PREG.
9	¿Qué combustible utilizan en el hogar con mayor frecuencia para cocinar?	Gas propano 1 Electricidad 2 Carbón/Leña 3 No Cocina 4 Otro 5		13	¿Esta vivienda es propia, alquilada, cedida o la habitan bajo otra condición? SI MENCIONA "PROPIA" PREGUNTE : ¿Está totalmente pagada o la están pagando?	Alquilada 1 Propia en terreno propio 2 Propia en terreno del Estado 3 Propia en terreno de terceros 4 Cedida o prestada 5 Otro (esp.) _____ 6	Pase a pregunta 15
10	¿Cuál es el tipo de alumbrado que principalmente se utiliza el hogar?	Energía del tendido eléctrico 1 Energía de planta propia o Inversor 2 Lámpara de gas propano o kerosén 3 Paneles solares 4 Otro 5		14	¿Cuánto pagan mensualmente por el alquiler de la vivienda? ENCUESTADOR(A): ANOTE EN PESOS (RD\$) SEGUN LA RESPUESTA DEL (LA) INFORMANTE.	MONTO MENSUAL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> * <input type="text"/> <input type="text"/>	Pase a pregunta 16
11	¿Cuál es el medio principal utilizado por el hogar para eliminar la basura?	La recoge el ayuntamiento 1 La recoge una empresa privada 2 La queman 3 La tiran en el patio o solar o cañada 4 Otro (esp) _____ 5		15	Si usted tuviera que alquilar esta vivienda, ¿cuánto cree que le pagarían de alquiler por mes? (¿Cuánto cree que pagaría por el alquiler de esta vivienda?) ENCUESTADOR(A): APLIQUE INSTRUCCION DE PREG. 14	MONTO MENSUAL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> * <input type="text"/> <input type="text"/>	
12	¿Cuáles de los siguientes artículos o activos que estén en funcionamiento (operando) se poseen en este hogar? Si la respuesta es sí pregunte: ¿Qué cantidad poseen en este hogar?	Estufa 1 Nevera 2 Televisor 1 Lavadora 1 Vehículo de uso privado 1 Aire acondicionado 1 Computadora 1	Si No Cantidad 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2				

I-B. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR (Responde el jefe de hogar o informante adulto)								
NÚM. PREG.	PREGUNTA Y OBSERVACIONES	OPCIONES DE RESPUESTA		PASE A PREG.	NÚM. PREG.	PREGUNTA Y OBSERVACIONES	OPCIONES DE RESPUESTA	PASE A PREG.
SOLO PARA EL JEFE DE HOGAR				Sí	No			
16.	Por favor, dígame si este hogar es beneficiario de algunos de los siguientes programas sociales:	1	2					
1.	Programa Solidaridad: Comer es Primero?							
2.	Programa Solidaridad: Incentivo a la Asistencia Escolar (ILAE)							
3.	Programa Solidaridad: Protección a la vejez?							
4.	Programa Solidaridad: Bono-Luz?							
5.	Programa Solidaridad: Bono-Gas?							
6.	Bono-Gas para Choferes?							
7.	Programa de Incentivo a la Policía Preventiva (PIPP)?							
8.	Incentivo a la Educación Superior, con la Tarjeta Solidaridad (IES)?							
9.	Bono Escolar Estudiando Progreso (BEEP)?							
10.	Programa Incentivo a los Alistados de la Marina de Guerra (PIAMG)?							
11.	Programa de Uniforme, Calzado y útiles Escolares del Instituto de Bienestar Estudiantil (INABIE)?							
12.	Programa de Alimentación Escolar (PAE o Desayuno Escolar) del Instituto de Bienestar Estudiantil (INABIE)?							

II. REGISTRO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR												
CÓDIGO DE MIEMBRO	PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR					PARA MIEMBROS DE 16 AÑOS o MÁS	PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR		PARA MIEMBROS DE 15 AÑOS o MÁS	PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR	PARA MIEMBROS DE 15 AÑOS o MÁS	PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR
	17	19	20	21	22	23	24		25	26	27	28
	¿Cuál es el total de los miembros residentes habituales de su hogar? (Personas que forman parte y viven en su hogar)	¿Cuál es el parentesco de (NOMBRE) con el jefe(a) del hogar?	¿Cuál es el sexo de (NOMBRE)?	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?	¿Fue declarado (NOMBRE) y tiene acta de nacimiento?	¿Tiene cédula de identidad y electoral?	¿Está afiliado a algún seguro de salud como titular o dependiente? ¿Qué tipo de seguro tiene?		¿Cuál es su estado civil o conyugal actual?	En los últimos 3 meses, ¿ha tenido acceso a tecnologías de la información y comunicación como celulares o el acceso a internet?	¿Sabe leer y escribir?	¿A qué edad inició la escuela en el nivel primario?
	Total de Miembros <input type="text"/>					1. Sí 2. No	1. Sí 2. No				1. Sí 2. No	
	18. NOMBRES Y APELLIDOS	1. Jefe(a) 2. Conyuge 3. Hijo(a) 4. Hijastra(a) 5. Hijo(a) de crianza 6. Hermano(a) 7. Nieto 8. Yerno o Nuera 9. Padre o Madre 10. Abuelo(a) 11. Otros	1. Hombre 2. Mujer		1. Fue declarado(a) y tiene acta 2. Fue declarado(a) y no tiene acta 3. No fue declarado(a)		1. Privado Contratado por la empresa privada o institución pública 2. Privado Contratado por el hogar 3. SENASA (seguro subsidiado) 4. Seguro colectivo o gremial 5. Otro		1. Unión Libre 2. Casado(a) 3. Separado(a) de un matrimonio 4. Separado(a) de una unión 5. Divorciado(a) 6. Viudo(a) 7. Soltero(a)	1. Celular 2. Acceso a Internet (en la casa, en un centro de internet, en el celular) 3. Ambas		
	(Anoté el nombre de cada uno de los miembros del hogar, iniciando con el jefe(a)). Niño(a) aún sin nombre, anote niño o niña.	CÓDIGO	CÓDIGO	AÑOS	CÓDIGO	CÓDIGO	AFILIADO	TIPO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	AÑOS
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

II. REGISTRO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR															
	PARA MIEMBROS DE 6 AÑOS o MÁS					PARA MIEMBROS DE 15 AÑOS o MÁS		PARA MIEMBROS DE 6 AÑOS o MÁS		PARA MIEMBROS DE 10 AÑOS o MÁS					
	29	30	31	32		33	34		35	36		37	38		
CÓDIGO DE MIEMBRO	En el último año escolar 2016-2017, ¿estuvo inscrito en algún centro educativo?	¿A cuál tanda asistió en el periodo 2016-2017?	¿El centro educativo donde se inscribió en el periodo 2016-2017 es:	¿En qué nivel y grado se inscribió para el año escolar 2016-2017?		¿Cuánto tiempo tarda para ir al centro educativo donde estudia?	¿Cuál es el último nivel educativo que usted ha alcanzado?		¿Por qué razón (NOMBRE) no se inscribió o no asiste en el periodo 2016-2017?	¿Cuál fue la actividad principal a la que se dedicó la semana pasada?		¿La semana pasada usted realizó alguna de las siguientes actividades?	Aunque ya me indicó que usted no trabajó la semana pasada, ¿tenía algún empleo, negocio, actividad agrícola, fábrica o comercio por el que recibe ingresos o paga?		
	1. Inscrito y asiste 2. Inscrito y no asiste 3. No está inscrito	1. Mañana 2. Tarde 3. Tanda extendida 4. Noche 5. Interno 6. Semi-interno 7. Sabatino 8. Domingos	1. Público? 2. Privado? 3. Semioficial? 4. No sabe/No responde	1. Educación inicial 2. Básica 3. Media 4. Técnico-Vocacional 5. Universitario 6. Post-universitario 7. Bachillerato acelerado (Prepara Tutoría) 8. Tutoría 9. Ninguno Añote el grado solo para las opciones 2, 3, 5 y 6. Para las opciones 1, 4, 7 y 8 anote 00.			1. Educación inicial 2. Básica 3. Media 4. Técnico-Vocacional 5. Universitario 6. Post-universitario 7. Bachillerato acelerado 8. Tutoría 9. Ninguno Añote el grado solo para las opciones 2, 3, 5 y 6. Para las opciones 1, 4, 7 y 8 y 9 anote 00.		1. Para Trabajar 2. Falta de recursos económicos 3. Se Graduó/Ferminó Estudios 4. No Quiso Seguir Estudiando 5. Tenía Suficientes Estudios 6. No Hay Escuela/Universidad Cerca 7. No Posee acta de nacimiento 8. Por embarazo 9. Se Casó/Unió 11. Para Ayudar a la Familia en Finca o Negocio 12. Por Enfermedad 13. Por Discapacidad 14. Otro (esp. _____)	1. Trabajar 2. Buscar Trabajo 3. Estudiar 4. Quehaceres del hogar / Ama de casa 5. Discapacitado 6. Jubilado o pensionado 7. Rentista 8. Enfermo o convaleciente 9. Otro (especifique)	1. Trabajó al menos una hora por un sueldo o salario? 2. Trabajó como patrono o por su cuenta? 3. Vendió algún producto? 4. Recibió pago por lavar o planchar ropa ajena, cuidar carros, etc.? 5. Cultivó la tierra o crió animales 6. Trabajó en un negocio familiar sin recibir pago? 7. No trabajó ni realizó ninguna actividad mencionada anteriormente.	1. Sí 2. No			
		Si la respuesta es 2 ó 3 pase a pregunta 35						Pase a la pregunta 36			Si la respuesta es 1 pase a la pregunta 40		De las opciones 1 a la 6 pase pregunta 40		Si la respuesta es "SI" pase a la pregunta 40
	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	NIVEL	GRADO	MINUTOS	NIVEL	GRADO	CÓDIGO	COD	ESPECIFIQUE	COD	COD		
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															

