

# Tendencias, patrones y determinantes de la fecundidad adolescente en la República Dominicana



## Créditos

### Dirección

Directora de la Oficina Nacional de Estadística, Alexandra Izquierdo  
 Director de la Coordinación del Sistema Estadístico Nacional, Juan Arias  
 Encargada de la División de Investigaciones, Yakayra Rodríguez

### Asesoría Internacional

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población de la CEPAL, Jorge Rodríguez  
 Consultora de CELADE, procesamiento de datos, Katherine Páez

### Elaboración del estudio

Metodología y diseño: Jafmary Félix  
 Analista de investigaciones: Alexandra Vioria  
 Analista de investigaciones: Cristina Rodríguez  
 Analista de investigaciones: Chantall Ramírez  
 Analista de investigaciones: Teresa Guerrero  
 Analista de investigaciones: Yanelkis Fernández

### Asistentes del estudio

Analista de Investigaciones: Juliza Estervina Lara  
 Analista de Investigaciones: Humberto Calvo Artidiello

### Revisión técnica

CELADE-División de Población de la CEPAL, Jorge Rodríguez  
 Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Jeannie Ferreras  
 Coordinadora de la División de Investigaciones: Marcía Contreras Tejeda  
 Analista de Investigaciones: Cristina Rodríguez Cáceres

### Apoyo editorial

**Encargado del Departamento de Comunicaciones:** Julio César Fernández Lora  
 Encargada de Publicaciones: Raysa Hernández  
 Correctora literaria: Alicia Delgado Mestres  
 Diseño de portada y diagramación: Carmen Cecilia Cabanes

### Fotografías

UNFPA, p. 93; p. 151, Oscar González	MINERD	Presidencia: Cuenta de Flickr de la Presidencia de la República Dominicana
Emilio Paredes/Ciguapa.net	Expo ONU OPS-OMS, págs. 99, 107	ONU-SIDA, págs. 23; 85, José Luis Batista M.

ISBN: 978-9945-9074-2-1

## Ficha Técnica

Nombre de la publicación	Tendencias, patrones y determinantes de la fecundidad adolescente en la República Dominicana.
Objetivo general de la publicación	Determinar el estado y la evolución de las variables intermedias de la fecundidad adolescente y su vinculación con los niveles y tendencias en el país.
Descripción del producto	<p>Se trata de una investigación en la que se abordan diferentes dimensiones de la reproducción adolescente, incluyendo sus contextos socio-económicos y los determinantes claves. Describe las tendencias de la fecundidad y la posterior maternidad adolescente en República Dominicana; usando las fuentes de datos más recientes disponibles, controlando sesgos y distorsiones de los datos.</p> <p>Se examinan los contextos socioeconómicos en que acontece la reproducción temprana; además, se actualiza el perfil de las madres adolescentes. También, se intenta describir la situación de los padres adolescentes, tomando en consideración la escasa información existente sobre ellos. Asimismo, se estima el peso de los factores de riesgo de la reproducción adolescente, mediante técnicas multivariadas.</p>
Fuentes de información	VIII Censo Nacional de Población y Vivienda 2002, IX Censo Nacional de Población y Vivienda 2010, Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR-MICS 2014), Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA) 1986-2013.
Fecha de publicación	Noviembre 2017
Medios utilizados para la difusión de las publicaciones	Digital e impreso.
Unidad encargada	División de Investigaciones
Datos del contacto	<p>Yakayra Rodriguez Encargada de la División de Investigaciones Tel. 809 682 7777, ext. 3410 yakayra.rodriguez@one.gob.do</p> <p>Marcia Contreras Tejeda Coordinadora de la División de Investigaciones Tel. 809 682 7777, ext.3412 marcia.contreras@one.gob.do</p>

## Presentación

La Oficina Nacional de Estadística (ONE) con la finalidad de promover una cultura estadística a nivel nacional y amparada en los objetivos 3 y 4 de su plan estratégico institucional, los cuales versan en torno a "Mejorar la difusión y acceso a las estadísticas y promover su conocimiento y uso", e "Institucionalizar el enfoque de género y de visibilización de grupos vulnerables en la ONE", ha desarrollado importantes estudios, a partir de la explotación de los datos producidos en la institución y en el Sistema Estadístico Nacional (SEN).

Los porcentajes de adolescentes embarazadas en la República Dominicana, siguen causando preocupación y son un aspecto importante dentro de la agenda nacional. Se entiende que ser madre antes de los 19 años, reduce las opciones de desarrollo social de las jóvenes, pues tienen que abandonar las actividades propias de su edad que le brindarán las capacidades para tener oportunidades laborales en puestos cualificados; asimismo se vuelven más vulnerables a la violencia de género.

Según lo evidenciado por los datos, las jóvenes que quedan embarazadas son las más pobres y con niveles educativos más bajos. De esta manera, la pobreza se perpetúa, heredándose de madres a hijos(as). Aunque sabemos que las más vulnerables son aquellas de los estratos socioeconómicos más bajos, las altas cifras motivan la caracterización del fenómeno. Igualmente, la urgencia del tema suscita la descripción de los perfiles de las adolescentes con más probabilidad de quedar embarazadas.

Este estudio titulado "Tendencias, patrones y determinantes de la fecundidad adolescente en la República Dominicana", cimentado en un concienzudo estudio de la teoría sobre el tema, y en el análisis de los datos de encuestas, censos y otras fuentes, ofrece información oportuna sobre el embarazo adolescente en el país.

Con satisfacción, la Oficina Nacional de Estadística, ofrece este estudio creado con el fin de servir de insumo para el diseño de políticas públicas basadas en la evidencia, encaminadas a disminuir el fenómeno.

Agradecemos a las personas que contribuyeron a la realización y divulgación de esta investigación, en especial a la Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL) por la asesoría técnica en la persona del señor Jorge Rodríguez y al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), quienes han hecho posible la publicación de este informe.

**Licda. Alexandra Izquierdo**  
Directora Nacional

## Contenido

Introducción .....	7
1. Justificación .....	10
1.1 ¿Por qué las adolescentes y su Salud Sexual y Reproductiva (SSR)? .....	10
1.2 ¿Por qué la fecundidad adolescente? .....	13
1.3 ¿Por qué América Latina y la República Dominicana? .....	14
2. Escenario internacional y nacional: compromisos y demandas en materia de prevención del embarazo en la adolescencia .....	18
2.1. Prevención del embarazo durante la adolescencia: una fuerte demanda de acción a nivel internacional. ....	18
2.2. Prevención del embarazo durante la adolescencia: una prioridad indiscutible en la agenda nacional. ....	20
3. Revisión y marco conceptual .....	24
3.1 Cambios biológicos, psicológicos y sociales que definen la adolescencia .....	24
3.2 Conducta y salud sexual y reproductiva adolescente .....	25
4. Metodología: definiciones operativas, fuentes, indicadores, procesamientos y procedimientos. ....	30
4.1 Fuentes: identificación, usos y observaciones .....	30
4.2 Indicadores de fecundidad y maternidad .....	30
5. Fecundidad adolescente: la República Dominicana y su "posición" en América Latina y el mundo .....	34
6. Tendencias de la fecundidad adolescente .....	38
7. Maternidad adolescente .....	42
8. Desigualdades territoriales .....	46
8.1 Municipio .....	46
8.2 Zona de residencia .....	54
9. Desigualdades sociales .....	56
9.1 Nivel educativo .....	56
9.2 Nivel socioeconómico .....	58
10. Situación conyugal .....	64
10.1 Relación de estado conyugal y maternidad adolescente .....	64
10.2 Estado conyugal y nivel educativo .....	66
11. Situación familiar .....	70
12. Ejercicio de derechos: fecundidad no deseada .....	74
13. Variables intermedias (determinantes próximos) de la fecundidad .....	80
13.1 Conducta sexual .....	80
13.2 Conducta nupcial .....	83
13.3 Conducta anticonceptiva .....	85
14. Determinantes sociales y modelos logísticos .....	92
15. Paternidad adolescente .....	98
16. Políticas públicas para disminución del embarazo adolescente en la República Dominicana: de prevención y de promoción de las capacidades de los padres y las madres jóvenes .....	102
16.1 Iniciativas de las instituciones .....	103

16.2 Programas de servicios en salud sexual y reproductiva. ....	103
16.3 Transformaciones en la medicina para adolescentes.....	104
16.4 Acciones de Educación y Plan de Vida. ....	104
16.5 Educación hacia adolescentes y padres. ....	105
16.6 Evaluando el Plan de prevención de embarazos en adolescentes (plan EA).....	107
17. Conclusiones. ....	110
18. Recomendaciones.....	114
Bibliografía.....	115
Anexos.....	122

## Introducción

El tema de la fecundidad adolescente ha adquirido visibilidad y protagonismo en las agendas de políticas públicas, y también en las de investigación académica y aplicada. Lo anterior se debe a una conjunción de factores; entre éstos están: a) un creciente consenso sobre sus desventajas, b) una acumulación de evidencias sobre la resistencia a la baja, en América Latina y en particular en la República Dominicana, como se mostrará en este estudio, y, c) los acuerdos en materia de población y desarrollo a escala mundial,<sup>1</sup> que han posicionado este asunto como prioridad para la acción.

Este contexto de evidentes avances en materia de visibilidad y priorización internacional del embarazo en la adolescencia y su prevención, todavía no se traduce en acciones significativas y exitosas en muchos países de la región. Esto se refleja en las cifras y tendencias que se exponen a continuación, las mismas que revelan la necesidad de perseverar y profundizar en los esfuerzos de prevención, con un enfoque multidisciplinario, basado en los enfoques de derechos, de igualdad social y de género, de determinantes sociales, y de acceso universal a servicios sensibles a las especificidades de los y las adolescentes.

Como se mostrará en este trabajo, República Dominicana se encuentra entre los países que requieren esfuerzos adicionales, bien diseñados, implementados y monitoreados. En este contexto se sitúa este documento, que aborda diferentes dimensiones de la reproducción en la adolescencia; incluyendo sus contextos socioeconómicos y determinantes claves, y procura: a) describir las tendencias de la fecundidad y la maternidad adolescente en la República Dominicana, usando las fuentes de datos más recientes disponibles, y controlando por sesgos de las fuentes y distorsiones de los datos; b) examinar los contextos socioeconómicos en los que acontece esta reproducción; c) actualizar el perfil de las madres adolescentes; d) describir la situación de los padres adolescentes; y e)

<sup>1</sup> Plan de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (PA-CIPD), El Cairo, 1994, Declaración del Milenio y sus Objetivos de Desarrollo; y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible ([www.un.org/es/millenniumgoals/bkgd.shtml](http://www.un.org/es/millenniumgoals/bkgd.shtml)); así como los acuerdos logrados a escala regional y subregional, en particular el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, la Declaración Ministerial Prevenir con Educación, y el Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes.

estimar el peso de los factores de riesgo de la reproducción adolescente deducidos de este marco ecológico, mediante técnicas multivariadas.

Para esto, se presenta, en primer lugar, una definición de la adolescencia que reconoce y da prioridad a los cambios psicológicos, físicos y sociales de esta fase que son decisivos para los comportamientos relacionados con la reproducción en la adolescencia. A continuación, se realiza un análisis del embarazo y la fecundidad adolescente y de las variables que lo determinan, tanto distales o contextuales (ej.: las socioeconómicas), como las próximas (o variables intermedias), que son los canales a través de los cuales actúan los determinantes contextuales (Bongaarts, 1978, 2015; Stover, 1998). Luego, y considerando el marco recién explicado, se realiza un análisis de la evolución de indicadores seleccionados de la reproducción en la adolescencia, en su mayoría vinculados con la maternidad adolescente, en base a los censos, encuestas y estadísticas vitales.

Una atención especial se presta en sendos capítulos a la desigualdad territorial y social de la maternidad adolescente. Posteriormente se examina el perfil conyugal, de inserción doméstica (a través de la relación con el jefe de hogar), y educativa de las madres adolescentes. Se continúa con los patrones de exposición al riesgo del embarazo adolescente, usando para ello el enfoque de las variables intermedias (aunque no el modelo estándar, por razones que se exponen más adelante). Este examen se formaliza, posteriormente, con apoyo de modelos logísticos dirigidos a estimar la influencia de los factores de riesgo que la literatura sugiere más relevantes en la probabilidad de ser madre en la adolescencia. Y dos temas, hasta ahora poco estudiados y sin duda cruciales para políticas e investigación, como son: la (no) deseabilidad de los embarazos adolescentes, y la paternidad adolescente, los cuales se abordan en capítulos específicos.

Finalmente, el Capítulo 16 resume la respuesta estatal a la problemática del embarazo en adolescentes. Para elaborar esta sección del documento fue necesario realizar un levantamiento de las principales iniciativas desarrolladas por las instituciones oficiales.

El texto termina con una sección de conclusiones orientadas a establecer un diálogo entre las tendencias y las acciones, a partir del cual se

presentan recomendaciones para ser incorporadas en futuras políticas para la prevención del embarazo adolescente. La idea es incidir en las políticas públicas y en la agenda de los actores sociales en República Dominicana, entre éstos las academias, la sociedad civil y los medios de comunicación.

Los capítulos temáticos son precedidos por tres capítulos, además de esta introducción. Estos capítulos corresponden a una justificación y fundamentación del estudio desde varios ángulos, una revisión y discusión conceptual, y a un marco metodológico que apunta a precisiones operativas, y así facilitar la comprensión y lectura de este texto.

# 1

## Justificación



## 1. Justificación.

### 1.1 ¿Por qué las adolescentes y su Salud Sexual y Reproductiva (SSR)?

Las y los adolescentes son diferentes y ameritan un trato distinto de otras edades. Esto es particularmente cierto en materia de salud sexual y reproductiva, y resultados de la misma, el embarazo y la maternidad/fecundidad adolescente. Esta especificidad en este grupo de edad se debe a un conjunto de razones, algunas de las cuales se exponen de manera muy sucinta a continuación:

#### a) Biología.

Sus condiciones corporales cambian abruptamente. Hay crecimiento y desarrollo, pero no es solo físico, también lo es en términos de sensibilidades y pulsiones. El sexo en particular (en las sociedades occidentales, porque en otras el control sociocultural estricto de la actividad sexual se extiende hasta el matrimonio), deviene en un asunto central, como objeto de deseo, como señal de identidad, y como temática vital.

#### b) Desarrollo psicológico.

Esta etapa es crucial para definir la personalidad; de hecho, durante este periodo se debiera concluir su constitución definitiva; lo que implica cuestionamientos, dudas y búsquedas existenciales. El desafío a la autoridad institucional (familia, escuela, iglesia o Estado) forma parte de este proceso, pues la diferenciación y la distinción por oposición es un mecanismo para la construcción de la personalidad. Al mismo tiempo, hay inmadurez, impulsividad, sensación de invulnerabilidad, y mayores deseos de experimentación, lo que tiene evidentes implicancias para sus conductas, que suelen tener menor aversión al riesgo.

#### c) Sicosocial.

El cambio acelerado, propio de las transformaciones biológicas y psicológicas antes mencionadas, tiende a alejar a los y las adolescentes de sus referentes de autoridad tradicionales; y les acerca, y, a veces encapsulan a sus pares y a la cultura (subcultura, si se quiere) de este

grupo de edad, que pese a su diversidad tiene elementos unificadores, sea por el lado de los receptores o de los emisores simbólicos. Así, sus pares, sus referentes generacionales, y sus íconos culturales se convierten en influencias claves y fuentes significativas para la adquisición de información (sin importar tanto la calidad de ésta) e intercambio de experiencias.