II. REGISTRO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR														
	PARA MIEMBROS DE 10 AÑOS o MÁS													
	39	40	41	42	43	44				45	46			
CÓDIGO DE MIEMBRO	En las últimas cuatro semanas, ¿hizo usted algún trámite para buscar trabajo o instalar su propio negocio?	¿En el trabajo al que dedicó más horas la semana pasada o la última semana que trabajó usted es o era:	En ese trabajo, ¿usted tiene algún tipo de contrato?	¿El contrato es verbal o escrito?	¿Qué tipo de contrato ha firmado?	¿Por ese trabajo usted tiene acceso o se encuentra afiliado a:				En total, ¿cuántos años acumulados lleva trabajando?	Actualmente, ¿cuánto gana usted por concepto de sueldo, jornal o ganancias en el mes pasado en su ocupación principal?			
	1. Sí 2. No	1. Empleado u obrero del gobierno general? 2. Empleado u obrero de empresa pública? 3. Empleado u obrero de empresas privadas? 4. Empleado u obrero de zona franca? 5. Empleado en hogar privado? 6. Empleador o patrón? 7. Trabajador por cuenta propia? 8. Trabajador familiar no remunerado (auxiliar)?	1. Sí 2. No 98. No sabe/No responde	1. Escrito 98. No sabe/No responde	1. Indefinido 2. Por un tiempo definido 3. Por un trabajo específico 98. No sabe/No responde	1. Seguro de Salud? 2. Plan de pensión? 3. Seguro de vida? 4. Otro?	1. Sí 2. No 98. No sabe	1. Sí 2. No 98. No sabe	1. Sí 2. No 98. No sabe	1. Sí 2. No 98. No sabe	Menos de 1 año, anote "00"	Unidad Trabajada 1. Hora 2. Día 3. Semana 4. Quincena 5. Mes		
		Si la respuesta es "No" pase a la pregunta 47		Si responde opciones 2 ó 98, pase a la pregunta 44			Si la respuesta es 1, 2, No 98. No sabe					Si contestó días/horas, señale cuántos		
	COD	COD	COD	COD	COD	COD	COD	COD	COD	AÑOS	MONTO (RD\$)	UNIDAD	HORAS POR DIA	DIAS POR SEMANA
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														

II. REGISTRO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR												
PARA MIEMBROS DE 10 AÑOS o MÁS						SOLO PARA MUJERES DE 12 AÑOS o MÁS						
CÓDIGO DE MIEMBRO	47						48	49	50	51	52	53
	¿Ha recibido remesas en efectivo de personas que viven en el exterior?						¿Está actualmente embarazada?	¿A qué edad se embarazó por primera vez de su primer hijo nacido vivo?	¿Con quién vive o vivía al momento de quedar embarazada de su primer hijo nacido vivo?	¿Al finalizar ese primer embarazo continuó sus estudios escolares con normalidad?	¿Cuál fue la razón principal por la que no continuó sus estudios?	¿Continuó sus estudios en la misma tanda?
							1. Sí 2. No			1. Sí 2. No		1. Sí 2. No
	¿Cuánto recibió? Moneda: 1. Dólar 2. Euro 3. Bolívar 4. Gourde							Si la entrevistada nunca ha estado embarazada anote 99, termine la entrevista para esa persona y continúe con la siguiente	1. Padre y Madre 2. Solo Padre 3. Solo Madre 4. Novio, esposo o pareja 5. Abuelo o abuela 6. Otro familiar 7. Amigo/Amiga 8. Sola	Si responde "Si" pase a pregunta 53	1. Falta de tiempo/ Responsabilidades familiares 2. Falta de apoyo por parte del padre biológico de la criatura 3. Falta de apoyo por parte de su familia 4. Búsqueda de trabajo 5. Problemas económicos	
COD	MONEDA	VALOR \$	COD	MONEDA	VALOR \$	CÓDIGO	AÑOS	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

III-A. EDUCACIÓN: NÚCLEO FAMILIAR Y NIVEL EDUCATIVO (Responden mujeres entre 16 y 49 años)															
CÓDIGO DE MIEMBRO	Tipo de Miembro	54		55		56	57		58	59		60	61		
		¿Su padre vive en este hogar?		¿Su padre sabe leer y escribir? (Marque la respuesta)		¿A qué edad su padre comenzó la escuela?	¿Cuál es el nivel educativo y grado más alto alcanzado por su padre?		¿Su madre vive en este hogar?	¿Su madre sabe leer y escribir? (Marque la respuesta)		¿A qué edad su madre comenzó la escuela?	¿Cuál es el nivel educativo y grado más alto alcanzado por su madre?		
		1. Sí 2. No		Leer Escribir		SI NO SABE ANOTE 98	1. Ninguno 2. Educación Inicial 3. Educación Básica 4. Educación Media 5. Educación Técnico-vocacional 6. Educación Universitaria 7. Educación Post-Universitaria 98. No Sabe/No Responde		1. Sí 2. No		Leer Escribir		SI NO SABE ANOTE 98	1. Ninguno 2. Educación Inicial 3. Educación Básica 4. Educación Media 5. Educación Técnico-vocacional 6. Educación Universitaria 7. Educación Post-Universitaria 98. No Sabe/No Responde	
		SI LA RESPUESTA ES "SI", PASE A LA PREGUNTA 58					Grado/Año: 0-8 98. No Sabe Añada el grado-año solo para las respuestas 3,4,5,6. Para el resto anote 00		SI LA RESPUESTA ES "SI", PASE A LA PREGUNTA 62					Grado/Año: 0-8 98. No Sabe Añada el grado-año solo para las respuestas 3,4,5,6. Para el resto anote 00	
COD	SI	NO	SI	NO	Años	Nivel	Grado	COD	SI	NO	SI	NO	Años	Nivel	Grado
Mujer entre 16 y 25 años		1	2	1	2					1	2	1	2		
Mujer entre 26 y 49 años		1	2	1	2					1	2	1	2		

III-B. EDUCACIÓN: ESCOLARIDAD DURANTE EL PRIMER EMBARAZO DEL (O LA) PRIMER(A) NACIDO(A) VIVO(A) (Responden mujeres entre 16 y 49 años)												
CODIGO DE MIEMBRO	62	63	64	65		66				67	68	
	¿Al momento de su primer embarazo usted estuvo inscrita en algún centro educativo?	¿A cuál tanda asistía?	¿El centro educativo donde estaba inscrita era:	¿En qué nivel y grado estaba inscrita(o) en ese año escolar?		¿Al momento de quedar embarazada había realizado anteriormente algún curso de capacitación? 1. Sí 2. No				¿Cuánto tiempo tardaba para ir al centro educativo donde estudiaba?	¿Por qué razón no se inscribió o no asistía durante ese año escolar?	
	1. Inscrita y asistía 2. Inscrita y no asistía 3. No estaba inscrita Si la respuesta es 2 ó 3 pase a pregunta 68	1. Mañana 2. Tarde 3. Noche 4. Interno 5. Semi-interno 6. Sabatino 7. Domingos 8. Tanda extendida	1. Público? 2. Privado? 3. Semioficial? 98. No sabe/No responde	1. Educación inicial 2. Básica 3. Media 4. Técnico-Vocacional 5. Universitario 6. Post-universitario 7. Bachillerato acelerado 8. Tutoría Anote el grado solo para las opciones 2, 3, 5 y 6. Para las opciones 1, 4, 7 y 8 anote 00.		Si la respuesta es Sí, pregunte ¿De cuántos días o meses era la capacitación y cuántos cursos hizo?				PASE A LA PREGUNTA 69	1. Para Trabajar 2. Por embarazo 3. Se Casó/Unió 4. Cuidar a Los Niños 5. Para Ayudar a la Familia en Finca o Negocio 6. Se Graduló/Terminó Estudios 7. Tenía Suficientes Estudios 8. No Hay Escuela/Universidad Cerca 9. No Quiso Seguir Estudiando 10. Por Enfermedad 11. Por Discapacidad 12. No Posee acta de nacimiento 13. Otro (especifique)	
COD	COD	COD	NIVEL	GRADO	COD	CURSOS	DÍAS	MESES	MINUTOS		COD	ESPECIFIQUE
Mujer entre 16 y 25 años												
Mujer entre 26 y 49 años												

IV-A. EMPLEO Y CONDICIONES DE ACTIVIDAD DURANTE EL PRIMER EMBARAZO DE UN(A) NACIDO(A) VIVO(A): Clasificación según actividad (Responden mujeres entre 16 y 49 años)								
CODIGO DE MIEMBRO	69		70		71		72	
	¿Cuál era la actividad principal a la que se dedicaba cuando esperaba su primer hijo/a nacido/a vivo/a?		¿En esa época realizó alguna de las siguientes actividades?		Aunque ya me indicé que, no trabajaba, ¿tenía algún empleo, negocio, actividad agrícola, fábrica o comercio por el que recibía ingresos o paga?		En esa época, ¿hizo algún trámite para buscar trabajo o instalar su propio negocio?	
	1. Trabajar 2. Buscar Trabajo 3. Estudiar 4. Quehaceres del hogar / Ama de casa 5. Discapacitado 6. Jubilado o pensionado 7. Rentista 8. Enfermo o convaleciente 9. Otro (especifique) Si la respuesta es 1, pase a la pregunta 73		1. Trabajó al menos una hora por un sueldo o salario? 2. Trabajó como patrono o por su cuenta? 3. Vendió algún producto? 4. Recibió pago por lavar o planchar ropa ajena, cuidar carros, etc.? 5. Cultivó la tierra o crió animales 6. Trabajó en un negocio familiar sin recibir pago? 7. No trabajó ni realizó ninguna actividad mencionada anteriormente De las opciones 1 a la 6 pase a la pregunta 73		1. Sí 2. No Si la respuesta es "Sí", pase a la pregunta 73		1. Sí 2. No Pase a la pregunta 80	
COD	ESPECIFIQUE	COD	COD	COD	COD			
Mujer entre 16 y 25 años								
Mujer entre 26 y 49 años								

IV-B. EMPLEO Y CONDICIONES DE ACTIVIDAD DURANTE EL PRIMER EMBARAZO DE UN(A) NACIDO(A) VIVO(A): OCUPACIÓN PRINCIPAL (Responden mujeres entre 16 y 49 años)													
CODIGO DE MIEMBRO	73	74	75	76	77				78	79			
	¿En esa época en el trabajo al que dedicó más horas usted era:	En ese trabajo, ¿tenía algún tipo de contrato?	¿El contrato era verbal o escrito?	¿Qué tipo de contrato había firmado?	¿Por ese trabajo usted tenía acceso o se encontraba afiliada a...?				En total, ¿cuántos años acumulados llevaba trabajando?	Durante su primer embarazo o mientras esperaba su primer hijo, ¿cuánto ganaba por concepto de sueldo, jornal o ganancias en su ocupación principal?			
	1. Empleado u obrero del gobierno general? 2. Empleado u obrero de empresa pública? 3. Empleado u obrero de empresas privadas? 4. Empleado u obrero de zona franca? 5. Empleado en hogar privado? 6. Empleador o patrón? 7. Trabajador por cuenta propia? 8. Trabajador familiar no remunerado (auxiliar)? Si la respuesta es 5, 6, 7 ó 8 Pase a la pregunta 77	1. Sí 2. No 98. No sabe/No responde Si la respuesta es 2 ó 98 pase a la pregunta 77	1. Escrito 2. Verbal 98. No sabe/No responde	1. Indefinido 2. Por un tiempo definido 3. Por un trabajo específico 98. No sabe/No responde	1. Seguro de Salud 1. Sí 2. No 98. No sabe	2. Plan de pensión 1. Sí 2. No 98. No sabe	3. Seguro de vida 1. Sí 2. No 98. No sabe	4. Otro 1. Sí 2. No 98. No sabe	Menos de 1 año, anote "00"	Unidad Trabajada 1. Hora 2. Día 3. Semana 4. Quincena 5. Mes Si contestó días/horas, señale cuántos			
	COD	COD	COD	COD	COD	COD	COD	COD	AÑOS	MONTO (RDS)	UNIDAD	HORAS POR DÍA	DIAS POR SEMANA
Mujer entre 16 y 25 años													
Mujer entre 26 y 49 años													

V. SEGURIDAD ALIMENTARIA (Responden mujeres entre 16 y 49 años)				
CODIGO DE MIEMBRO	80	81		82
	En el último mes, ¿le ha preocupado que en su hogar no hubiera suficiente comida y que no pudiera obtener más?	En el último mes, ¿usted, algún adulto o niños del hogar ha tenido que saltarse algunas de las comidas (desayuno, almuerzo o cena) que normalmente acostumbran por no tener suficientes alimentos o dinero?		¿Alguna vez ha tenido una relación sentimental motivada por las necesidades económicas de usted, su familia o sus hijos?
	1. Nunca 2. A veces 3. Frecuentemente	1. Nunca 2. A veces 3. Frecuentemente ADULTOS NIÑOS		1. Sí 2. No 98. No sabe/No responde
	COD	COD	COD	COD
Mujer entre 16 y 25 años				
Mujer entre 26 y 49 años				