#### d) Médico

Los y las adolescentes ya no son niños, y por tanto están fuera del radar de la pediatría (y tampoco les interesa asistir al pediatra); pero tampoco son adultos, por lo que los médicos para adultos difícilmente son una alternativa para ellos; además está el hecho de que estos profesionales normalmente casi no tienen conocimiento, o más bien la experiencia, la capacitación ni la sensibilidad para tratarlos. Por lo demás, muchas de las preocupaciones de salud de los y las adolescentes tienen que ver con conductas y exposición a riesgos relativamente novedosos para ellos y ellas, debido a lo cual requieren consejería junto a indicaciones médicas tradicionales (exámenes, medicamentos, tratamientos y hábitos).

Esta especificidad de los adolescentes en el plano médico ha sido reconocida recientemente, y aún estamos lejos de tener una respuesta de política adecuada a ella:

La consideración, como grupo especial de la población que se encuentra en la segunda década de la vida, es una noción relativamente nueva, especialmente en términos de riesgos y de servicios de salud. De manera histórica, los servicios de salud para adolescentes no han sido diferenciados de los ofrecidos a los niños y a los adultos; a pesar que en términos de desarrollo los adolescentes son diferentes respecto a características como: madurez física, capacidad cognitiva y habilidades sociales. Los servicios de este tipo para adolescentes de ambos sexos son los mismos ofrecidos a la población infantil, y no abarcan la salud sexual ni la reproductiva en el caso de los(as) adolescentes casados(as), puesto que los servicios para las adolescentes son los mismos cuidados reproductivos dirigidos a las mujeres adultas. Sin embargo, varios cambios históricos han hecho este enfoque anticuado.<sup>2N</sup>

<sup>2</sup> Bearinger y otros. Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. 2007.

<sup>N</sup> Traducción libre realizada en la División de Investigaciones de la Oficina Nacional de Estadística (ONE)

### e) Institucional.

La actividad sexual, la unión y la reproducción están entre los comportamientos más normados socialmente (Caro Luján, 2014; Baumle, 2013; Foucault, 2005; Szasz, Lerner y Amuchástegui, 1996; Bozon y Leridon, 1993; Katchadourian, 1983). En el caso de los y las adolescentes se agrega el rol que sigue jugando la familia como actor dominante y con potestad; con lo cual, en principio, quedan suspendidas sus capacidades deliberativas y de decisión autónoma.

Legalmente, lo anterior tiene una doble expresión. Por una parte, la patria potestad que simplemente legitima el control de los padres sobre los hijos(as) solteros(as) hasta bien entrada la adolescencia. Por otra, la prohibición formal de tener actividad sexual antes de cierta edad, con el objeto de evitar y penalizar el abuso o el engaño hacia los(as) menores, considerados indefensos frente a la fuerza o las artimañas de los adultos. Lo anterior, independiente de los objetivos protectores de la ley, supone un juzgamiento o una negación de la actividad sexual, la que de forma creciente se produce durante la adolescencia, y en su mayoría en términos consentidos. Este estigma conduce a una actividad sexual precaria y clandestina, por temor al juicio parental y legal.

Todas estas limitaciones institucionales se reflejan en las restricciones para la prevención y atención de la salud sexual y reproductiva. En efecto:

- ¿Cómo aconsejar sobre relaciones sexuales que formalmente pueden considerarse delictivas?
- ¿Cómo dar servicios y prestaciones a pacientes (adolescentes) sin la autorización de sus padres?
- ¿Cómo respetar el principio básico de confidencialidad, si la ley no es clara sobre quién decide en estas materias?

Estas condiciones institucionales varían de país en país, y además se van modificando, tanto por el cambio sociocultural como por los cambios legales y reglamentarios; aunque ello no impide que mantengan validez, como telón de fondo, las denominadas "barreras de acceso" que sufren los y las adolescentes para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva, y a los métodos de anticoncepción en general.

Respecto de las barreras de acceso, los autores Sadler, OBach, Luengo y Biggs (2010) plantean que existe una serie de limitaciones y de dificultades que impiden el acceso a anticonceptivos para los y las adolescentes. Se trata de restricciones para su accionar, y para que, de manera empoderada, accedan a servicios de salud sexual y reproductiva eficazmente. Estas autoras establecen los siguientes tipos de barreras:

- **Falta de conocimiento sobre los servicios** existentes para el proceso de inscripción y métodos anticonceptivos. En muchas ocasiones hay servicios disponibles para la población adolescente, pero les resultan desconocidos, además que muchas veces no reciben la información adecuada sobre los métodos anticonceptivos, de parte de sus padres, las escuelas, u otra fuente confiable.
- **Confidencialidad y privacidad** al utilizar servicios; sobre todo que éstos se puedan realizar con independencia del consentimiento y/o conocimiento de los padres.
- **Costo de los servicios.** Hay muchos servicios básicos de acceso gratuito, pero esto es desconocido; además, para los servicios más especializados esta población puede no contar con los medios para costearlos sin el apoyo familiar, que por un asunto de confidencialidad intentan evitar.
- **Baja comprensión en la lectura y de instrucciones médicas.** En ocasiones los doctores no hablan un lenguaje comprensible, o el material informativo es complejo para el nivel de lectura de los y las usuarias adolescentes.
- **Barreras de movilización.** La situación de dependencia de los y las adolescentes influye en que su capacidad de movilización es limitada, por lo que el tener centros de servicios dentro del área geográfica cercana determina el acceso.
- Barreras al uso continuo y adecuado de los anticonceptivos. Ejemplos de esto son los efectos secundarios de los anticonceptivos orales, o la no disponibilidad de preservativos en el momento oportuno, lo que influye en que se descontinúe su uso o no se haga de manera apropiada.

- **Falta de servicios de salud sexual y reproductiva amigables hacia los y las adolescentes.** Suele ser una carencia el que no existan servicios que contemplen las barreras de acceso de los y las adolescentes, y que se tomen medidas para adaptarse a la necesidades y demandas de esta población.
- **Expectativas, normas y valores culturales** que impiden el acceso a los servicios de salud.

Para ilustrar esta última barrera, las autoras mencionadas hacen referencia a estudios realizados en Estados Unidos donde se observó que: las adolescentes latinas asociaban más frecuentemente consecuencias positivas a la maternidad adolescente que otros grupos de adolescentes. Una de las razones principales que explicarían por qué las adolescentes no usan anticonceptivos sería sus actitudes positivas hacia el embarazo, y no el rechazo a los anticonceptivos. Una adolescente puede escoger la maternidad porque carece de otras oportunidades tangibles de educación y trabajo, o a causa de otros factores no directamente asociados con el deseo de tener hijos. (Sadler et al., 2010).

#### f) Redes sociales y medios de comunicación.

Los y las adolescentes son grandes consumidores mediáticos y además son un grupo alfabetizado en materia virtual, por lo cual tienen mayor probabilidad de participar en redes sociales (Céspedes y Robles, 2016; Trucco y Ullman, 2016); Y, como se dijo anteriormente, son altamente sensibles e influenciables, tanto por los medios como por las redes. En general, los mensajes que circulan en los medios y en las redes sociales, en América Latina, el Caribe y otras regiones del mundo, incentivan, directa e indirectamente, el erotismo, la libido y la actividad sexual; pero no hacen lo mismo, al menos en términos masivos y generalizados, con el autocuidado, la decisión reflexiva y la protección anticonceptiva.

#### g) Programático.

Los y las adolescentes ofrecen más complejidades que el resto de la población en edad reproductiva, para el acceso a los métodos de anticoncepción. Adicional a las barreras culturales e institucionales antes mencionadas, los programas de planificación familiar, que tanto éxito han tenido para las otras edades, no parecen ser tan funcionales en el

caso de los adolescentes, porque una parte importante -y creciente- de la actividad sexual está al margen de la unión, aunque se enmarque en una relación romántica de cierta duración (noviazgo, "manguero", amigo con derecho, "ligue", etc.). Entonces, más que planificar la familia lo que requieren es directamente consejería y acceso a los métodos anticonceptivos, sin las formalidades y prerrequisitos que a veces entraña la planificación familiar. *En los países desarrollados, o en desarrollo, ya no se consideran apropiadas las asunciones sobre la idoneidad y efectividad de los servicios de salud pediátricos o de salud reproductiva para adultos. Los(as) adolescentes, por diversas razones, tienen una necesidad urgente de servicios de salud accesibles y de calidad.*<sup>3</sup>

#### h) Anticoncepción.

Los métodos más usados por las mujeres adultas en América Latina, como las pastillas y la esterilización, no son aplicables a los adolescentes (esterilización), o tienen menos eficiencia, tanto por la inmadurez y la falta de sistematicidad de las adolescentes como por la irregularidad de su actividad sexual (pastillas). Por eso, no es raro que el método más usado sea el condón, que si bien tiene la ventaja de proteger también contra las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), tiene la desventaja de ser un método no permanente (obliga a su uso en cada relación sexual, siendo aún un mayor desafío para los y las adolescentes por su impulsividad y falta de experiencia antes comentadas), que en condiciones de bajo riesgo de ITS pudiera ser desestimado, y cuya efectividad es inferior al 100%, ineficiencia que aumenta si se carece de práctica, habilidad y autoconfianza (que es más frecuente entre adolescentes).

De hecho, está bien documentado que los y las adolescentes tienen los peores desempeños en materia de uso de anticoncepción,<sup>4</sup> lo que resulta de los factores antes expuesto y la ausencia de políticas masivas claras y precisas de educación sexual integral; que informe, capacite y empodere a los y las adolescentes para el uso regular de la anticoncepción (Kumar y Brown, 2016; Castle y Askew, 2015; Baumle, 2013).

<sup>3</sup> ídem 8.

<sup>4</sup> Traducción libre de Castle, S. y I. Askew. Contraceptive discontinuation: reasons, challenges, and solutions. 2015.

El comportamiento frente al uso de métodos anticonceptivos de los adolescentes se caracteriza por períodos más cortos de uso continuo, mayores tasas de fracaso en el uso de éstos, y mayor probabilidad de suspender su uso por razones diferentes al deseo de un embarazo.

Existen métodos emergentes que son permanentes y muy eficientes, como los implantes o incluso los DIU (Castle y Askew, 2015; Cherry y Dillon, 2014), que podrían ser usados por adolescentes. Sin embargo, aún tienen un nivel de penetración exiguo en la región (al menos para este grupo de edad), pese a que ya existen recomendaciones técnicas favorables para su uso.<sup>5</sup>

*Los métodos más efectivos confían menos en la adherencia individual. Para estos métodos la efectividad del uso típico se aproxima a la eficacia del uso perfecto. Los métodos anticonceptivos más utilizados por los/as adolescentes están listados debajo, ordenados en orden de efectividad, iniciando con anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC por sus siglas en inglés): implantes y DIUs. Los pediatras son alentados a asesorar a los adolescentes en ese orden, discutiendo los métodos anticonceptivos más eficaces primero.<sup>6</sup>*

Por su parte, la pastilla del día después, o anticoncepción de emergencia, es una alternativa particularmente útil (AAP, 2012), pero nuevamente su uso entre adolescentes está sometido, en algunos países, a limitaciones, sea de acceso directo o de confidencialidad para su acceso.<sup>7</sup> Nótese que para la atención de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, en general, la confidencialidad tiene estatus doble de directriz técnica,<sup>8</sup> y de derecho en la actualidad (CEPAL, 2013; Robledo 2014b; Cook, Erdman y Dickens, 2007).

<sup>5</sup> Lo que no impide que incluso en estos países aún haya barreras para su masificación (Kumar y Brown, 2016).

<sup>6</sup> Fuente: American Academy of Pediatrics. Contraception for Adolescents. 2014.

Nota: Traducción libre realizada en la División de Investigaciones de la Oficina Nacional de Estadística.

<sup>7</sup> Traducción libre Jones, R. y H. Boonstra. Confidential reproductive health services for minors: the potential impact of mandated parental involvement for contraception. 2004.

La confidencialidad es crucial para derribar barreras culturales (y sobre todo familiares) de acceso a la anticoncepción: "La participación obligatoria de los padres en la anticoncepción disuadiría a algunos adolescentes de tener relaciones sexuales, pero probablemente daría lugar a que más adolescentes utilicen los métodos menos efectivos, como el retiro, o ningún método en absoluto".

<sup>8</sup> Traducción libre de American Academy of Pediatrics. Contraception for Adolescents. 2014.

En el marco de los servicios de anticoncepción y atención de la salud sexual, la Academia Americana de Pediatría (AAP) entiende que las políticas de apoyo al consentimiento de los adolescentes y la protección de la confidencialidad de los adolescentes son en el mejor interés de estos. En consecuencia, las guías de buenas prácticas recomiendan la confidencialidad en torno a la sexualidad y las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el menor consentimiento para la anticoncepción.

## 1.2 ¿Por qué la fecundidad adolescente?

El embarazo adolescente entraña un conjunto de adversidades para los y las adolescentes, especialmente para las mujeres, y también para el (la) bebé, y otros actores como los padres de los(as) adolescentes. (Azevedo y otros, 2012; Viner y otros, 2012; UNFPA, 2013; Cherry y Dillon, 2014; Rodríguez Vignoli, 2014b).

Entre las consecuencias negativas que se han documentado están<sup>9</sup>:

- a) mayores complicaciones de salud durante el embarazo, parto y puerperio, las que se acentúan a medida que disminuye la edad de la madre;
- b) la baja en el desempeño escolar y el aumento de las probabilidades de deserción escolar;
- c) mayores dificultades para una inserción laboral adecuada;
- d) eslabón en la reproducción intergeneracional de la pobreza y la desigualdad social;
- e) eslabón en la reproducción intergeneracional de las inequidades de género;
- f) barrera para la movilidad social ascendente;
- g) exigencias de tiempo y recursos adicionales para los progenitores y sus familias de origen.

Paralelamente, la maternidad adolescente suele conllevar estigmas de distintos tipos, y se asocia al confinamiento en roles tradicionales de género. Adicionalmente, las uniones de adolescentes son más frágiles, lo que se expresa en índices de maternidad soltera mayores y crecientes, y que normalmente generan, como respuesta familiar, la ampliación del hogar de origen para recibir a la madre y a su bebé.

<sup>9</sup> CEPAL, 2016 y 2014; Céspedes y Robles 2016; Cherry y Dillon, 2014; Robledo 2014; Rodríguez Vignoli, 2014b; UNFPA, 2013; Currie y otros, 2012; Juárez y otros, 2010; Rendall y otros, 2009; Bearinger y otros, 2007; Breibauer y Maddaleno, 2005.

Finalmente, el embarazo adolescente suele menoscabar los derechos sexuales y reproductivos de esta población, dado que una parte significativa y creciente de los mismos no es planificada, ni deseada por los y las adolescentes.<sup>10</sup>

Por todo lo anterior expuesto, el estudio y monitoreo de la reproducción en la adolescencia resultan relevantes, tanto para el diseño de políticas y programas como para la evaluación de las acciones implementadas.