VI. MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA (Responde mujer entre 16 y 25 años)				CODIGO DE MIEMBRO <input type="text"/>				
NUM. PREG.	PREGUNTA Y OBSERVACIONES	OPCIONES DE RESPUESTA	PASE A PREG.	NUM. PREG.	PREGUNTA Y OBSERVACIONES	OPCIONES DE RESPUESTA	PASE A PREG.	
83	¿Cuántos hijos e hijas con vida tiene?	Total de Hijos Vivos Total de Hijas Vivas	<input type="text"/> <input type="text"/>	88	¿Cuántos años tenía usted cuando comenzó a vivir con su (primer) esposo o pareja?	Edad en años <input type="text"/> ANOTE 99 si Nunca se casó o Unió	Si nunca se casó o unió pase a pregunta 91	
84	De los hijos de 5 años o menos: ¿Cuántos hijos (varones) han muerto? ¿Cuántas hijas (hembras) han muerto? SI NINGUNO(A), ESCRIBA '00'.	Total de Hijos Muertos Total de Hijas Muertas	<input type="text"/> <input type="text"/>	89	¿Cuántos años tenía su primer esposo o pareja cuando se unieron o casaron?	Edad en años <input type="text"/>		
	85	Antes de quedar embarazada por primera vez usted recibió alguna vez información sobre el tema?	1. Sí 2. No	← Pase a 88	90	¿Cuándo se unió o casó por primera vez, ¿Cómo estaba económicamente su pareja en comparación con usted?	1. Mejor 2. Igual 3. Peor	
86	¿Qué tipo de información o sensibilización recibió? MARQUE TODAS LAS OPCIONES MENCIONADAS	1. Planificación familiar, métodos anticonceptivos 2. Riesgos de relaciones sexuales sin protección (VIH, ETS) 3. Embarazo adolescente y sus riesgos 4. Entrenamiento con el Programa Bebé Piénsalo Bien 5. Otro (Esp) _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		91	Viendo tu vida en el presente, ¿cuáles de las siguientes metas te planteaste? MARQUE TODAS LAS OPCIONES MENCIONADAS	1. Obtener un empleo estable 2. Vivir en un entorno seguro y con acceso a los servicios necesarios 3. Tener un hogar feliz y estable 4. Conseguir una pareja que llene sus expectativas 5. Ser propietaria de su propia vivienda o negocio	1. Sí 2. No
					92	¿Has cumplido esas metas?	1. Ha cumplido todas 2. Ha cumplido algunas 3. No ha cumplido ninguna	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
87	¿Quién le ofreció la información? MARQUE TODAS LAS OPCIONES MENCIONADAS	1. Iglesia 2. Profamilia u otra ONG 3. Escuela 4. Unap, Consultorio, Policlínica 5. Amigo 6. Familiar 7. Medios de comunicación 8. Internet 9. Otro (Esp) _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	93	Si pudieras elegir nuevamente y volver hacia atrás, ¿harías algo distinto? MARQUE TODAS LAS OPCIONES MENCIONADAS	1. Seguir estudiando/Terminar educación 2. Obtener un mejor empleo 3. Embarazarme más temprano 4. Embarazarme más tarde 5. Tener menos hijos/as 6. Tener más hijos/as 7. Elegir otra pareja 8. Abandonar el hogar 9. No abandonar el hogar	1. Sí 2. No	

VI. MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA (Responde mujer entre 16 y 25 años)				CODIGO DE MIEMBRO <input type="text"/>			
NUM. PREG.	PREGUNTA Y OBSERVACIONES	OPCIONES DE RESPUESTA	PASE A PREG.	NUM. PREG.	PREGUNTA Y OBSERVACIONES	OPCIONES DE RESPUESTA	PASE A PREG.
94	¿Cuáles de las siguientes opciones usted considera que pueden motivar a postergar el embarazo? MARQUE TODAS LAS OPCIONES MENCIONADAS	1. Capacitación técnico vocacional 2. Mejor relación con sus padres / Hogar estable 3. Mas información sobre los riesgos y las consecuencias (Educación Sexual en la escuela) 4. Un empleo o subsidio del gobierno 5. Una pareja mejor informada y con mas conocimientos sobre salud sexual y reproductiva 6. Fácil acceso a algún método anticonceptivo 7. Charlas motivacionales sobre plan de vida futura, autoestima, metas... 8. Haber crecido en un entorno diferente (con mas oportunidades, menos violencia, etc.) 9. Acceso a tecnologías de la información 10. Otro (esp) _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	97	Después de su primer embarazo de hijo(a) nacido(a) vivo(a), ¿Cuántos hijos(as) tuvo?	Cantidad <input type="text"/> Si no tuvo más hijos anote "0" (cero)	Si no tuvo más hijos pase a pregunta 99
				98	Después de su primer embarazo de hijo(a) nacido(a) vivo(a), ¿Qué tiempo después tuvo el (la) segundo(a)?	Meses <input type="text"/> Años <input type="text"/>	
				99	¿Qué edad tenía su madre cuando se unió o casó por primera vez? ¿Qué edad tenía la pareja de su madre en ese momento?	Edad en Años de la madre <input type="text"/> Edad en Años de la pareja <input type="text"/> Si no sabe anote 98	
				100	¿Qué edad tenía su madre cuando quedó embarazada de su primer(a) hijo(a) nacido(a) vivo(a)?	Edad en Años <input type="text"/> Si no sabe anote 98	
95	Después del primer embarazo, ¿has utilizado algún método para prevenir el embarazo?	1. Sí 2. No	← Pase a 97	101	¿Qué edad tenía el padre biológico de esa criatura al momento de embarazar a su madre?	Edad en Años <input type="text"/> Si no sabe anote 98	
96	¿Qué método(s) utiliza(n) usted, su pareja o ambos? MARQUE TODOS LOS MÉTODOS MENCIONADOS	1. Esterilización Femenina 2. Esterilización Masculina (Vasectomía) 3. Diu (Dispositivo Intrauterino) 4. Inyecciones anticonceptivas 5. Implantes 6. Pastillas/Píldora 7. Condón Masculino 8. Condón Femenino 9. Mela (Lactancia y Amenorrea) 10. Método del Ritmo 11. Retiro 12. Otro (Esp) _____		<input type="text"/> <input type="text"/>	102	¿Qué edad tenía su madre cuando quedó embarazada de su segundo(a) hijo(a) nacido(a) vivo(a)?	Edad en Años <input type="text"/> Si no sabe anote 98

VI. MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA (Responde mujer entre 26 y 49 años)				CODIGO DE MIEMBRO <input type="text"/>			
NÚM. PREG.	PREGUNTA Y OBSERVACIONES	OPCIONES DE RESPUESTA	PASE A PREG.	NÚM. PREG.	PREGUNTA Y OBSERVACIONES	OPCIONES DE RESPUESTA	PASE A PREG.
83	¿Cuántos hijos e hijas con vida tiene?	Total de Hijos Vivos Total de Hijas Vivas		88	¿Cuántos años tenía usted cuando comenzó a vivir con su (primer) esposo o pareja?	Edad en años <input type="text"/> ANOTE 99 si Nunca se casó o Unió	Si nunca se casó o unió pase a pregunta 91.
84	De los hijos de 5 años o menos: ¿Cuántos hijos (varones) han muerto? ¿Cuántas hijas (hembras) han muerto? SI NINGUNO(A), ESCRIBA '00'.	Total de Hijos Muertos Total de Hijas Muertas		89	¿Cuántos años tenía su primer esposo o pareja cuando se unieron o casaron?	Edad en años <input type="text"/>	
85	Antes de quedar embarazada por primera vez usted recibió alguna vez información sobre el tema?	1. Sí 2. No	← Pase a 88	90	Cuándo se unió o casó por primera vez, ¿Cómo estaba económicamente su pareja en comparación con usted?	1. Mejor 2. Igual 3. Peor	
86	¿Qué tipo de información o sensibilización recibió? MARQUE TODAS LAS OPCIONES MENCIONADAS	1. Planificación familiar, métodos anticonceptivos 2. Riesgos de relaciones sexuales sin protección (VIH, ETS) 3. Embarazo adolescente y sus riesgos 4. Entrenamiento con el Programa Bebé Plénsalo Bien 5. Otro (Esp) _____		91	Viendo tu vida en el presente, ¿cuáles de las siguientes metas te planteaste? MARQUE TODAS LAS OPCIONES MENCIONADAS	1. Obtener un empleo estable 2. Vivir en un entorno seguro y con acceso a los servicios necesarios 3. Tener un hogar feliz y estable 4. Conseguir una pareja que llene sus expectativas 5. Ser propietaria de su propia vivienda o negocio	1. Sí 2. No
87	¿Quién le ofreció la información? MARQUE TODAS LAS OPCIONES MENCIONADAS	1. Iglesia 2. Profamilia u otra ONG 3. Escuela 4. Unap, Consultorio, Policlínica 5. Amigo 6. Familiar 7. Medios de comunicación 8. Internet 9. Otro (Esp) _____		92	¿Has cumplido esas metas?	1. Ha cumplido todas 2. Ha cumplido algunas 3. No ha cumplido ninguna	
				93	Si pudiera elegir nuevamente y volver hacia atrás, ¿harías algo distinto? MARQUE TODAS LAS OPCIONES MENCIONADAS	1. Seguir estudiando/Terminar educación 2. Obtener un mejor empleo 3. Embarazarme más temprano 4. Embarazarme más tarde 5. Tener menos hijos/as 6. Tener más hijos/as 7. Elegir otra pareja 8. Abandonar el hogar 9. No abandonar el hogar	1. Sí 2. No