### 1.3 ¿Por qué América Latina y la República Dominicana?

En 2007, Monica Grant and Frank Furstenberg Jr. subrayaban el papel clave de la educación para los cambios en la sexualidad y la reproducción en la adolescencia:

*Un conjunto importante de literatura demográfica describe las diferencias en el matrimonio y la fecundidad con respecto al nivel educativo en los países en desarrollo. Un volumen reciente sobre las transiciones hacia la adultez en los países en desarrollo, encargado por el Consejo Nacional de Investigación y el Instituto de Medicina (2005), demostró que el logro educativo es clave para comprender los cambios en las subsecuentes transiciones hacia la adultez, especialmente en lo relativo al matrimonio y a la paternidad. Otra literatura ha explorado el papel de la escuela en la diferenciación de las vidas de estudiantes y no estudiantes. Un estudio comparativo reciente sobre el uso del tiempo entre adolescentes en cinco países en desarrollo encontró que los estudiantes pasaban menos tiempo en el trabajo remunerado y en el doméstico que aquellos que no estudian, y que la participación escolar hace que el tiempo de trabajo de niños y niñas sea más igualitario (Lloyd et al. forthcoming). Del mismo modo, el informe de la OIM-CNRC (2005) encontró que, en 24 de 28 países estudiados, las niñas matriculadas en la escuela tienen menos probabilidades de participar en actividades sexuales que aquellas que no estudian, y son más propensas a usar un condón, una conclusión que se mantuvo aun cuando los resultados fueron estandarizados según la edad”.*

<sup>10</sup> Deseabilidad y planificación de la fecundidad adolescente en América Latina y el Caribe: tendencias y patrones emergentes. Notas de Población: 104, pp. 119-144; John S. Santelli, Leslie M. Kantor, Stephanie A. Grilo, Ilene S. Speizer, Laura D. Lindberg, Jennifer Heitel, Amy T. Schalet, Maureen E. Lyon, Amanda J. Mason-Jones, Terry McGovern, Craig J. Heck, Jennifer Rogers, Mary A. Ott (2017). Abstinence-Only-Until-Marriage: An Updated Review of U.S. Policies and Programs and Their Impact, Journal of Adolescent Health, 61: 273-280

Al mismo tiempo, dichos autores llamaban la atención sobre la paradoja en América Latina, donde el aumento de la educación no había conducido a los resultados esperados, en particular; la postergación de la maternidad y la baja abrupta de la fecundidad adolescente:

*Estos procesos de estandarización y diferenciación fueron moldeados por nuevas oportunidades económicas y modos de producción y por cambios en las estructuras sociales y en las instituciones que facilitaron cambios en los primeros años de vida. En los Estados Unidos, los cambios ocurridos durante el siglo XX en la transición a la edad adulta pueden atribuirse, en gran medida, a la expansión de la educación secundaria y postsecundaria, a un prolongado periodo de vida independiente después de abandonar el hogar paterno, pero antes de formar una familia, así como a la posposición de la paternidad después del matrimonio [...]. Los autores de este estudio observan que estos procesos fueron influenciados por varios factores, incluyendo cambios en la economía, tales como la transición gradual de la agricultura al sector de servicios, que permitió a los jóvenes experimentar independencia económica antes del matrimonio, y una ascendente esperanza de vida que permite el retorno de las inversiones en el capital humano. Al año 2000, las mujeres y los hombres en los Estados Unidos habían experimentado un mayor número de combinaciones de estatus durante la adultez temprana en comparación con sus homólogos de 1900, con el periodo entre las edades de 20 y 25 sujeto a la mayor variación de estatus. En contraste con los cambios significativos ocurridos en la transición hacia la adultez observados en los Estados Unidos y Europa, un análisis de los primeros años de vida en México entre 1970 y 2000 encontró relativamente poco cambio en la complejidad de las transiciones del curso de la vida [...]. Aunque la participación escolar se hizo casi universal y hubo una expansión de la participación femenina en la fuerza de trabajo, hubo muy poco cambio en el momento del matrimonio y la maternidad. Dada la cantidad significativa de cambios políticos y económicos que ocurrieron entre 1970 y 2000, Fussell esperaba encontrar un mayor cambio en la estructura del curso de la vida. En lugar de ello, planteó que los aumentos observados en el empleo femenino fueron impulsados por la necesidad económica, más que por un cambio en los roles de género haciendo que el trabajo y la maternidad sean más compatibles<sup>11</sup>.*

<sup>11</sup> Traducción libre de Monica Grant and Frank Furstenberg Jr. Changes in the transition to adulthood in Less Developed Countries.2007.

Más recientemente, Esteve y Flórez-Paredes (2014) han ratificado la excepcionalidad latinoamericana, usando la expresión “paradoja de la estabilidad” referida en principio a la edad de la primera unión, pero que también es válida para la edad del primer hijo: Si los años de escolarización retrasan el calendario de la primera unión y del primer hijo, ¿por qué las mujeres que pertenecen a cohortes más jóvenes y que son más educadas no forman pareja ni tienen hijos más tardíamente que aquellas de cohortes más antiguas, con menos años de escolaridad acumulados?

El artículo se concentra especialmente en la nupcialidad y la fecundidad, aunque también aborda la edad de la primera relación sexual porque se trata de una variable relacionada con las anteriores. La paradoja de la estabilidad ha sido objeto de diversos estudios. Fussell y Palloni (2004) atribuyeron este fenómeno de la persistencia de una temprana y casi universal formación de la unión en América Latina a la importancia de las redes familiares en contextos de dificultades económicas.

En línea con este argumento, los autores Esteve, Lesthaeghe y García (2012), encontraron que más del 40% de las parejas cohabitantes y sobre el 60% de las madres solteras co-residían con al menos otro pariente, casi siempre los padres. Este patrón de co-residencia no ha disminuido en las generaciones de parejas cohabitantes más jóvenes, hecho que resalta la importancia del apoyo que prestan sus familias a las parejas jóvenes y a las madres solteras.

Respecto de la relación específica del logro educativo y la formación de la unión así como de la entrada a la maternidad, los investigadores Castro y Juárez (1995) demostraron que en América Latina, al igual que en otras regiones del mundo en desarrollo, las mujeres más educadas tenían hijos más tarde que las menos educadas, pero también advirtieron al comparar dos puntos en el tiempo (determinados por las Encuestas de Demografía y Salud y datos de la Encuesta Mundial de Fecundidad) que la relación entre la educación y la edad de la maternidad había variado. Estos autores sostuvieron que el comportamiento de los grupos educativos había cambiado durante el período entre las encuestas, contrarrestando así los retrasos esperados en el calendario de fecundidad debido a la expansión educativa. En suma, la edad al primer hijo se rejuveneció en las mujeres de distintas cohortes, pero con el mismo nivel educativo.

En similar línea, los autores Heaton, Forste y Otterstrom (2002) hallaron evidencia sobre la estabilidad en el tiempo del calendario de la nupcialidad y la fecundidad en América Latina e invitaron a prestar mayor atención a la escasa correspondencia del comportamiento de la educación a nivel individual y agregado. Estos autores se referían a la relación de los niveles micro y macro, esto es, a la falta de correspondencia de las diferencias que se observan en los individuos (por ejemplo, las personas con más años de escolaridad suelen tener hijos más tardíamente) con las que tienen las sociedades durante su evolución en el tiempo (por ejemplo, en las sociedades con mayores niveles de educación no se retrasa la edad al primer hijo).

En cuanto a la relación con la edad del matrimonio, los autores Esteve, López y Spijker (2013) indicaron que el retraso en la edad a la primera unión debido a la expansión educacional fue contrarrestado por una formación más temprana de esta unión en cada grupo educativo, particularmente en las mujeres con menos años de educación secundaria. La escasa correspondencia entre los niveles individual y colectivo, que da lugar a la paradoja de la estabilidad, no se traduce en que la educación sea una variable poco relevante para comprender los comportamientos nupciales y reproductivos de las mujeres de América Latina [...]. De hecho, en una perspectiva comparada, Castro (1995) mostró que la relación de la educación y la fecundidad a nivel individual era más acentuada que en cualquier otra región del mundo. En un estudio del mismo año, sobre la base de las Encuestas de Demografía y Salud de nueve países de América Latina a fines de los años ochenta, Castro y Juárez (1995) examinaron cuáles aspectos de la educación eran los que ejercían una mayor influencia en la fecundidad de las mujeres. En los resultados se destacó como el factor más determinante la dimensión socioeconómica de la educación (el costo de oportunidad de tener hijos o no, en relación con otras decisiones de vida). Sin embargo, estas autoras encontraron que no existían diferencias significativas en la fecundidad deseada según grupos educacionales, lo cual sugería cierto grado de homogeneización de los patrones de fecundidad en los estratos sociales.

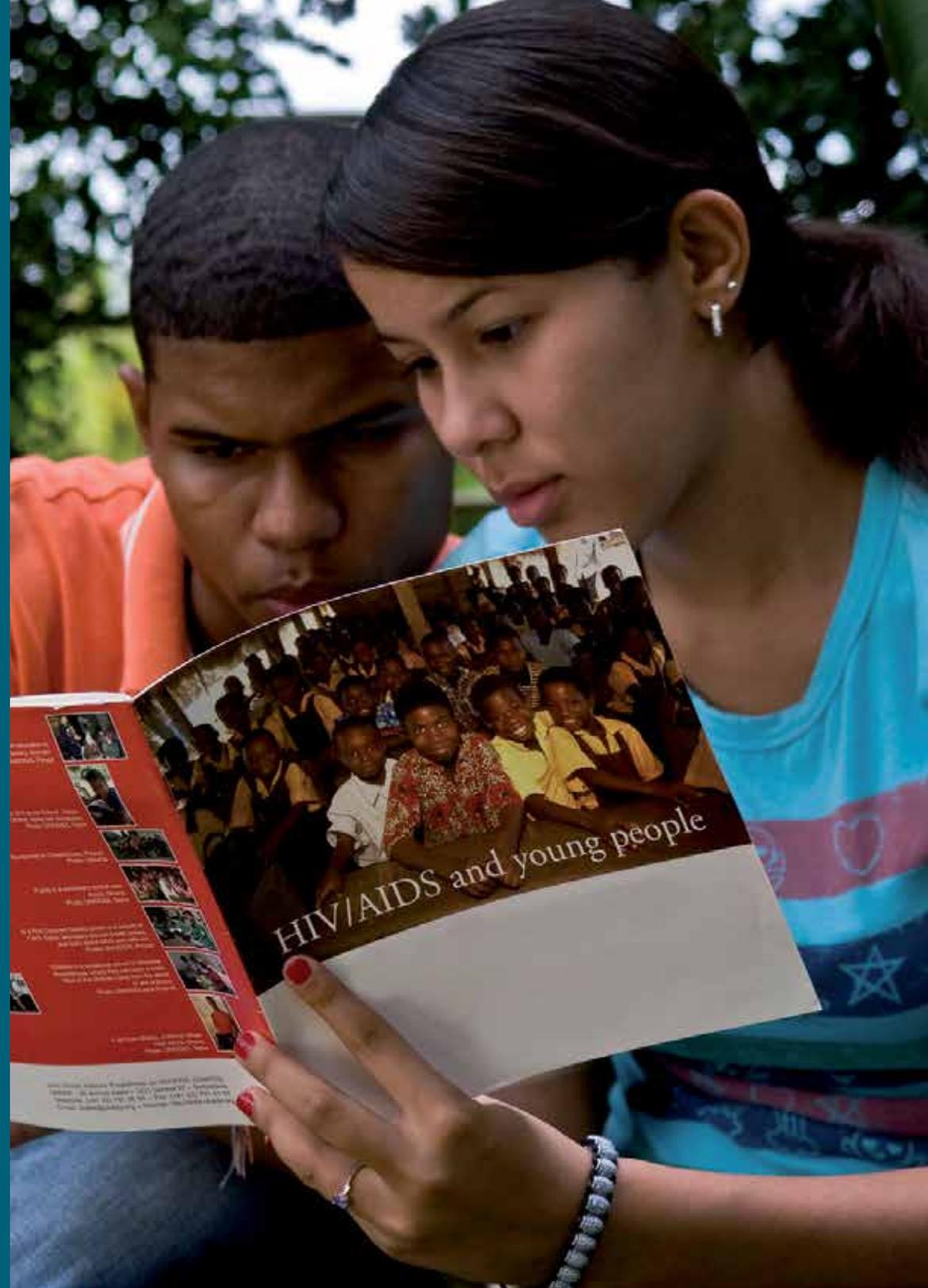
Finalmente, cabe destacar la contribución de Rodríguez Vignoli (2008, 2011, 2014 a y 2014b) sobre la fecundidad adolescente. Para Rodríguez, la elevada fecundidad adolescente, que caracteriza buena parte de las sociedades de América Latina, sería responsable de haber mantenido

estable la edad de la mujer al primer hijo durante estas últimas décadas. Todo esto en un contexto donde las mujeres empiezan a tener relaciones sexuales más temprano, a menudo sin un uso óptimo de los métodos anticonceptivos. Rodríguez (2008) investiga y discute las causas relacionadas con la elevada fecundidad adolescente que persiste en la región.

Este autor argumenta que, si bien la modernidad tiende a producir una postergación de la unión, también estimula a anticipar la edad de la iniciación sexual. Como resultado, una iniciación sexual más temprana puede producir un aumento de la fecundidad adolescente si no es acompañada de una anticoncepción eficiente. El autor se refiere al concepto de modernidad sexual truncada, que se define básicamente por la falla en esta capacidad de protección, que se atribuye a tres (3) aspectos: en primer lugar, es atribuible a la reticencia institucional (familiar y social) frente a la sexualidad adolescente premarital, negando la autonomía de los jóvenes en este tema y, por ende, restringiendo su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva; en segundo término, al contexto de desigualdad social en los países, en que por la falta de oportunidades laborales, educativas y vitales para los jóvenes, en especial de sectores pobres, se reduce el costo de la maternidad o paternidad adolescente, elevando incluso su valor como mecanismo para dotar de sentido a la vida; y por último, a la cultura familiar propia de la región, ya mencionada, que asume los costos de la reproducción temprana (págs. 44 al 46).

# 2

Escenario internacional y nacional: compromisos y demandas en materia de prevención del embarazo en la adolescencia



## 2. Escenario internacional y nacional: compromisos y demandas en materia de prevención del embarazo en la adolescencia.

### 2.1. Prevención del embarazo durante la adolescencia: una fuerte demanda de acción a nivel internacional.

La reducción de los embarazos durante la adolescencia es uno de los temas que permanece en las agendas internacionales. Los países han adoptado una serie de compromisos que toman en cuenta las múltiples repercusiones que los embarazos a temprana edad suponen, tanto a nivel social como individual; esto también responde a las altas tasas de fecundidad adolescente que persisten en algunas regiones del mundo, donde han mostrado, de forma consistente, una evidente resistencia a la baja.

En 1994, la comunidad internacional adoptó el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo (PA-CIPD), que se destaca por el énfasis que se pone en las relaciones entre las dinámicas poblacionales y su impacto en el desarrollo, siendo las necesidades de la población y sus diversos grupos etarios, el eje de las medidas que lo componen, surgiendo así el embarazo adolescente como un elemento relevante dentro de esta relación.

En el caso del PA-CIPD, las necesidades de los y las adolescentes se abordan en los capítulos: i) "Igualdad y equidad entre los sexos, y habilitación de la mujer", en la sección denominada "La niña"; ii) "Crecimiento y estructura de la población", en la sección "Los niños y los jóvenes"; y, iii) "Derechos reproductivos y salud reproductiva", sin

duda el más resonante del PA-CIPD por sus definiciones y directrices sobre los derechos reproductivos y su ejercicio, y sobre la salud sexual y reproductiva y su acceso universal. Este capítulo contiene la sección "Los adolescentes", en el cual se reconocen los efectos negativos del embarazo a temprana edad en el desarrollo de los adolescentes; se relevan las especificidades de los y las adolescentes, y se establece la necesidad en los países de asegurar para los adolescentes el acceso a los servicios, la educación y la información sobre salud sexual y reproductiva, instando, además, a la eliminación de los obstáculos que lo dificulte, y al respeto por la confidencialidad (Naciones Unidas, 1995).

En el año 2000 se aprueba la Declaración del Milenio, de donde se derivan los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (Naciones Unidas, 2000). Si bien originalmente éstos no incluyeron los temas de salud sexual y reproductiva, luego, en la revisión del 2005 de los ODM, se decidió incluir nuevas metas, entre ellas la 5.B, relacionada con el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, entre cuyos indicadores se incluye la fecundidad adolescente porque "El progreso para reducir la cantidad de embarazos de adolescentes se ha estancado, lo cual deja a más madres adolescentes en situación de riesgo" (Naciones Unidas, 2015b).

Recientemente, en el año 2015, se adoptó la *Agenda para el Desarrollo Sostenible y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)*, entre los cuales destaca el ODS 5: *Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas*. En este objetivo, se incluye la meta 5.6 que sugiere: *Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen*.

También, en el Objetivo 3: *Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos, a todas las edades de los Objetivos de Desarrollo Sostenible*<sup>12</sup>, en la meta 3.7 se especifica que: *“De aquí al 2030, 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”*. Entre los indicadores de esta meta están el 3.7.2: *“Tasa de fecundidad de las adolescentes (de 10 a 14 años; de 15 a 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad”*; y otros que apuntan al ejercicio de los derechos reproductivos y al acceso a la salud sexual y reproductiva por parte de los adolescentes, como el 3.7.1 en su desagregación por edad: *“Proporción de mujeres en edad de procrear (de 15 a 49 años) que practican la planificación familiar con métodos modernos”*.

A nivel regional, los instrumentos que se han adoptado han apuntado a un vínculo incluso más directo con la prevención del embarazo adolescente. En el año 2007 se aprueba el *Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (PLANEA)*. Este plan considera que el embarazo en la adolescencia tiene una relación bidireccional con la pobreza y la desigualdad presente en la región; por lo que su objetivo es fortalecer las acciones preventivas que realicen los países, en cuanto al fortalecimiento de la capacidad institucional y el intercambio de buenas prácticas en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva.

También, existe un esfuerzo desde el Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2010 – 2015. Aprobado en la XXXI Reunión del COMISCA Ciudad de San José, República de Costa Rica, 3-4 de diciembre de 2009, en donde se expresa que a pesar de que en Centroamérica y República Dominicana la atención prenatal por personal de salud ha tenido una mejoría desde el año 2000, aun los índices de atención del embarazo y el parto en esta área del continente se encuentran por debajo de los niveles globales de toda Latinoamérica y el Caribe. En este

contexto surge la necesidad imperiosa de avanzar hacia la integración de los servicios de salud, pero requerirá un mayor y más efectivo desempeño de los sistemas de salud y los servicios de salud.

En el 2008 se aprueba la *Declaración Ministerial Prevenir con Educación*, que contempla entre sus objetivos la ampliación de la cobertura de educación sexual integral en las escuelas públicas de la región; la sociedad civil implementó una plataforma para evaluar su cumplimiento.<sup>13</sup> Sus resultados sugieren avances generales y formales en varios países, pero no hay una medición del progreso real en materia de aumento del conocimiento sobre sexualidad, o sobre el empoderamiento para las decisiones en la materia y la prevención de conductas de riesgo; gracias a este mayor conocimiento y empoderamiento por parte de los y las adolescentes.

Finalmente, hay que destacar el Consenso de Montevideo sobre *Población y Desarrollo (CMPD)* del año 2013, y la Guía Operacional para su implementación (CEPAL, 2015b). Este acuerdo se enmarca en la discusión sobre la continuación de la implementación del PA-CIPD después del 2014 en América Latina, y de hecho constituye la proyección de esa implementación en la región, incorporando temas de población y desarrollo regionales emergentes, siendo uno de éstos los niveles y la desigualdad del embarazo adolescente en la región.

Los y las adolescentes se abordan como grupo específico en el Capítulo B “Derechos, necesidades, responsabilidades, y demandas de niños, niñas, adolescentes y jóvenes”; y, de forma transversal en otros capítulos. En este Capítulo hay once medidas prioritarias (MP 7 al MP 17). Cinco de éstas (MP 11 al MP 15) se refieren a los temas de sexualidad y reproducción, con énfasis en garantizar la educación integral para la sexualidad (MP 11); asegurar el acceso a la salud sexual y la salud reproductiva, incluidos la anticoncepción y el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos

<sup>12</sup> <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/ODS>, Naciones Unidas, 2015.

<sup>13</sup> <http://www.prevenirconeducacion.org/index.php/declaracion-ministerial>.

reproductivos (MP 12); evitar la deserción escolar por embarazo en adolescentes (MP 13); prevenir el embarazo en la adolescencia y el aborto inseguro (MP 14), y prevenir el embarazo subsiguiente en la adolescencia (MP 15). Estas medidas están estrechamente vinculadas con las del Capítulo D sobre el acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva. De hecho, algunas de las líneas de acción, metas, e indicadores propuestos en la Guía Operacional son compartidos entre ambos Capítulos.

De las otras medidas prioritarias una es genérica, y se refiere al conjunto de condiciones de vida y oportunidades del grupo de referencia (MP 7); otra se refiere a garantizar la participación en las decisiones y las políticas (MP 8); la siguiente medida busca asegurar la inversión en la juventud, con énfasis en la educación (MP 9); otra se refiere a fortalecer la inserción productiva y la promoción del trabajo decente (MP 10); a prevenir la violencia, promover la convivencia pacífica y asegurar el acceso a la justicia (MP 16); y, por último, la que tiene que ver con la disponibilidad y calidad de los datos (MP 17).

En síntesis, el CMPD da prioridad a la prevención del embarazo en la adolescencia, y promueve la implementación de programas sexuales y reproductivos integrales, incluyendo servicios de salud sexual y reproductiva amigables, y garantizando el acceso a métodos anticonceptivos modernos, incluida la anticoncepción de emergencia sin receta y el uso de condones masculinos y femeninos, respetando el derecho a la confidencialidad y privacidad (CELADE, 2013).

## 2.2. Prevención del embarazo durante la adolescencia: una prioridad indiscutible en la agenda nacional.

En la agenda nacional el compromiso de prevenir el embarazo durante la adolescencia y la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente ocupan un lugar de relevancia. Estos temas han sido priorizados por el país en varias normativas, planes estratégicos y políticas públicas, que se han traducido en acciones desde el Estado, Organismos de Cooperación y la Sociedad Civil.

La Ley General de Salud (Ley 42-01), promulgada en el año 2001, aborda este tema en el Capítulo V, que se refiere a la salud en grupos prioritarios, especificando en el Artículo 31, Acápito g, que el Estado debe velar por el desarrollo integral de la niñez y los adolescentes mediante programas especializados para prevenir el embarazo en esa etapa del desarrollo.<sup>14</sup>

Por otro lado, la Ley 136-03 que crea el Código para el Sistema de Protección de los Derechos Fundamentales de los Niños, Niñas y Adolescentes, establece en su Párrafo III, Art. 30, que: *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 de divulgación.*<sup>15</sup>

Asimismo, la Ley No. 135-11 DE VIH-SIDA En sus párrafos I y II, se lee: "En estos programas debe ser incluida la educación integral en sexualidad, impartida como asignatura, acorde con el nivel educativo de que se trate"

En su Artículo 37 esta ley establece que: *Educación en los centros de estudios. Se instituye para todos los centros de educación inicial, básica, media, técnica y superior, tanto públicos como privados, y para la educación informal y no formal, la implementación de programas educativos para la prevención, modos de transmisión, medidas de bioseguridad, acceso a los servicios de salud, estigma, discriminación hacia las personas con el VIH o con SIDA.*

El Plan Decenal de Salud 2006-2015 (PLANDES), en su Objetivo Estratégico 3 "Función de Salud Colectiva. Prevención y control de problemas prioritarios de salud", incluye un indicador de resultado referido al desarrollo de redes programáticas (nacionales, provinciales y locales) focalizadas en la prevención y control, señalando de manera específica en el acápito a, la salud reproductiva, con énfasis en mortalidad materna e infantil y en el embarazo en adolescentes.

<sup>14</sup> Ley General de Salud No.42-01, Secretaría de Estado de Salud Pública.

<sup>15</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: "Normas Nacionales para la Atención Integral de Adolescentes". Santo Domingo, diciembre 2010.

En el año 2007 el Plan Nacional de Igualdad y Equidad de Género 2007-2017 (PLANEG II) incluyó en el Tema Nacional 5 "Favorecer el acceso y control de las mujeres a bienes y servicios de calidad", en el objetivo nacional "El acceso, la cobertura y la calidad de servicios para las mujeres se han mejorado, en particular los de salud sexual y salud reproductiva" que demanda en su línea de acción 5.2.5.2 y 5.2.5.8 el desarrollo de habilidades de prevención de embarazos no deseados, y la ampliación de los programas de educación y atención integral en temas de salud sexual y reproductiva mediante servicios amigables para adolescentes, dirigidos a lograr el empoderamiento de las mujeres y la prevención del embarazo en adolescentes y jóvenes.

También es preciso mencionar el Plan Estratégico Nacional para la Salud Integral de Adolescentes (PENSIA, 2010-2015), el cual responde a los lineamientos del Plan Decenal de Salud, y representa un instrumento fundamental para garantizar la salud integral de los y las adolescentes del país<sup>16</sup>. Este Plan incorpora varias normativas que tocan de manera específica el tema del embarazo durante la adolescencia, dentro de las cuales destacan las N°21, 35 y 36. La primera indica que se debe de indagar sobre conductas de riesgo de embarazos e infecciones de transmisión sexual de los (as) adolescentes que asisten a los servicios de salud integral, y se establecen las intervenciones. La Normativa 35 indica que: El personal médico y de enfermería deberán realizar la consulta sobre anticoncepción y planificación familiar, atendiendo a la demanda de las y los adolescentes. Los adolescentes son considerados una categoría especial respecto a la anticoncepción, por constituir una población de alto riesgo al embarazo no planificado, al aborto, y a sus secuelas, por lo que se destaca que, en general, están en condiciones de utilizar cualquier método anticonceptivo, a fin de aplazar el primer embarazo; y se establecen las normas que deben ser aplicadas por el personal de salud que atiende a esos adolescentes. Asimismo, la Normativa 36 establece las intervenciones referentes a la consulta prenatal y post-natal de adolescentes.

Todas estas normativas y planes, mencionados en los párrafos anteriores, sirvieron como base para el diseño del Plan Nacional de Prevención de Embarazo en Adolescentes (2011-2016), elaborado por las instituciones que forman el Comité Técnico Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia. Este Plan conecta las distintas iniciativas existentes en el país, y sirve de base y guía con el fin de coordinar acciones inclinadas a la reducción del fenómeno; y estuvo circunscrito a las acciones para el alcance de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), enmarcado en el Plan Nacional de Igualdad y Equidad de Género 2007-2017 (PLANEG II) así como, en el Plan Decenal de Salud (PLANDES), y en los lineamientos del Plan Estratégico Nacional para la Salud Integral de Adolescentes (PENSIA, 2010-2015), entre otros.

Finalmente, la Estrategia Nacional de Desarrollo (END 2030), en su objetivo 2.2.1: Garantizar el derecho de la población al acceso a un modelo de atención integral con calidad y calidez, que privilegie la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, mediante la consolidación del Sistema Nacional de Salud<sup>8</sup>, describe de manera específica en la línea de acción 2.2.1.2 que se deben fortalecer los servicios de salud colectiva relacionados con los eventos de cada ciclo de vida, focalizados en salud sexual y reproductiva, y atendiendo las diferencias de cada sexo y la prevención de embarazos en adolescentes y de enfermedades transmisibles, entre otras; en colaboración con las autoridades locales y las comunidades.

<sup>16</sup> PENSIA, 2010-2015. Extraído el 11 de octubre de 2017 desde [http://www.pronaisa.gov.do/index.php?option=com\\_content&view=article&id=44&Itemid=57](http://www.pronaisa.gov.do/index.php?option=com_content&view=article&id=44&Itemid=57)



# 3

Revisión  
y marco  
conceptual



### 3. Revisión y marco conceptual.

La adolescencia, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el periodo de desarrollo que transcurre entre los 10 y los 19 años de edad y que se caracteriza por ser una fase que separa al individuo de la niñez y la adultez (Lloyd, 2005; UNICEF, 2011; WHO, 2011; UNFPA, 2013; Rodríguez Vignoli, 2009 y 2014a; Robledo 2014).

Durante este periodo se produce una gran cantidad de cambios biológicos, destacándose principalmente los físicos y en el desarrollo neurológico, los psicológicos y sociales, (Breibauer y Maddaleno, 2005; Patton y Viner, 2007; Viner y otros, 2012; Cherry y Dillon, 2014). Estos cambios comienzan y se manifiestan de distintas maneras durante la adolescencia, por lo que, para identificarlos, se ha dividido en distintas etapas de desarrollo: la adolescencia temprana (10 a 13 años), media (14 a 16 años) y tardía (17 a 19 años); (Robledo, 2014).

#### 3.1 Cambios biológicos, psicológicos y sociales que definen la adolescencia.

Los cambios biológicos que se producen en la adolescencia varían entre los individuos, debido a distintos factores externos e internos a los que se encuentran expuestos (Steinberg y Morris, 2001; Patton y Viner, 2007; UNFPA, 2013). Entre los cambios biológicos que se relacionan con la adolescencia, la pubertad es un hito que separa la niñez de la adolescencia y que se caracteriza por la maduración fisiológica y corporal, incluyendo la relativa a los órganos reproductores. Esta ocurre de manera diferida entre hombres y mujeres, apareciendo en estas últimas entre 12 y 18 meses antes que en los hombres. Además, la pubertad ha experimentado un adelantamiento de alrededor de tres (3) años durante de los últimos dos siglos, principalmente debido a los mejores estándares en salud y nutrición (UNICEF, 2011).

Otros cambios biológicos se destacan dentro de la adolescencia, tales como el crecimiento acelerado y desproporcionado; el cambio de la composición corporal (desarrollo de masa corporal, aumento de peso, distribución de grasa corporal, etc.); el desarrollo endocrino (adrenarquía y gonadarquía); y el desarrollo neurológico, incrementando la capacidad de funcionamiento a nivel cerebral (Patton y Viner, 2007; WHO, 2011; Spear, 2013; Robledo 2014).

El desarrollo neurológico tiene directa relación con los cambios psicológicos que se producen durante la adolescencia, ya que éste influye en la búsqueda del placer, en las respuestas emocionales, la toma de decisiones, la organización, el control del impulso y la planificación del futuro (Steinberg y Morris, 2001; Robledo 2014). Lo anterior resulta en la constitución y estructuración de la identidad en las personas, en el marco de sus respectivas sociedades y culturas.

La constitución de la identidad individual es un proceso complejo y multidimensional. Sin duda se basa en la socialización y en el aporte, la vinculación y la afinidad con los otros significativos más directos, como los progenitores y otras figuras de autoridad. Pero en la adolescencia parecen gravitar más otros significativos diferentes, en particular los pares<sup>17</sup> y los referentes generacionales, lo cual proporciona nuevos insumos para el proceso. Adicionalmente, en la adolescencia se refuerzan los mecanismos de oposición y de distinción para configurar el yo, siendo frecuente el deseo de diferenciarse de los padres y de otras figuras de autoridad adulta. De ahí las actitudes y conductas más críticas, contestatarias y rebeldes que caracterizan esta fase de la vida (Montgomery, 2005; UNICEF, 2011; Robledo 2014).