VI. MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA (Responde mujer entre 26 y 49 años)				CODIGO DE MIEMBRO <input type="text"/>			
NÚM. PREG.	PREGUNTA Y OBSERVACIONES	OPCIONES DE RESPUESTA	PASE A PREG.	NÚM. PREG.	PREGUNTA Y OBSERVACIONES	OPCIONES DE RESPUESTA	PASE A PREG.
94	¿Cuáles de las siguientes opciones usted considera que pueden motivar a postergar el embarazo? MARQUE TODAS LAS OPCIONES MENCIONADAS	1. Capacitación técnico vocacional 2. Mejor relación con sus padres / Hogar estable 3. Mas información sobre los riesgos y las consecuencias (Educación Sexual en la escuela) 4. Un empleo o subsidio del gobierno 5. Una pareja mejor informada y con mas conocimientos sobre salud sexual y reproductiva 6. Fácil acceso a algún método anticonceptivo 7. Charlas motivacionales sobre plan de vida futura, autoestima, metas... 8. Haber crecido en un entorno diferente (con mas oportunidades, menos violencia, etc.) 9. Acceso a tecnologías de la información 10. Otro (esp) _____		97	Después de su primer embarazo de hijo(a) nacido(a) vivo(a), ¿Cuántos hijos(as) tuvo?	Cantidad <input type="text"/> Si no tuvo más hijos anote "0" (cero)	Si no tuvo más hijos pase a pregunta 99
95	Después del primer embarazo, ¿has utilizado algún método para prevenir el embarazo?	1. Sí 2. No	← Pase a 97	98	Después de su primer embarazo de hijo(a) nacido(a) vivo(a), ¿Qué tiempo después tuvo el (la) segundo(a)?	Meses <input type="text"/> Años <input type="text"/>	
96	¿Qué método(s) utiliza(n) usted, su pareja o ambos? MARQUE TODOS LOS MÉTODOS MENCIONADOS	1. Esterilización Femenina 2. Esterilización Masculina (Vasectomía) 3. Diu (Dispositivo Intrauterino) 4. Inyecciones anticonceptivas 5. Implantes 6. Pastillas/Píldora 7. Condón Masculino 8. Condón Femenino 9. Mela (Lactancia y Amenorrea) 10. Método del Ritmo 11. Retiro 12. Otro (Esp) _____		99	¿Qué edad tenía su madre cuando se unió o casó por primera vez? ¿Qué edad tenía la pareja de su madre en ese momento?	Edad en Años de la madre <input type="text"/> Edad en Años de la pareja <input type="text"/> Si no sabe anote 98	
				100	¿Qué edad tenía su madre cuando quedó embarazada de su primer(a) hijo(a) nacido(a) vivo(a)?	Edad en Años <input type="text"/> Si no sabe anote 98	
				101	¿Qué edad tenía el padre biológico de esa criatura al momento de embarazar a su madre?	Edad en Años <input type="text"/> Si no sabe anote 98	
				102	¿Qué edad tenía su madre cuando quedó embarazada de su segundo(a) hijo(a) nacido(a) vivo(a)?	Edad en Años <input type="text"/> Si no sabe anote 98	

VII. PADRE BIOLÓGICO DEL (DE LA) PRIMER (A) HIJO (A) NACIDO (A) VIVO (A)																							
PARA MUJERES ENTRE 16 y 49 AÑOS																							
CODIGO DE MIEMBRO	103	104	105	106	107	108				109													
	¿Qué edad tenía el padre biológico de su primer hijo (a) nacido (a) vivo (a) cuando usted quedó embarazada?	¿Sigue con vida el padre biológico de su primer hijo?	Actualmente, ¿qué edad tiene el padre biológico de su primer hijo (a) nacido (a) vivo (a)?	Cuando quedó embarazada de su primer nacido/a vivo/a, ¿qué tipo de relación sentimental tenía con el padre biológico de la criatura?	¿Usted mantuvo una relación sentimental con el padre biológico de la criatura después de quedar embarazada?	¿Cómo influyó ese embarazo en la ruptura de la relación?				¿De qué manera colabora el padre biológico en la crianza de su primer hijo(a) nacido(a) vivo(a)? Si el padre biológico falleció pregunte de qué manera colaboraba con la crianza de su primer hijo/a nacido/a vivo/a.													
	Si no sabe anote 98	1. Sí 2. No Si responde "No" pase a pregunta 106	Si no sabe anote 98	1. Noviazgo 2. Unión libre 3. Casada 4. Separada 5. Divorciada 6. Ninguna relación Si responde "Ninguna relación" pase a pregunta 109	1. Continué 2. Hubo rompimiento Si responde la opción 1 pase a pregunta 109	1. El padre biológico no quiso reconocer su paternidad 2. El padre biológico se tornó violento y la golpeaba 3. El padre biológico se hizo alcohólico y decidió dejarlo 4. El padre biológico se hizo adicto a las drogas y decidió dejarlo 5. El padre biológico dejó de trabajar y/o estudiar 6. El padre biológico la culpaba por el embarazo 7. El padre biológico no quiso casarse o mudarse con usted 8. El padre biológico buscó otra pareja y la abandonó MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE LA ENTREVISTADA				1. Le da apoyo económico voluntariamente 2. Le da disciplina al niño/a 3. Le ayuda con las tareas de la escuela 4. Le ayuda con las tareas del hogar 5. Cuida al niño/a mientras usted trabaja 6. Juega con el/ la niño/a 7. Le enseña valores morales y/o religiosos 8. Le enseña algún deporte 9. Le provee una pensión alimenticia por orden de un juez 10. Colaboró durante un tiempo, pero luego dejó de hacerlo 11. No colabora en la crianza MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE LA ENTREVISTADA													
AÑOS	COD	AÑOS	COD	COD	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Mujer entre 16 y 25 años																							
Mujer entre 26 y 49 años																							

VII. PADRE BIOLÓGICO DEL (DE LA) PRIMER (A) HIJO (A) NACIDO (A) VIVO (A) (Responden mujeres entre 16 y 49 años)										
PARA MUJERES ENTRE 16 y 49 AÑOS										SOLO SI EL PADRE BIOLÓGICO SIGUE CON VIDA
CODIGO DE MIEMBRO	110	111	112	113	114		115	116		
	¿Está de acuerdo en que, durante el embarazo de su primer hijo nacido vivo, usted se sintió apoyada y protegida por el padre biológico de la criatura?	¿El padre biológico de su primer hijo nacido vivo sabe (sabía) leer y escribir?	¿Al momento de su primer embarazo sabe si el padre biológico de su primer hijo/a nacido/a vivo/a estuvo inscrito en algún centro educativo?	¿Cuál es el último nivel educativo que alcanzó el padre biológico de su primer hijo/a nacido/a vivo/a?	¿Cuál era la actividad principal a la que se dedicaba el padre biológico de su primer hijo/a nacido/a vivo/a?		¿En esa época el padre biológico de su primer hijo/a nacido/a vivo/a realizó alguna de las siguientes actividades?	Si no vive con el padre de sus hijos o está separada, recibe usted una pensión alimenticia? De ser así, cuánto recibe mensualmente en total?		
	1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo	1. Sí 2. No	1. Inscrito y asistía 2. Inscrito y no asistía 3. No estaba inscrito	1. Educación inicial 2. Básica 3. Media 4. Técnico-Vocacional 5. Universitario 6. Post-universitario 7. Bachillerato acelerado 8. Tutoría 9. Ninguno 10. No sabe	1. Trabajar 2. Buscar Trabajo 3. Estudiar 4. Quehaceres del hogar 5. Incapacitado 6. Jubilado o pensionado 7. Rentista 8. Enfermo o convalciente 9. Otro (especifique) Si respondió la opción 1, pase a la pregunta 116 SI EL PADRE BIOLÓGICO HA FALLECIDO PASE A LA PREGUNTA 120		1. Trabajó al menos una hora por un sueldo o salario? 2. Trabajó como patrono o por su cuenta? 3. Vendió algún producto? 4. Recibió pago por lavar o planchar ropa ajena, cuidar carros, etc? 5. Cultivó la tierra o crió animales 6. Trabajó en un negocio familiar sin recibir pago? 7. No trabajó ni realizó ninguna actividad mencionada anteriormente	1. Sí 2. No ¿Cuánto recibió?		
COD	COD	COD	NIVEL	COD	ESPECIFIQUE	COD	COD	COD	RD\$	
Mujer entre 16 y 25 años										
Mujer entre 26 y 49 años										