En cuanto a los cambios sociales, destaca la transformación de las relaciones con los otros significativos, porque aumenta la disposición para considerar distintas perspectivas y una especial valorización de las opiniones de los grupos de pares, buscando su aceptación de manera

<sup>17</sup> Un grupo de pares es un grupo social de humanos (grupo primario) por lo general informal, de personas que comparten un estatus igual o similar, que por lo general poseen aproximadamente la misma edad y tienden a circular e interactuar con el mismo conjunto social. <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N100-1.pdf>

mucho más fuerte que en otras etapas de la vida (Castells y Silber, 2003; Institute of Medicine (US) and National Research Council (US) Committee on the Science of Adolescence, 2011). Además, durante este periodo se desarrolla la competencia y se adquieren compromisos con metas, ideales, actividades y creencias particulares. Lo anterior incide directamente en el desarrollo de su independencia, responsabilidad, autonomía y de las destrezas y habilidades sociales cruciales para los adolescentes, tanto en el presente como en el futuro (Breinbauer y Maddaleno, 2005; Robledo 2014; Rodríguez Vignoli, 2014a).

Todos estos cambios se encuentran relacionados entre sí. Los cambios físicos durante la pubertad y el desarrollo neurológico conllevan nuevos comportamientos y capacidades, lo que a la vez deriva en una transición de los adolescentes en sus familias, grupos de pares, en el ámbito de la educación y en sus comportamientos en cuanto a distintos aspectos de la vida; estando entre los más complejos los relativos a la salud sexual y reproductiva, mental y, en general, a todos los riesgos provocados por la falta de control de los impulsos (UNICEF, 2011; Viner y otros, 2012).

### 3.2 Conducta y salud sexual y reproductiva adolescente.

Como se mencionó anteriormente, la salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva, está determinada por distintos factores, entre los que se incluyen los contextos en los que se sitúan los adolescentes (UNICEF, 2011; Viner y otros, 2012; UNFPA, 2013; Rodríguez Vignoli, 2014b), factores conocidos como determinantes sociales de la salud (Viner y otros, 2012).

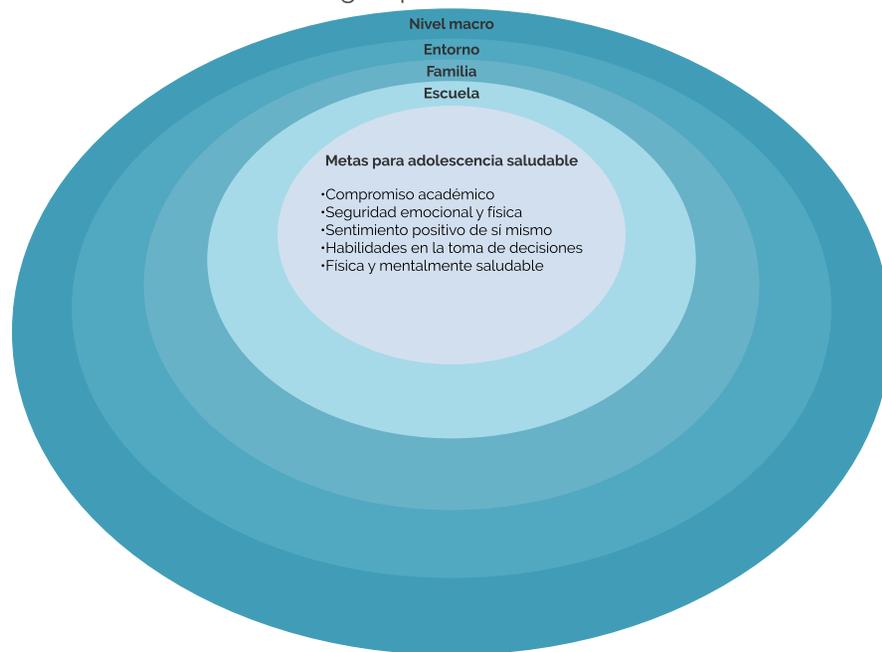
Estos determinantes se pueden entender desde un marco ecológico en el que se sitúa la trayectoria de vida del adolescente, y del cual dependen los resultados que tiene y tendrá en el futuro (Blum y otros, 2012; Viner y otros, 2012) (véase el diagrama 1). Además, este marco muestra los distintos niveles que componen estos contextos, tales como los factores macro, el entorno, la familia y la escuela; y, finalmente, las metas en cuanto a la salud de los adolescentes (Blum y otros, 2012). Todos los factores mencionados se interrelacionan y se asocian directamente a la capacidad

de los adolescentes de tener una vida sexual y reproductiva saludable; así como, el acceso a los servicios, información e insumos necesarios para la promoción, prevención y cuidado de la salud (Svanemyr y otros, 2015).

A nivel macro destaca la tendencia secularizadora que se ha desarrollado a lo largo del siglo XX, mediante la cual la relación amorosa basada en el enamoramiento o el acompañamiento, o en la experimentación sentimental y sexual en pareja ganó espacio respecto del tándem tradicional amor/matrimonio (Bozon y Leridon, 1993; Bozon, 2001; Baumle, 2013). Esto también se ha expresado con el concepto de "desinstitucionalización de la familia", ampliando las formas de hacer familia y aumentando el número de parejas consensuales en todos los niveles socioeconómicos de la sociedad (Gutiérrez y Osorio, 2008).

Esta tendencia secularizadora se enmarca en un proceso de modernización económica y social que, más allá de los contrapuntos que tiene, ha contribuido a mejorar las condiciones de nutrición y de salud de la población. Esto último parece ser decisivo para la tendencia, relativamente generalizada, al adelanto en la edad de la menarquía en las mujeres (UNFPA, 2013; Cherry y Dillon 2014) ampliándose así el periodo de exposición al riesgo de un embarazo y la maternidad adolescente (Rodríguez Vignoli y Di Cesare, 2010). Adicionalmente, este proceso de desarrollo ha resultado en una prolongación de la educación y capacitación en instituciones fuera del hogar, promoviendo la postergación del matrimonio (Furstenberg, 1998; Grant y Furstenberg, 2007; Billari y Liefbroer, 2009; Cherry y Dillon, 2014).

**Diagrama 1**  
Marco ecológico para la salud adolescente



Fuente: Traducción libre de Blum y otros, 2012.

Con respecto al entorno, hay varios agentes claves; entre los que están los medios de comunicación, y, más recientemente, las redes sociales. Ambos tienen la capacidad de difundir mensajes de todo tipo, relacionados con todos los aspectos de la vida de los y las adolescentes, como las conductas sexuales y reproductivas y la promoción, prevención y (auto) cuidado de la salud sexual y reproductiva. Algunos autores han subrayado el papel que han desempeñado estos agentes en la difusión de pautas de conductas a nivel mundial, como las actitudes vinculadas a la actividad sexual y al uso de anticonceptivos entre adolescentes, entre otras (Ali, Cleland y Shah, 2003; Rodríguez Vignoli, 2009; Cherry y Dillon, 2014).

Otro aspecto relevante relacionado con el entorno son las presiones sobre la identidad de género a las que los adolescentes son sometidos. En América Latina, éstas han tendido a promover que los hombres demuestren su masculinidad teniendo relaciones sexuales lo más pronto posible, mientras que las mujeres deben proteger su virginidad, inclusive con otro tipo de prácticas sexuales que no sean necesariamente penetrativas (Shepard, 2000; Ali, Cleland y Shah, 2003; Welling y otros, 2006; Bozon, Gayet y Barrientos, 2009; Menkes y Suárez, 2013). Pero esto está cambiando, y las mujeres paulatinamente abandonan esta visión asimétrica, con lo cual la actividad sexual sin necesidad de unión tiende a naturalizarse y a aumentar (Bozon, 2003; Viner y otros, 2012; Caro Luján, 2014; Binstock, 2016).

En el caso de la familia, las relaciones jerárquicas autoritarias tienden a erosionarse, y el paso a modelos más horizontales y con mayores espacios de autonomía para los y las adolescentes supone tensiones de diversos tipos, respecto de las cuales no hay modelos prescriptivos (Bearinger y otros, 2007; Grant y Furstenberg, 2007; Rodríguez Vignoli, 2009; Cherry y Dillon, 2014).

Estas tensiones se conjugan con fenómenos emergentes vinculados a la modernidad que debilitan las modalidades tradicionales de supervisión parental; como la concentración de ambos padres en sus propias trayectorias laborales y separaciones familiares. Por cierto, lo anterior no significa que el descontrol y la ausencia de límites sea la tónica de las relaciones entre padres y adolescentes; de hecho, hay poderosas tendencias que facilitan la mayor interacción y dedicación de los padres a la crianza y a la supervisión de sus hijos; tales como la mayor cercanía y diálogo entre las partes, la menor cantidad de hijos y la mayor escolaridad. Y, ciertamente, la imagen de la supervisión estricta del pasado tiene muchas lagunas y contrararas, amén de ser poco viable y efectiva en la actualidad. Cualquiera sea el caso, es un hecho que hay un debilitamiento del rol tradicional de control que la familia tiene sobre la vida sexual de los adolescentes, producto de la modernidad (Bearinger y otros, 2007; Rodríguez Vignoli, 2009; UNFPA, 2013; Baumle, 2013; Cherry y Dillon, 2014).

La escuela es otro ámbito que dentro del marco ecológico tiene injerencia en la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, ya que tiene el potencial de crear normas, conexiones, oportunidades, expectativas y apoyo, para que tengan conductas seguras y acceso a la información (Blum y otros, 2012; Cherry y Dillon, 2014; Svanemyr y otros, 2015). Con todo, la escuela también puede convertirse en un espacio de riesgo, sobre todo si no cumple adecuadamente con su función formadora y de empoderamiento, y si las relaciones que se establecen en su interior están marcadas por la violencia, el abuso, la discriminación, las asimetrías de género y la anomía.

Como corolario de todo lo anterior están los cambios conductuales de los y las adolescentes, en particular en el plano sexual y reproductivo; incluyendo, desde luego, el anticonceptivo, así como las modificaciones en los enfoques teórico y político, para examinar o incidir sobre estas conductas. En el caso de Estados Unidos, por ejemplo, un estudio que hace un balance sobre la investigación longitudinal en materia de conducta sexual concluye que en las sociedades occidentales la mayoría de las y los adolescentes son sexualmente activos, donde entre el 60% y el 70% han tenido relaciones sexuales a los dieciocho (18) años, y en la adolescencia tardía el comportamiento sexual es generalizado, incluso normativo (Zimmer-Gembeck y Helfand, 2008).

### 3.3 Síntesis de la discusión teórica.

De acuerdo a todas las teorías existentes, los hitos reproductivos deberían estar modificando su calendario con el cambio socioeconómico y cultural que suele expresarse con las nociones de modernización y modernidad, ahora expresadas al comportamiento sexual y reproductivo. Más concretamente, la sexualidad y reproducción modernas en la adolescencia debieran estar marcadas por:

- a) la drástica reducción de la nupcialidad y de la fecundidad;
- b) el adelantamiento de la primera relación sexual;
- c) la generalización de la actividad sexual antes de la unión;

d) la convergencia de las conductas sexuales entre hombres y mujeres; y,

e) la convergencia de comportamientos entre grupos socioeconómicos.

Ahora bien, mientras los factores que determinan el retraso de la unión y de la fecundidad son objetivos –la unión y la fecundidad tempranas devienen objetivamente adversos con la modernización económica y social (CEPAL, 2016 y 2014; Cherry y Dillon, 2014; Esteve y Flórez-Paredes, 2014; Robledo 2014a; Rodríguez Vignoli, 2014a; Azevedo y otros, 2012; Grant y Furstenberg, 2007)–, el adelantamiento de la iniciación sexual y la masificación de la actividad sexual antes de la unión depende de factores culturales más complejos y diversos, por lo cual se trata de una hipótesis eventualmente válida para ciertos contextos culturales, digamos la cultura occidental.

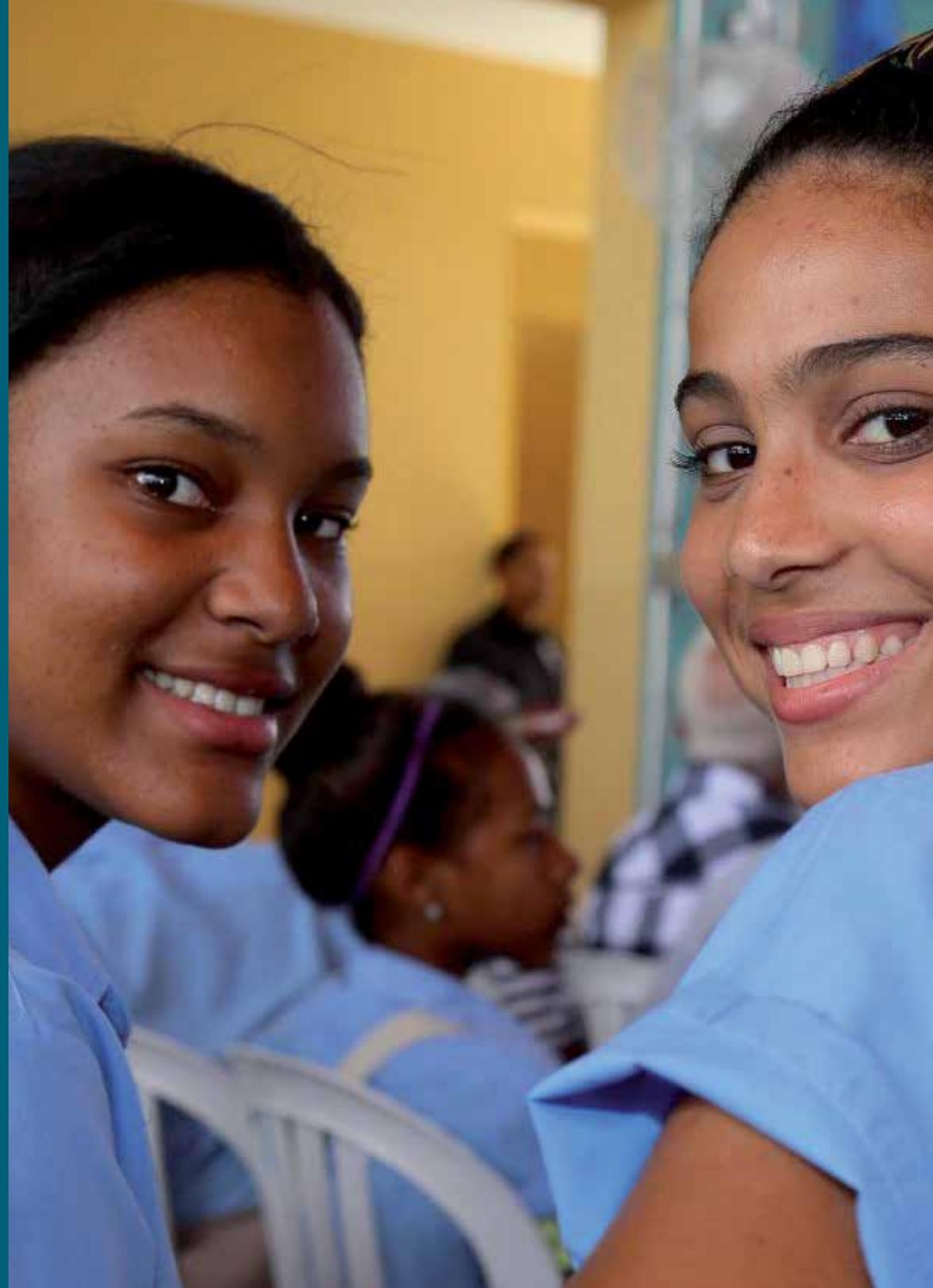
En el caso de América Latina se ha detectado una paradoja vinculada con la resistencia a la postergación de la unión y de la maternidad, por una parte, y el claro adelantamiento de la actividad sexual, por otra. Esta paradoja tiene como trasfondo un contexto cultural e institucional que dificulta la plena expresión de la modernidad sexual y reproductiva. Por ello, la noción de “modernidad sexual y reproductiva truncada” ha sido usada para describir la evolución de los hitos antes mencionados y otros asociados, en particular con la anticoncepción. Adicionalmente, hay dudas sobre la convergencia socioeconómica de las conductas sexuales y reproductivas durante la adolescencia, pues lo que parece estar ocurriendo es, más bien, la polarización socioeconómica de estos comportamientos. Mientras los grupos de mayor nivel socioeconómico exhiben el patrón moderno occidental, los de menor nivel socioeconómico presentan patrones híbridos o tradicionales (Rodríguez Vignoli, 2014a).

Lo que se pretendió hacer en esta investigación fue verificar la pertinencia de esta caracterización de una modernidad sexual y reproductiva truncada para el caso de la República Dominicana, pues de tal caracterización se deducen las principales líneas de acción a implementar.



# 4

## Metodología



## 4. Metodología: definiciones operativas, fuentes, indicadores, procesamientos y procedimientos.

### 4.1 Fuentes: identificación, usos y observaciones.

Las principales operaciones estadísticas que han sido utilizadas como fuentes de información, para obtener datos relacionados con embarazo adolescente en la República Dominicana son:

- a) Los censos de población (microdatos procesados con Redatam SP) levantados en el 2002 y 2010. Estos datos fueron utilizados para las estimaciones directas de la maternidad adolescente, indirectas de fecundidad adolescente, desigualdades territoriales (entre municipios) y desigualdades sociales de la maternidad y la fecundidad adolescente y los perfiles de las madres adolescentes.<sup>18</sup>
- b) La Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA), desde 1986 al 2013 (bases de microdatos y Statcompiler) y la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR) 2014 (que contiene un módulo especial de salud sexual y reproductiva). Estas fuentes fueron utilizadas para las estimaciones directas de la maternidad adolescente y de la fecundidad adolescente, la desigualdad social de la maternidad y la fecundidad adolescente, los perfiles de las madres adolescentes, las variables intermedias, las preferencias reproductivas (deseabilidad del embarazo de hijos tenidos) y los modelos multivariados (regresiones logísticas).

<sup>18</sup> En los casos de no respuesta a la consulta sobre hijos nacidos vivos (censo de 2002), estas respuestas se imputan a cero, siguiendo las recomendaciones de Naciones Unidas (Rodríguez, 2014a. Serie Proyectos, CELADE).

c) Los Registros vitales para la estimación de la paternidad adolescente, que si bien están subestimados<sup>19</sup>, es la única fuente disponible con datos recientes disponibles.

d) Las bases de datos internacionales, que son las estimaciones y proyecciones de fecundidad del World Population Prospects de la División de Población de las Naciones Unidas, para comparaciones internacionales. También, la Base de datos MATERNILAC ([http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB\\_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=e](http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=e)) para el perfil de las madres adolescentes, el cotejo de las cifras de maternidad y las comparaciones eventuales con otros países de América Latina.

### 4.2 Indicadores de fecundidad y maternidad.

La tasa específica de fecundidad es un cociente que relaciona los nacimientos, durante un año calendario, de madres, en un grupo etario específico (por ejemplo, de 15 a 19 años), con la población media de ese año calendario de mujeres de dicho grupo etario (Rodríguez, 2014). La tasa específica de fecundidad adolescente corresponde a la del grupo de edad de 15 a 19 años.

En ausencia de partos múltiples y de mujeres que hubiesen tenido más de un (1) hijo(a) en un año, puede interpretarse como el porcentaje de adolescentes que tuvo un (1) hijo(a) en el año de referencia. Una tasa de 90 por mil en el año Z significa que en ese año hubo 90 nacimientos de madres de 15 a 19 años, por cada 1.000 mujeres de esa edad en el año Z. Es decir, a mitad de ese año, bajo un supuesto de evolución lineal de la población, o que un 9% de las adolescentes fueron madres ese año, bajo la misma premisa inicial.

<sup>19</sup> Justamente por esta subestimación, que es significativa aún, no se usaron para otros propósitos.

Por otra parte, *la tasa global de fecundidad es un indicador transversal (por lo cual usa el procedimiento de la cohorte hipotética)* de la cantidad de hijos/as que tendría una mujer bajo las condiciones de fecundidad por edad prevalecientes en el momento de la medición, y en ausencia de mortalidad hasta el final de la vida reproductiva.

Debido a las limitaciones de la tasa específica de fecundidad como indicador de la probabilidad de ser madre en la adolescencia<sup>20</sup>, que es el evento de interés para las políticas, pues es el que cambia la vida de los y las adolescentes. En los últimos años se ha revalorizado el análisis de la maternidad adolescente.

El indicador estándar de maternidad adolescente es el porcentaje de madres del grupo entre 15 y 19 años de edad. Este indicador presenta dos problemas importantes:

- El primero es que se trata de un indicador “truncado”, ya que ninguna de las muchachas incluidas en el cálculo ha terminado su exposición al riesgo de ser madres. Debido a lo anterior, este indicador no capta la probabilidad de ser madre durante la adolescencia, aunque ciertamente tiene una relación empírica estrecha con esta probabilidad.
- El segundo problema se encuentra asociado a que las diferentes edades cuentan con riesgos distintos para ser madres (Rodríguez Vignoli, 2014), por razones diferentes a la exposición al riesgo, ya que tienen que ver con la misma biología y desarrollo psicológico; y sobre todo, con el control sociocultural de la sexualidad que tiende a relajarse a medida que las mujeres tienen más edad. En cualquier caso, el resultado de todos estos factores es que este indicador puede verse fuertemente afectado por la estructura

etaria de 15 a 19 años. Por ello conviene desagregarlo por edad simple, calcularlo para subgrupos de interés (15-17 y 18-19) y calcularlo, además, para el grupo entre 19 y 20 años, el cual, bajo un supuesto de linealidad ofrece una aproximación a la probabilidad de haber sido madre durante la adolescencia.

Otra forma, más precisa, de medir la probabilidad de ser madre durante la adolescencia (pero que involucra a la población que ya no está expuesta al riesgo y que por ende no puede ser objeto de políticas preventivas) es a través de la pregunta retrospectiva contenida en las encuestas especializadas sobre la edad en la que tuvo el primer hijo, lo que permite obtener para las mujeres de 20 años y más la probabilidad de haber tenido un hijo antes de los 20 años.<sup>21</sup>

Más definiciones metodológicas se encuentran en los capítulos respectivos del documento; por ejemplo: sobre otros indicadores de la reproducción en la adolescencia, sobre distinciones etarias de esta fecundidad, las variables para medir desigualdad social, los indicadores para medir las variables intermedias, la operacionalización de la deseabilidad del embarazo, y los modelos usados para el análisis multivariado.

<sup>20</sup> La Tasa específica de fecundidad considera en su denominador los nacimientos de cualquier orden. Es decir que, si entre las adolescentes los nacimientos de orden superior a 1 se reducen, pero no así los nacimientos de orden 1, entonces el resultado es una baja de la tasa, pero no del porcentaje de madres (Rodríguez Vignoli, 2013: 18).

<sup>21</sup> Antes de los 15 años de edad: maternidad adolescente precoz; antes de los 18 años de edad: maternidad adolescente temprana; entre los 18 y antes de los 20 años: maternidad adolescente tardía.



# 5

Fecundidad  
adolescente:  
la República  
Dominicana  
y su “posición”  
en América  
Latina  
y el mundo

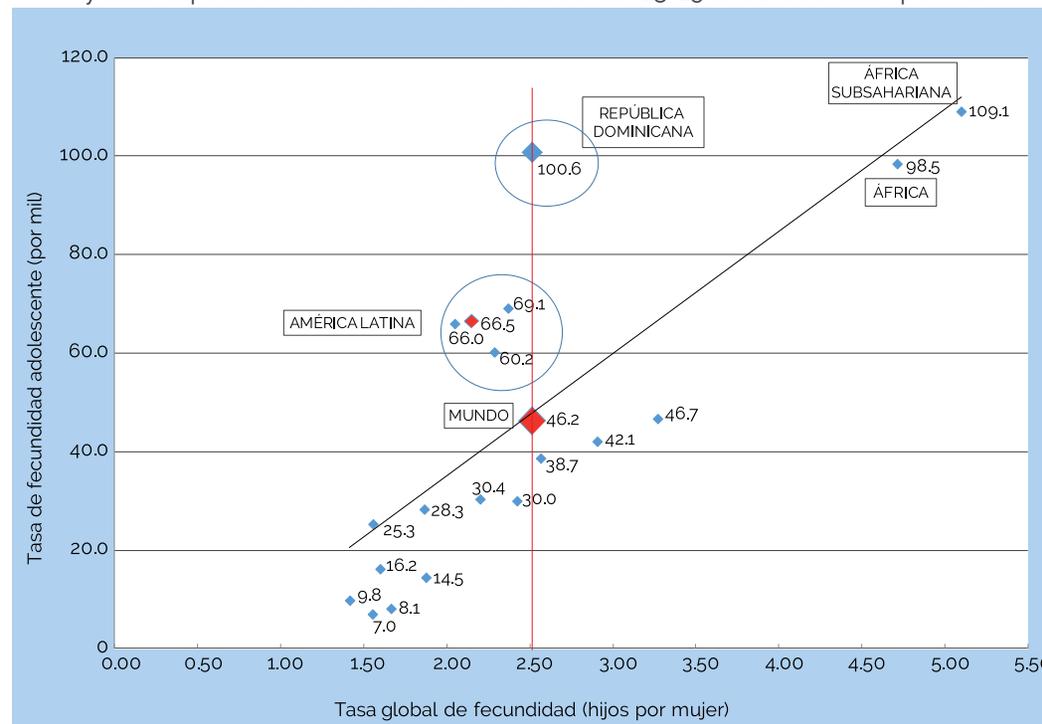


## 5. Fecundidad adolescente: la República Dominicana y su “posición” en América Latina y el mundo.

Actualmente, la región presenta niveles de fecundidad global por debajo del promedio mundial. Sin embargo, esto no acontece en el caso de la fecundidad adolescente, que todavía presenta niveles altos, muy superiores al promedio mundial y superados solamente por el África Subsahariana (Gráfico 1).

Este escenario lo que muestra es una disociación entre la fecundidad global y la fecundidad adolescente. Por esta razón se considera que América Latina y el Caribe es una “anomalía” en el mundo (Rodríguez, 2014b, ALAP), por tener tasas de fecundidad adolescente propias de países muy pobres, y tasas globales de fecundidad más bien bajas y cercanas a las de los países desarrollados.

**Gráfico 1**  
GRANDES REGIONES DEL MUNDO, 2010-2015: tasa global de fecundidad (hijos por mujer) y tasa específica de fecundidad adolescente (15-19 años de edad) (por mil)



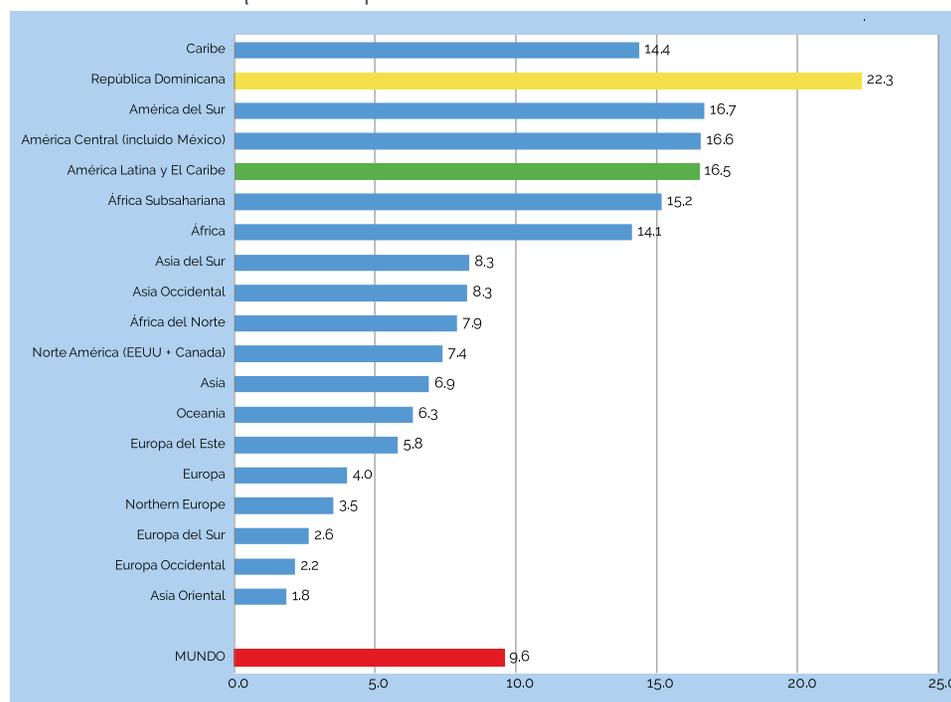
Fuente: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision, DVD Edition.

El caso de la República Dominicana es alarmante. En una región con altas tasas de fecundidad adolescente, el país es el principal representante de este fenómeno. República Dominicana tiene una tasa de fecundidad global igual al promedio mundial, sin embargo, la tasa de fecundidad adolescente alcanza a los 100 por mil, sobrepasando con creces a la de la región, y solamente por debajo de la tasa de África Subsahariana.

La disociación entre estas tasas se expresa en un indicador importante, el cual es el porcentaje que representan los nacimientos de las adolescentes en el total de nacimientos, que permite una aproximación a la frecuencia relativa de estos nacimientos, que tienden a ser considerados de riesgo.

América Latina es la región del mundo donde el porcentaje de nacimientos de madres adolescentes (entre el total de nacimientos) alcanza sus mayores niveles; y dentro de América Latina, la República Dominicana sobrepasa este porcentaje con una cifra que es virtualmente récord mundial: el 22.3% de los nacimientos entre el 2010-2015 fueron de madres entre los 15 a 19 años<sup>22</sup> (Ver Gráfico 2).

**Gráfico 2**  
GRANDES REGIONES DEL MUNDO Y REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje del total de nacimientos que corresponden a madres adolescentes



Fuente: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision, DVD Edition

<sup>22</sup> Se decidió utilizar los datos sobre nacimientos del documento World Population Prospects: The 2015 Revision, puesto que en los registros administrativos existe un alto sub-registro en la cantidad de nacimientos ocurridos por año.



# 6

## Tendencias de la fecundidad adolescente



## 6. Tendencias de la fecundidad adolescente.

De acuerdo a la Oficina Nacional de Estadística (2015):

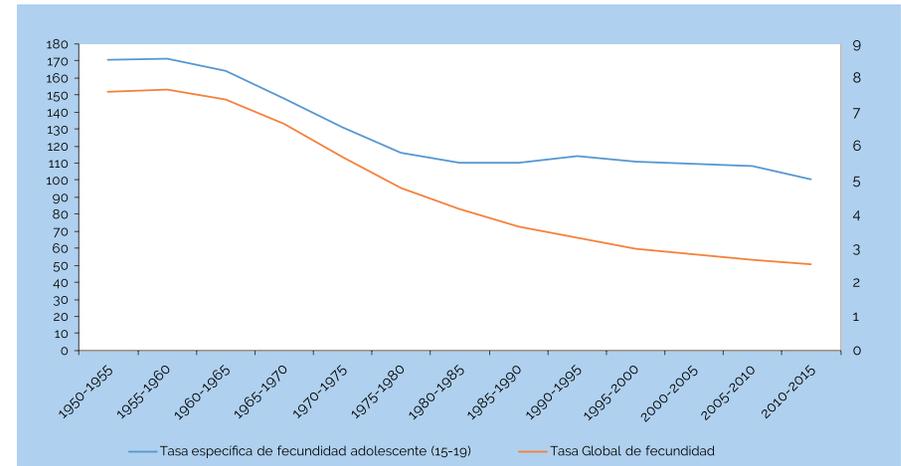
*"El patrón tradicional de inicio reproductivo temprano que conduce a una paridez final (total de hijos al terminar la vida reproductiva) también alta, se ha fracturado, y ha surgido otro donde todavía se tiene el primer hijo a una edad temprana, pero luego tiende a detenerse la tenencia de hijos(as) parcial o totalmente, de manera que la paridez final ya no es alta como en el pasado. Esto se debe, principalmente, a que la misma condición de madres adolescentes les da acceso a medios anticonceptivos, para que les permita controlar los nacimientos futuros. Lo contraproducente de esto último son las barreras de acceso a la anticoncepción para las adolescentes sexualmente activas, pero aún sin hijos, que es el factor decisivo para explicar la lenta caída de la fecundidad y la maternidad en adolescentes en los últimos 30 años, sus niveles actuales elevados y, el aumento de la fecundidad no deseada entre las adolescentes."* (Evolución de la Maternidad Adolescente en República Dominicana: resultados a partir de la estandarización de los censos 2002-2010. Pág. 11).