VII. PADRE BIOLÓGICO DEL (DE LA) PRIMER (A) HIJO (A) NACIDO (A) VIVO (A) (Responden mujeres entre 16 y 49 años)												
SOLO SI EL PADRE BIOLÓGICO SIGUE CON VIDA												
117										118		119
¿Recibe algún tipo de ayuda como bienes o artículos (no monetaria) de parte del padre biológico de su primer hijo o hija nacido(a) vivo(a)?										¿Cada cuánto tiempo recibe esos artículos?		Si usted tuviera que comprar esos artículos, ¿cuánto le costarían en total?
Si la respuesta es "Sí", Marque con una X cada uno de los bienes o artículos que mencione la entrevistada												
Si respondió "no", pase a la siguiente sección.												1. Diariamente 2. Semanalmente 3. Quincenalmente 4. Mensualmente 5. Cada 2 meses 6. Trimestralmente 7. Semestralmente 8. Anualmente
CODIGO DE MIEMBRO	1. Sí 2. No	Leche/Fórmula infantil	Alimentos	Medicinas	Pañales desechables	Artículos de cuidado personal (Ej.: jabón, shampoo, aceite de bebé, hisopo, etc)	Artículos del hogar	Otros				
	COD	MARQUE	MARQUE	MARQUE	MARQUE	MARQUE	MARQUE	MARQUE	ESPECIFIQUE	COD	RD\$	
	Mujer entre 16 y 25 años											
	Mujer entre 26 y 49 años											

VIII. DISCRIMINACION Y ABUSO (Responden mujeres entre 16 y 49 años)												
120		121										
¿Durante su primer embarazo fue objeto de algún tipo de discriminación por estar embarazada?		¿Qué tipo de discriminación?										
MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS DE LA ENTREVISTADA												
CODIGO DE MIEMBRO	1. Sí 2. No 98. No sabe/No responde	1. Expulsión de la escuela	2. Maltrato físico o verbal por parte de maestros o el/la director/a	3. Burlas e insultos de parte de compañeros o amigos	4. Expulsada de su casa por sus padres o tutores	5. Abuso verbal o físico por los padres o tutores	6. Abuso verbal o físico por otros familiares	7. Maltrato físico o verbal por parte de los miembros de su iglesia o del pastor/sacerdote o expulsada de la iglesia	8. Maltrato físico o verbal por parte de compañeros de trabajo o jefe(a)	9. Cancelada de su trabajo por estar embarazada	10. Otro (ESPECIFIQUE)	
	COD	COD	COD	COD	COD	COD	COD	COD	COD	COD	COD	ESPECIFIQUE
	Mujer entre 16 y 25 años											
	Mujer entre 26 y 49 años											

ANEXO 3:

Guía de preguntas de las entrevistas a profundidad aplicadas a adolescentes, padres biológicos de los primeros hijos/as de las mujeres sujeto de la investigación y miembros de la comunidad (enfoque cualitativo)

Entrevistas a Profundidad

Adolescentes madres

Rapport: Yo formo parte del equipo del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y estamos realizando unas entrevistas directas a jóvenes adolescentes. Esto significa que vamos a formular preguntas para profundizar sobre los problemas que afectan a las y los adolescentes, sus logros educativos las oportunidades de empleo, la salud y educación de los hijos y en general del bienestar de la familia.

Con este trabajo desde el Programa de las Naciones Unidas vamos a hacer una medición de las condiciones de pobreza de las y los adolescentes para evaluar cómo el embarazo en la adolescencia impacta la educación, las oportunidades de trabajo, la salud de las madres y de la criatura y en general medir el bienestar para formular programas para mejorar la situación de las y los adolescentes.

Quiero solicitarle su aprobación para realizarle algunas preguntas sobre las condiciones de vida de los jóvenes en la comunidad, y de usted y su propia familia directa. ¿Me permite usted grabar esta entrevista para facilitar la recolección de experiencias de su vida?

Preguntas:

1. ¿Cómo llegó usted y su familia a esta comunidad?,

CÓDIGO DE HOGAR SIUBEN

Introducción:

- 1.- ¿Quién SOY?
- 2.- ¿Cuál es MI TRABAJO HOY?
- 3.- Solicitar COLABORACION de las entrevistas.

Firmar Consentimiento Informado.

¿Cuál es el municipio de nacimiento suyo, de su padre y de su madre?

2. ¿Qué edad tiene?
3. ¿Actualmente está asistiendo a la escuela, realizando otros estudios ó algún curso de capacitación?
4. Describa su experiencia con el sistema escolar, la edad de inicio a la escuela y ¿cuál fue el mayor nivel educativo alcanzado?
5. ¿Existe alguna escuela laboral en la comunidad, alguna oficina de INFOTEP, programas de salud, o tecnología para jóvenes? ¿existe algún programa que ayude a las adolescentes y los jóvenes a tener oportunidades de desarrollo desde la Iglesia, ONG's, y/o proyectos del sector privado?
6. Conversando de otros temas de las y los adolescentes, ¿me puede comentar si ha realizado en el último año alguna actividad productiva, algún trabajo, o tarea ya sea sin pago, o pago por día, que haya contribuido a obtener ingresos?
7. En relación a los temas de las adolescentes y jóvenes mujeres, me gustaría conversar sobre su primer

- embarazo de algún niño o niña. ¿A qué edad quedó embarazada por primera vez de un hijo (a) nacido (a) vivo (a)?
8. ¿Ha tenido alguna pérdida de embarazo, o algún niño (a) nacido muerto o en el primer mes de vida?
 9. En relación a su primer hijo (a), ¿Cuál fue la principal razón por la que quedó embarazada?
 10. Pudiera comentarnos sobre la reacción de sus padres, la comunidad y el padre biológico de su hijo/a cuando se enteraron de que estaba embarazada. ¿Era lo que esperabas?
 11. ¿Estás casada o unida? ¿Qué tiempo tienes con esa persona? ¿vive con él?
 12. ¿Cuál era la edad del padre biológico?
 13. Comente si ha tenido otros embarazos. ¿A qué edad fue tu segundo embarazo?
 14. ¿Cómo ha cambiado su vida después de su primer embarazo?
 15. ¿Que apoyo ha tenido del padre biológico de la criatura? En lo económico, apoyo en la crianza, ayuda con el cuidado del niño (a), describa la responsabilidad del padre en la crianza.
 16. ¿El tema del embarazo y maternidad en la adolescencia es algo frecuente alrededor de tu entorno, en tu comunidad? ¿por qué?
 17. ¿Enfrentó alguna de las siguientes dificultades por haber quedado embarazada: asistencia escolar, salud, comunidad, etc. falta de centros de cuidado, dificultades económicas para pagar el cuidado del niño(a), deserción escolar, cambio de tanda escolar, discriminación en la escuela o en la comunidad o entre otras jóvenes, o de parte de tu familia?
 18. Si ha enfrentado alguna dificultad ¿Qué cosas te habrían ayudado a solucionar mejor esas dificultades?
 19. ¿Obtuvo ayuda, soporte de parte de su familia, del padre o de su comunidad? Si no la recibió, ¿por qué crees que no la obtuviste?
 20. Si desertó de la escuela, ¿Retomó los estudios después de tener el/la bebé?
 21. ¿Cuáles beneficios ha tenido por ser madre en la adolescencia?
 22. ¿Tuvo acceso a algún tipo de orientación o información relativa al embarazo: riesgo, prevención, responsabilidades, cuidados? ¿De quién provino esa información?
 23. Comente con relación a la educación de sus hijos (as) ¿Van a la escuela? ¿la escuela queda lejos? ¿qué tiempo deben durar para llegar?
 24. ¿Qué hacen cuando están de vacaciones?
 25. ¿Que piensas hacer en el futuro? ¿Tienes una lista de deseos? Qué quisieras hacer en el futuro sobre ti, tu familia, el hijo/a?