La República Dominicana no es la excepción a la ruptura del patrón "fecundidad temprana equivale a una fecundidad alta". Tal como indica el Gráfico 3, el comportamiento de la tasa de fecundidad específica se disocia de la tasa global de fecundidad a partir de la década de 1980. La tasa global de fecundidad continúa su tendencia hacia la baja; es decir, las mujeres dominicanas tienen cada vez menos hijos a lo largo de su vida productiva, mientras que la tasa específica de fecundidad adolescente se mantiene en el mismo nivel, llegando incluso a aumentar en la década de 1990.

De acuerdo al Gráfico 3, para el quinquenio 2010-2015 la tasa global de fecundidad es de 2.3 hijos por cada mujer, versus a 3.6 que era entre 1985-1990. En cambio, la tasa específica de fecundidad cayó fuerte entre 1950 y 1980, pero luego se estabilizó en torno a los 110 por mil, y descendió lentamente hasta colocarse en 100.6 por mil durante el quinquenio 2010-2015, un valor muy elevado, incluso dentro de América Latina y el Caribe.

**Gráfico 3**

REPÚBLICA DOMINICANA: tasa global de fecundidad (número de hijos promedio por mujer) y tasa específica de fecundidad adolescente (15-19 años de edad, por mil), 1950-2015.



Fuente: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision, DVD Edition

Otro aspecto a destacar es que, si bien la tasa específica de fecundidad adolescente y la tasa global de fecundidad tienen una tendencia a la baja, la tasa de fecundidad adolescente disminuye en mucha menor cuantía que la fecundidad global.

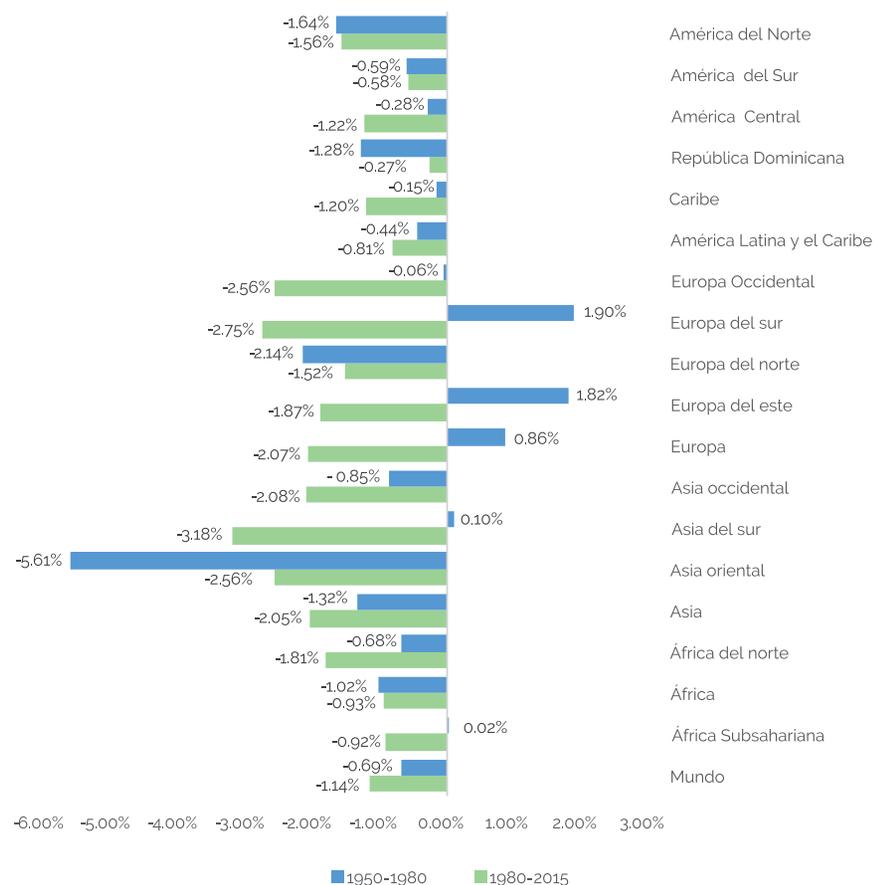
Respecto de esta tendencia, la fecundidad adolescente en el país pasó de disminuir a un ritmo de -1.28% anual en el periodo 1950-1980 a disminuir a solo -0.27% anual en el periodo 1980-2015 (Gráfico 4). Este descenso reciente tan bajo, combinado con el alto nivel de la fecundidad adolescente, configura una situación doblemente desafiante (por nivel y por evolución), que obliga a un conocimiento más detallado del fenómeno para poder informar a las políticas que decida el país, justamente lo que procura hacer este estudio.

La alta tasa de fecundidad adolescente prevalente en la región, especialmente en República Dominicana, sumada a la resistencia que persiste a su disminución presenta uno de los retos más relevantes en materia de población y desarrollo. Por esta razón, es un fenómeno

demográfico y social que se debe estudiar para explicar los elementos que influyen en este comportamiento tan peculiar, y para ofrecer la base en la que se deben fundamentar las políticas, programas y proyectos que se formulen, en materia de educación general e integral para la sexualidad (en línea con lo planteado por el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo), así como de salud sexual y reproductiva.

**Gráfico 4**

REGIONES DEL MUNDO: Variación exponencial de la tasa de fecundidad adolescente por periodo, 1950-2015



Fuente: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision, DVD Edition

Ahora bien, los Gráficos 3 y 4 se basan en estimaciones y proyecciones, que, si bien suelen ser consideradas las cifras más elaboradas y seguras, derivan de ejercicios demográficos que tienden a regularizar y suavizar las tendencias; y desde luego, pueden equivocarse, así como diferir de otras fuentes.

Por eso, aprovechando la amplia serie de encuestas especializadas DHS con que cuenta el país y la disponibilidad de al menos dos censos de población con datos suficientes, el Gráfico 5 expone la tendencia de la tasa de fecundidad adolescente usando los resultados directos de estas encuestas y los indirectos de los censos

El Gráfico 5 muestra la Tasa Específica de Fecundidad (TEF) para el grupo de 15 a 19 años utilizando como fuente los Censos Nacionales de Población y Vivienda, y las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDESA). Si se toma el Censo como referencia, la TEF se mantiene por encima de los 100 nacimientos por cada mil; en cambio, si se toman las ENDESA pareciera que existe una leve tendencia a la baja. Sin embargo, al margen de las diferencias metodológicas entre censos y encuestas, y a pesar de las oscilaciones entre uno y otro dato, lo que sí se puede observar es que este indicador presenta un comportamiento más bien estable, aunque con oscilaciones de escasa cuantía entre los años 1980 y 2013.

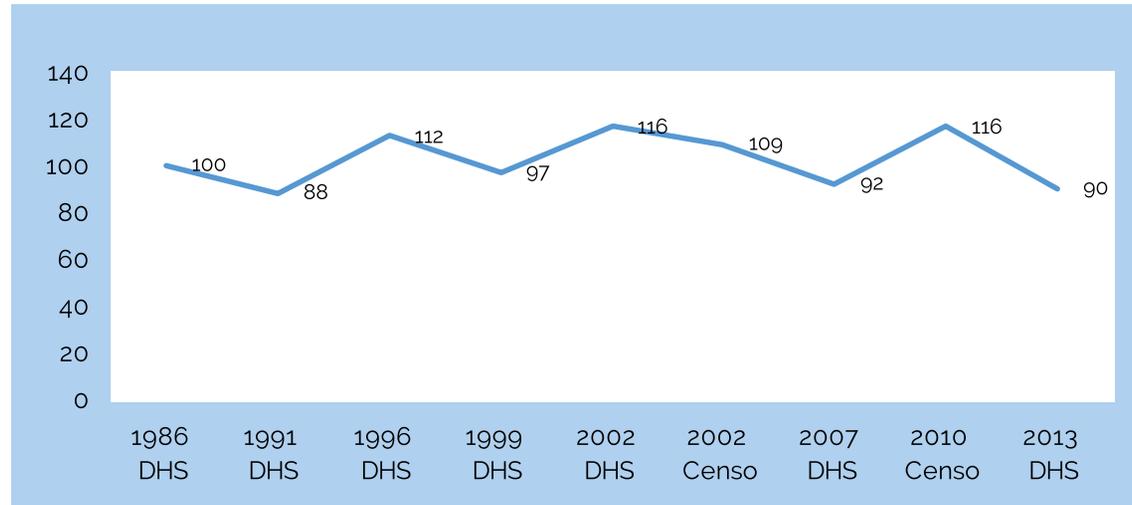
La interpretación estándar de estas tasas es que en el periodo de referencia hubo aproximadamente 100 nacimientos de madres de 15 a 19 años por cada 1,000 mujeres de esa edad (población media de esa edad del periodo de referencia). En ausencia de partos múltiples y de más de un (1) hijo(a) por mujer en un mismo año del calendario, esa tasa puede interpretarse como el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que fue madre; es decir, en torno al 10% de las mujeres de 15 a 19 años fue madre cada año en el país.

Estos datos indican que las mujeres dominicanas, al pasar de los años, van adquiriendo mayor control sobre su vida reproductiva; en particular sobre la intensidad de la misma, vale decir, sobre la cantidad de hijos que tienen en total durante su vida. Sin embargo, el hecho de que aún no logren ejercer dicho control sobre el calendario, y que todavía muchas comienzan su trayectoria reproductiva muy temprano (la gran mayoría sin desearlo como se verá en otro capítulo de este texto), revela severas

limitaciones para el ejercicio de los derechos reproductivos entre las adolescentes, y al mismo tiempo erosiona las ganancias, ventajas y oportunidades que generan el control sobre la reproducción y el descenso de la fecundidad a escala social, familiar e individual.

**Gráfico 5**

REPÚBLICA DOMINICANA: tasa específica de fecundidad adolescente, 1986-2013. (Por mil)



Fuente: The DHS Program STATcompiler.

# 7

## Maternidad adolescente



## 7. Maternidad adolescente.

Como ya se indicó en el marco metodológico, la maternidad adolescente es diferente a la fecundidad adolescente, aunque evidentemente están relacionados. La atención que los analistas y los tomadores de decisiones le prestan a los indicadores de maternidad adolescente es creciente, por la convicción de que lo que modifica la vida de las adolescentes es convertirse en madre durante esa etapa, para lo cual basta tener un(a) solo(a) hijo(a) durante ella.

El interés por la maternidad durante la adolescencia es un común denominador a nivel mundial en las últimas décadas. En América Latina debería existir una preocupación mayor, debido a, como fue mostrado en el tema anterior, la resistencia a la baja que presenta esta conducta reproductiva dentro de la Región, en fuerte contraposición a la caída suscitada en los demás grupos de edad (Rodríguez Vignoli, 2016, 2014a y 2014b; UNFPA, 2013; United Nations 2013; Jiménez, Aliaga y Rodríguez, 2011; Alves y Cavenaghi, 2011).

Los resultados de la pregunta retrospectiva en el caso de la República Dominicana se pueden observar en el Cuadro 1. Hasta la encuesta de 1996 el porcentaje de madres antes de los 15 años de edad (maternidad adolescente precoz), antes de los 18 años de edad (maternidad adolescente temprana), y entre 18 y antes de los 20 años (maternidad adolescente tardía), tiende a ser más alto en las cohortes mayores,<sup>23</sup> lo que es totalmente compatible con la fuerte reducción de la fecundidad adolescente en el período 1950-1980 mostrada en el Gráfico 3.

**Cuadro 1**  
REPÚBLICA DOMINICANA: porcentaje de jóvenes que fueron madres a los 15 y a los 18 años, según año de la encuesta, por grupos quinquenales de edad.

Encuestas	Madre a los 15 años							Madre a los 18 años					
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
1986 DHS*	1.0	2.5	4.0	4.2	6.4	7.7	7.3	19.0	22.4	27.1	29.7	30.9	29.0
1991 DHS	1.2	2.6	4.6	3.1	3.6	6.2	4.6	17.4	22.3	22.9	23.8	28.0	28.4
1996 DHS	1.8	2.7	4.0	3.4	5.6	5.3	4.3	21.6	19.8	21.9	26.5	24.0	25.2
1999 DHS	1.2	4.0	3.7	2.5	3.7	3.7	3.9	19.6	24.7	19.0	21.4	25.2	19.2
2002 DHS	2.6	3.2	3.6	3.6	4.4	3.9	4.4	25.0	25.1	22.5	22.4	23.0	24.5
2007 DHS	1.9	3.0	4.0	5.1	4.5	4.0	4.7	24.8	27.1	26.6	22.6	22.7	23.7
2013 DHS	1.6	3.1	5.3	2.8	4.6	3.2	6.2	23.7	26.4	26.4	24.7	19.9	22.2

Fuente: Programa Statcompiler. <https://www.statcompiler.com/en/>  
\* DHS Demographic Health Survey.

En cambio, las encuestas posteriores ya no presentan esta tendencia, lo que es compatible con la estabilización y periodos de alza de la fecundidad adolescente a partir de mediados de la década de 1980, mostrada en el Gráfico 5.

<sup>23</sup> Excluyendo el grupo de 15 a 19 años, que no permite estimar la maternidad adolescente temprana por tener muchos casos truncados, específicamente, de muchachas menores de 18 años, que aún no terminan la exposición al riesgo.

Este análisis por cohorte se complementa con el análisis transversal basado en la tendencia inter-temporal de cada grupo de edad. La comparación entre la evolución de la maternidad adolescente del grupo de 20 a 24 años de edad y del grupo de 40 a 44 años de edad es comunicativo al respecto. Mientras el primer caso se trata de un grupo básicamente expuesto a la estabilización y periodos de alza de la fecundidad adolescente desde 1980, y que por lo mismo muestra oscilaciones de la maternidad adolescente precoz y temprana con una tendencia más bien creciente entre los años 1986 y 2013. El segundo grupo sí estuvo expuesto al fuerte descenso de la fecundidad adolescente entre 1950 y 1980, por lo cual muestra una marcada tendencia al descenso en el período de referencia.

Por otra parte, y tal como se esperaba, la maternidad adolescente temprana es mucho mayor que la maternidad adolescente precoz en todas las cohortes y encuestas; lo que se debe, como ya se indicó, al mayor tiempo de exposición al riesgo que entraña la maternidad adolescente temprana, como a normas socioculturales relativas al mayor control sobre la actividad sexual y la nupcialidad en edades menores, entre otras razones.