Notas Técnicas:

1. Para la pregunta No.6.- ¿Ha tenido alguna pérdida de embarazo, o algún niño (a) nacido muerto o en el primer mes de vida?
 - En las preguntas sobre pérdidas de embarazo, NO usar la palabra Aborto; es mejor utilizar la palabra embarazo interrumpido. Dar ejemplos de opciones: se interrumpió de manera natural el embarazo (aborto natural); tuvo una pérdida del niño (a) provocada (aborto provocado). Si es posible, y el momento y la dinámica de la entrevista lo permite, pregunte si algunas de sus amigas o familiares han

tenido alguna interrupción de embarazo provocada. Y luego, ¿Qué piensa como adolescente sobre el embarazo interrumpido por la misma persona (provocado)?

- De encontrarse casos de embarazos interrumpidos debe preguntarse, ¿quién tomó la última decisión? ¿el cónyuge? ¿entre los dos? ¿la familia de ella, o del cónyuge?

2. Pregunta No.7.- ¿Cuál fue la razón por la que quedó embarazada? Solicitar que se abunde si fue planificado o no fue planificado. No preguntar si fue DESEADO.
3. Pregunta NO.14.- ¿Qué apoyo ha tenido del padre biológico? Debe mencionar los tipos de apoyo; pago de pensión alimenticia, compra de alimentos, compra de medicamentos, etc.

Entrevistas a Profundidad – Actores Relevantes en el Territorio

Edad:

Sexo:

Ocupación:

Provincia:

Municipio:

Barrio:

Zona:

1. Cuéntenos sobre la situación del embarazo adolescente en su comunidad (frecuencia, opinión sobre las principales causas).
2. Desde su trabajo/espacio donde se desenvuelve, ¿existen mecanismos de apoyo/atención/orientación a las jóvenes embarazadas?

3. En su opinión, ¿cuáles son las principales consecuencias del embarazo adolescente en su comunidad/hogares?
4. ¿Cuál es el rol que deben tener los padres/ comunidad/ instituciones del gobierno en la prevención del embarazo adolescente y en la protección post embarazo?
5. ¿Cuál es su opinión con relación a la educación sexual en las escuelas, y desde el hogar y la comunidad?
6. Desde su lugar de trabajo, ¿dispone de suficientes insumos/instrumentos/recursos para poder dar atención a la prevención o dar servicios para reducir/evitar el embarazo adolescente?
7. A su juicio, ¿qué políticas/ servicios/programas/mecanismos de apoyo pudieran incidir en reducir la situación de embarazo adolescente?
8. ¿Cuáles son las limitaciones que enfrentan los y las adolescentes que pudiera contribuir a reducir este problema?
9. ¿Cuál es su opinión sobre las prácticas de aborto entre las adolescentes?
10. ¿Cuál es su opinión sobre los casos de violencia de pareja íntima entre los adolescentes?

Entrevistas a Profundidad – Padres biológicos de los hijos/as de las mujeres entrevistadas

Rapport: Yo formo parte del equipo del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y estamos realizando unas entrevistas directas a jóvenes adolescentes. Esto significa que vamos a formular preguntas para profundizar sobre los problemas que afectan a las y los adolescentes, sus logros educativos las oportunidades de empleo,

la salud y educación de los hijos y en general del bienestar de la familia.

Con este trabajo desde el Programa de las Naciones Unidas vamos a hacer una medición de las condiciones de pobreza de las y los adolescentes para evaluar cómo el embarazo en la adolescencia impacta la educación, las oportunidades de trabajo, la salud de las madres y de la criatura y en general medir el bienestar para formular programas para mejorar la situación de las y los adolescentes.

Quiero solicitarle su aprobación para realizarle algunas preguntas sobre las condiciones de vida de los jóvenes en la comunidad, y de usted y su propia familia directa. ¿Me permite usted grabar esta entrevista para facilitar la recolección de experiencias de su vida?

Preguntas:

1. ¿Cómo llegó usted y su familia a esta comunidad?, ¿Cuál es el municipio de nacimiento suyo, de su padre y de su madre?
2. ¿Está actualmente realizando algún estudio, curso de capacitación, y/o asistiendo a la escuela? Describa su experiencia con el sistema escolar desde pequeño, la edad de inicio a la escuela, y ¿cuál fue el mayor nivel educativo alcanzado?
3. ¿Existe alguna escuela laboral en la comunidad, alguna oficina de INFOTEP, programas de salud, o tecnología para jóvenes? ¿existe algún programa que ayude a las adolescentes y los jóvenes a tener oportunidades de desarrollo desde la Iglesia, ONG's, y/o proyectos del sector privado?
4. Conversando de otros temas de las y los adolescentes, ¿me puede comentar si ha realizado en el último año algún trabajo, ocupación ya sea sin pago; o pago por día, que haya contribuido a obtener ingresos?
5. ¿Qué edad tienes?
6. ¿A qué edad inicio su actividad sexual? ¿Hubo alguna razón para que tuvieras sexo a esa edad? ¿Tus amigos de la escuela te lo insinuaban? ¿O en tu familia te decían que debías hacerlo?
7. ¿Alguna vez te hablaron de condones u otros métodos anticonceptivos en la escuela? ¿En tu casa? ¿Algún otro familiar? ¿Alguna organización no gubernamental? ¿Utilizaste en tu primera relación sexual? ¿qué utilizaste? ¿cuándo comenzaste a utilizarlo?
8. ¿A qué edad fuiste padre por primera vez? ¿Cuál era la edad de la madre? ¿Has tenido otros hijos? ¿con otras mujeres? ¿Cuáles eran las edades de esas mujeres?
9. ¿Cómo te enteraste del embarazo? ¿y qué pensaste sobre eso? ¿tuviste alguna reacción? ¿cuál? y tus padres, ¿cómo reaccionaron? ¿la comunidad? ¿la iglesia? ¿en la escuela?
10. ¿Cuando tuviste tu primer hijo/a, ¿era tu intención tenerlo/a en ese momento? ¿Por qué? Si querías tenerlo después, ¿qué tanto tiempo después?
11. ¿En tu comunidad hay sitios en los que puedes buscar información para prevenir embarazos, para protegerte de enfermedades de transmisión sexual?
12. Cuando la mamá de tu primer hijo estaba embarazada, ¿La visitabas? ¿La acompañaste alguna vez al médico? ¿La acompañabas a hacer otras diligencias? ¿Estuviste en el parto? ¿Crees que hiciste lo necesario?
13. ¿Vives con la mamá de ese/a niño/a? ¿Cuidas al niño/a cuando están en la casa tú y tu pareja? Cuando ella debe salir, ¿Con quién se queda el/la niño/a?
14. ¿Sueles comprarle los alimentos-leche? ¿Lo llevas al médico?

15. ¿Estudiabas al momento del embarazo de la joven?
¿Seguiste estudiando? Si no, ¿hubo alguna razón para dejar los estudios?
16. ¿Trabajabas al momento del embarazo? ¿Tuviste que salir a trabajar porque la muchacha quedó embarazada?
17. ¿Estabas estudiando al momento de la joven quedar embarazada? ¿Tuviste que dejar los estudios? ¿Por qué?
18. Luego de esa situación, ¿has tenido problemas para conseguir algún trabajo por eso?
19. ¿A qué te dedicas actualmente? ¿Es el mismo trabajo que tenías cuando eras padre por primera vez? ¿Qué haces en tu tiempo libre?

Edad:

Sexo:

Ocupación:

Provincia:

Municipio:

Barrio:

Zona:

BIBLIOGRAFÍA

Perspectiva General

CEPAL & UNFPA. (2006). Fecundidad Adolescente y Desigualdad en Colombia y la Región de América Latina y el Caribe. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) .

Di Cesare, M. (2007). Patrones emergentes en la fecundidad y la salud reproductiva y sus vínculos con la pobreza en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Naciones Unidas.

Di Cesare, M. (2015). Fecundidad adolescente en los países desarrollados: niveles, tendencias y políticas. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Flórez, C., & Soto, V. (2007). Fecundidad adolescente y pobreza: Diagnóstico y lineamientos de política. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación de Colombia.

Naciones Unidas. (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision . Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. Nueva York: Naciones Unidas.

PNUD. (2010). Informe sobre Desarrollo Humano: La verdadera riqueza de las naciones: Caminos al desarrollo humano. Nueva York: PNUD.

PNUD. (2014). Informe sobre Desarrollo Humano: Sostener el Progreso Humano, reducir vulnerabilidades y construir resiliencia. New York: PNUD.

PNUD. (2015). Obtenido de Mapa Interactivo de Desarrollo Humano de República Dominicana: http://www.do.undp.org/content/dominican_republic/es/home/ourwork/humandevlopment/successstories/mapa-interactivo-de-desarrollo-humano-de-rd.html

PNUD. (2016). Informe sobre Desarrollo Humano: Desarrollo humano para todas las personas. Nueva York: PNUD.

Rodríguez , J. (2013). Reproducción temprana en Centroamérica: escenarios emergentes y desafíos. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Saha, S. (2010). Amartya Sen's Concept of Human Rights: Agency's Vital Role. Oxford Forum on Public Policy.

Sen, A. (2000). Desarrollo y Libertad - Material Didático. Buenos Aires, Argentina: Editorial Planeta.

Wodon, Q., Male, C., Onagoruwa, A., Savadogo, A., & Yedan, A. (2017). Impacto económico del matrimonio infantil y las uniones tempranas: Resumen para República Dominicana. Washington, DC: Banco Mundial y UNICEF.

Capítulo 1

Bongaarts, J. (1978). A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility. Population and Development Review.

Cabella, W., & Pardo, I. (2014). Hacia un régimen de baja fecundidad en América Latina y el Caribe, 1990-2015. Río de Janeiro: Asociación Latinoamericana de Población (ALAP).

CEPAL & UNFPA. (2006). Fecundidad Adolescente y Desigualdad en Colombia y la Región de América Latina y el Caribe. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) .

CEPAL. (1995). América Latina y el Caribe: dinámica de la población y desarrollo. Santiago de Chile.

Chackiel, J. (2004). La transición de la fecundidad en América Latina 1950-2000. Toluca: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.

Chackiel, J., & Schkolnik, S. (2004). Los sectores rezagados en la transición de la fecundidad en América Latina. Revista de la CEPAL, 83:13-31.

Di Cesare, M. (2007). Patrones emergentes en la fecundidad y la salud reproductiva y sus vínculos con la pobreza en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Naciones Unidas.

Di Cesare, M. (2007). Patrones emergentes en la fecundidad y la salud reproductiva y sus vínculos con la pobreza en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Naciones Unidas.

Di Cesare, M. (2015). Fecundidad adolescente en los países desarrollados: niveles, tendencias y políticas. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Di Cesare, M., & Rodríguez Vignoli, J. (2006). Análisis micro de los determinantes de la fecundidad adolescente en Brasil y Colombia. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.

Díaz, R., & Olivo, K. (2011). Determinantes de la fecundidad en las adolescentes de República Dominicana: evidencia a partir de la Encuesta Demográfica y de Salud 2007. Obtenido de https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2038085

Flórez, C., & Soto, V. (2007). Fecundidad adolescente y pobreza: Diagnóstico y lineamientos de política. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación de Colombia.

Naciones Unidas. (2014). La situación demográfica en el mundo. Nueva York: Naciones Unidas.

Oficina Nacional de Estadística (ONE). (2008). Monografía Madres adolescentes en República Dominicana. Santo Domingo: ONE.

ONE. (2015). Evolución de la Maternidad Adolescente en República Dominicana: resultados a partir de la estandarización de los censos 2002-2010. Santo Domingo: ONE.

ONE. (2017). Tendencias, patrones y determinantes de la fecundidad en la República Dominicana. Santo Domingo de Guzmán: ONE & UNFPA.

Perez Then, E. (2015). El embarazo en adolescentes en la República Dominicana: Tendencias observadas a partir de las Encuestas Demográficas y de Salud (ENDESA 1986-2013). Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA).

Pérez Then, E., Miric, M., & Vargas, T. (2012). El embarazo en adolescentes en la República Dominicana: ¿Una realidad en transición? Santo Domingo de Guzmán: Profamilia.

Pérez, E. N. (2015). El embarazo en adolescentes en la República Dominicana. Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA).

Rodríguez, J. (2013). Reproducción temprana en Centroamérica: escenarios emergentes y desafíos. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Rodríguez Vignoli, J. (2014). La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Rodríguez Vignoli, J., Di Cesare, M., & Páez, K. (2017). Reproducción temprana: Diferencias entre grandes regiones del mundo al inicio y al final de la adolescencia. Santiago: Naciones Unidas.

Rodríguez, J. (2014). Fecundidad adolescente en América Latina: una actualización. Río de Janeiro: Asociación Latinoamericana de Población (ALAP).

Rodríguez, J., Páez, K., Ulloa, C., & Cox, L. (2017). Reproducción en la adolescencia en Chile: la desigualdad continúa y urgen políticas activas. Santiago: Naciones Unidas.

Vignoli, J. R. (2008). Reproducción en la Adolescencia en América Latina y el Caribe: ¿Una anomalía a escala mundial? III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP). Córdoba.

UNFPA- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2007). Análisis de situación del embarazo adolescente en la Región Andina. Equipo de Apoyo Técnico del UNFPA para América Latina y el Caribe. México, D.F., México.

UNFPA. (2013). Costos del Embarazo y la Maternidad en la adolescencia en la República Dominicana. Santo Domingo, República Dominicana.

Ministerio de Educación (2015). Estudio de Línea Basal de Conocimientos, Actitudes y Prácticas acerca de la Violencia de Género en Centros Educativos. Santo Domingo, República Dominicana.

Capítulo 2

BM. (2016). “NINIS en América Latina: 20 millones de jóvenes en busca de oportunidades”. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. Washington.

CEPAL (2000). “Equidad, desarrollo y ciudadanía” México.

Kaztman, Rubén. (1997). “La medición de las necesidades básicas insatisfechas en los censos de población”.

PNUD. (2016). “Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe, Progreso Multidimensional: bienestar más allá del ingreso”. New York.

Capítulo 3

Hoyos, R., Rogers, H., Székely, M. (2016) “Ninis en América Latina: 20 de jóvenes en busca de oportunidad” Banco Mundial, Washington D.C.

Krippendorff, Klaus. (2004) “Content Analysis: An Introduction to Its Methodology” (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

PNUD. (2016). “Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe, Progreso Multidimensional: bienestar más allá del ingreso”. New York.

Capítulo 4

BM. (2012). “Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos”. Banco Mundial. Washington.

BID. (2014). “Panorama de la efectividad en el desarrollo 2014”. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington.

INTEC. (2013). “Costos del embarazo y la maternidad en la adolescencia en la República Dominicana”. Instituto Tecnológico de Santo Domingo, Santo Domingo.

MEPYD. (2015). “Informe sobre el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015”. Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo. Santo Domingo.

ONE. (2015). “Evolución de la Maternidad Adolescente en República Dominicana”. Oficina Nacional de Estadísticas. Santo Domingo.

PNUD. (2016). “Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe, Progreso Multidimensional: bienestar más allá del ingreso”. New York.

UNFPA. (2017). “Estado Mundial de la Población”. Fondo de Población de las Naciones Unidas. New York.

DESARROLLO HUMANO EN REPÚBLICA DOMINICANA

EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES:

Un desafío multidimensional para generar
oportunidades en el ciclo de vida

2017 |



*Al servicio
de las personas
y las naciones*