El Cuadro 2 presenta otro indicador de la maternidad adolescente, a saber, los porcentajes de maternidad por edades simples en la República Dominicana. Se observa cómo se diferencia la probabilidad de haber sido madre según edad simple, mostrando en el año 2013 un porcentaje de maternidad de 16.7% para el grupo de 15 a 19 años, que en su interior se mueve entre un 2.2% para las muchachas de 15 años, a un 31.9% a las de 19 años. Los datos de la ENHOGAR 2014 exponen tendencias parecidas a la de los años anteriores, pero con valores superiores para las edades de 15 y 16 años, y para el grupo completo de 15 a 19 años.

Nuevamente se aprecia que el porcentaje de maternidad aumenta de forma directamente proporcional a la edad, mostrando una diferencia de una media de 25 puntos porcentuales entre los 15 y los 19 años. Esto confirma lo anteriormente expuesto acerca de que las jóvenes de 19 años tienen mayor probabilidad de ser madres, porque han estado expuestas por mayor tiempo al riesgo de serlo que las jóvenes de 15 años, y porque los patrones socioculturales de actividad sexual asociados a la edad son más restrictivos para las edades menores.

Investigaciones previas realizadas en el país, afirman que esto podría deberse a que las muchachas entre 18 y 19 años, en el contexto cultural dominicano, tienden a auto-percibirse como adultas, y a ser tratadas como tales por la sociedad dominicana; sin embargo, son asumidas como adolescentes debido a las normas vigentes en otras sociedades contemporáneas. (Miric; Pérez Then; Vargas, 2011: 28).

**Cuadro 2**

REPÚBLICA DOMINICANA: porcentaje de maternidad adolescente por edades simples, 1986-2013

	15	16	17	18	19	15-19
ENDESA* 1986	2.2	4.6	11.8	22.0	29.2	13.9
ENDESA 1991	2.2	6.5	9.4	23.5	25.5	13.4
ENDESA 1996	3.1	8.6	19.7	23.6	36.6	18.3
ENDESA 1999	4.6	5.2	17.6	33.2	32.8	16.8
CENSO 2002	4.4	9.1	15.4	23.6	32.1	16.7
ENDESA 2002	3.5	9.9	19.2	25.9	36.7	18.9
ENDESA 2007	3.1	6.9	15.0	25.7	35.5	16.2
CENSO 2010	5.6	11.4	19.2	27.7	35.7	19.7
ENDESA 2013	2.2	6.2	16.1	24.6	31.9	16.7
ENHOGAR** 2014	5.9	8.6	16.0	23.3	30.4	17.1

Fuente: Programa Statcompiler. <https://www.statcompiler.com/en/> y procesamiento especial de la ENHOGAR-MICS-2014.

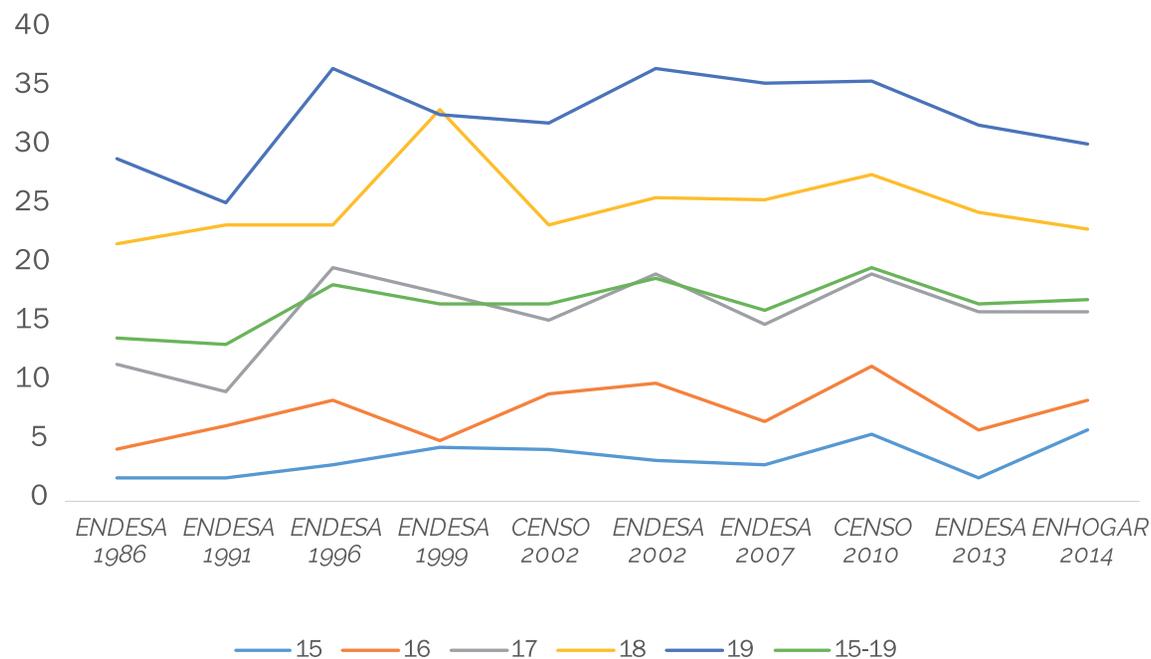
\* Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDESA)

\*\* Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR)

Finalmente, como se muestra en el Gráfico 6, las tendencias de la maternidad adolescente, desde 1986, exhiben comportamientos oscilatorios para todas las edades. A finales de la década de 1990 se produce una estabilización de los niveles de maternidad, especialmente desde el año 2002. Resulta importante resaltar que el comportamiento de las tendencias de la maternidad adolescente concuerda con la conducta anteriormente observada en la fecundidad adolescente, observándose una ligera caída de la maternidad a mediados de 1980, y a partir de ahí una tendencia subyacente al alza, aunque con altibajos.

Gráfico 6

REPÚBLICA DOMINICANA: tendencias de la maternidad adolescente, 1986-2014



Fuente: Realizado a partir de los datos del Cuadro 2.

En síntesis, la maternidad adolescente mantiene su resistencia a la baja, y sigue mostrando niveles muy elevados en la República Dominicana, revelando que se trata de un asunto prioritario para la agenda social dominicana, que amerita políticas activas que consideren en su diseño las especificidades que tiene respecto a la fecundidad y la maternidad en otras edades, algunas de las cuales serán expuestas y examinadas empíricamente en los capítulos que siguen.

# 8

## Desigualdades territoriales



## 8. Desigualdades territoriales.

Las desigualdades territoriales son una realidad manifiesta en todos los países, aunque más marcadas en unos que en otros. En general, los países de América Latina registran elevados niveles de desigualdad territorial (CEPAL, 2105 y 2012) y República Dominicana no es una excepción.

Entre las expresiones de las desigualdades territoriales está la desigualdad de la maternidad adolescente a través de la geografía, es decir, niveles de la maternidad adolescente diferentes, en ocasiones muy diferentes, entre regiones, provincias, municipios y zonas de residencia rural y urbana. Cuando estas diferencias, desigualdades territoriales de por sí, se combinan con otras desigualdades, por ejemplo, en materia de pobreza, de oportunidades, de acceso a servicios, etc., se conforman lo que llamamos "síndromes de desigualdad territorial", es decir, el conjunto de rasgos que se presentan simultáneamente y que definen un tipo particular de situación, en este caso de desventaja, rezago o menor desarrollo humano- que se retroalimentan y tienden a perpetuarse en el tiempo. Para romper con estos círculos de reproducción de las desigualdades y las desventajas se requieren políticas decididas y multisectoriales.<sup>24</sup>

### 8.1 Municipio.

En este texto solo se expondrá el caso de las desigualdades de la maternidad adolescente por municipio y zona de residencia, y su vínculo con la pobreza, en el entendido que futuras investigaciones podrán arrojar más luz sobre otros factores asociados y componentes de un eventual síndrome de desigualdad territorial.

En la Tabla A-1 del anexo se presentan los porcentajes de madres adolescentes por edad simple y por cada municipio. Debido a la cantidad de información que contiene dicha tabla, a continuación, se usan varios procedimientos para comunicar los principales hallazgos que surgen de la misma:

- Cuadro síntesis: en el Cuadro 3 se presenta una síntesis selectiva de la tabla A-1 del anexo, donde se exponen los diez (10) municipios con mayor nivel de maternidad del grupo de 19 a 20 años (proxis de la probabilidad de haber sido madre en la adolescencia) y los diez (10) con menor, así como el promedio nacional.

<sup>24</sup> (2012), Población, territorio y desarrollo sostenible, CEPAL, Santiago de Chile (LC/L.3474(CEP2/3)).

Conjuntamente se muestran sus niveles de pobreza, ilustrando una relación evidente entre ambas variables, en el sentido de que los diez (10) municipios que presentan la mayor probabilidad de las muchachas haber sido madre en la adolescencia están por encima del promedio nacional de pobreza y lo inverso acontece con los diez (10) municipios con menor nivel de maternidad adolescente.

**Cuadro 3**  
REPÚBLICA DOMINICANA: porcentaje de madres de 19 y 20 años y porcentaje de hogares pobres, por provincia y municipio, 2010

Ranking	Provincia	Municipio	% de madres de 19 y 20 años	% de hogares pobres
<b>Primeros 10</b>	Pedernales	Oviedo	70.2	72.4
	San Juan	Bohechío	70.1	72.7
	Elías Piña	El Llano	69.4	86.9
	Elías Piña	Pedro Santana	68.4	88.3
	Azua	Estebanía	67.3	74.3
	Independencia	Cristóbal	66.7	86.2
	Dajabón	Restauración	65.9	78.7
	Elías Piña	Hondo Valle	65.6	84.8
	Elías Piña	Juan Santiago	64.9	92.5
	Azua	Las Yayas de Viajama	64.6	75.0
<b>Promedio</b>		<b>Nacional</b>	<b>48.50%</b>	<b>56.00%</b>
<b>Últimos 10</b>	Santiago	Santiago	35.4	29.9
	Santiago	Monción	35.3	39.4
	Santo Domingo	Santo Domingo Oeste	35.0	25.8
	San Pedro de Macorís	San Pedro de Macorís	34.5	41.5
	Duarte	Las Guáranas	33.5	53.4
	Duarte	Castillo	33.5	50.1
	Santiago	Licey al Medio	32.5	29.4
	Santo Domingo	Santo Domingo Este	32.0	26.4
	La Romana	La Romana	31.8	32.9
	Santo Domingo	Santo Domingo de Guzmán	28.3	26.7

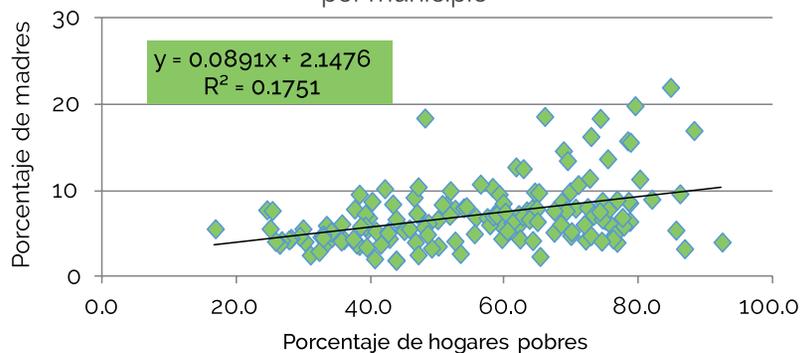
Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda 2010 (ONE). Mapa de pobreza de la República Dominicana 2014. Informe general. MEPyD.

**Gráficos de dispersión:** a continuación, se presentan unos gráficos de dispersión (Gráficos del 7 al 12) donde se ratifica la relación entre el porcentaje de madres adolescentes en cada una de las diferentes edades simples de 15 a 20 años de edad, con el porcentaje de hogares pobres.

Esto se evidencia por la pendiente de la recta de ajuste positiva, es decir a mayor porcentaje de pobreza mayor maternidad adolescente en todas las edades (aunque la fuerza de la relación aumenta con la edad, lo que sugiere una causación acumulativa), así como el valor estadísticamente significativo de dicha pendiente.

**Gráfico 7**

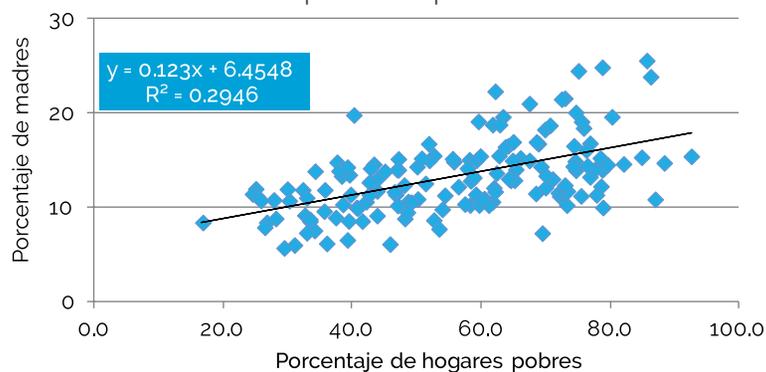
REPÚBLICA DOMINICANA: Relación entre el porcentaje de madres adolescentes de 15 años de edad y porcentaje de hogares pobres, por municipio



Fuentes: Censo Nacional de Población y Vivienda 2010, ONE. Mapa de la pobreza de la República Dominicana 2014. Informe general.

**Gráfico 8**

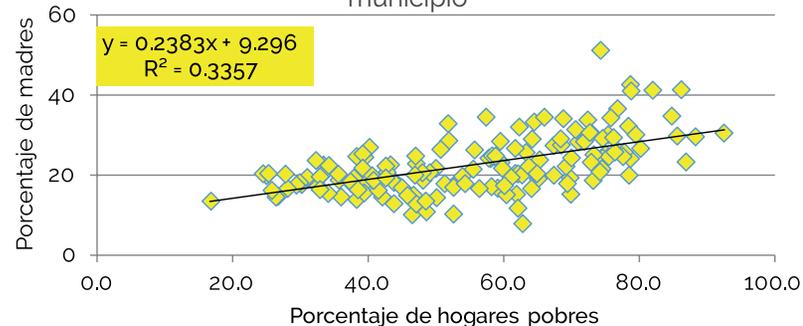
REPÚBLICA DOMINICANA: Relación entre el porcentaje de madres adolescentes de 16 años de edad y porcentaje de hogares pobres, por municipio



Fuentes: Censo Nacional de Población y Vivienda 2010, ONE. Mapa de la pobreza de la República Dominicana 2014. Informe general.

**Gráfico 9**

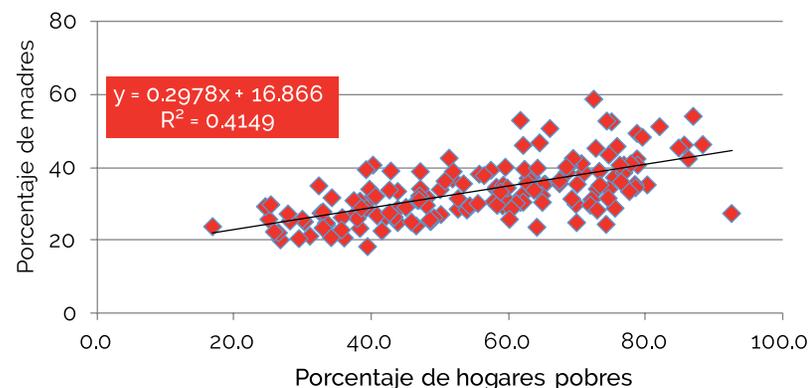
REPÚBLICA DOMINICANA: relación entre el porcentaje de madres adolescentes de 17 años de edad y porcentaje de hogares pobres, por municipio



Fuentes: Censo Nacional de Población y Vivienda 2010, ONE. Mapa de la pobreza de la República Dominicana 2014. Informe general.

**Gráfico 10**

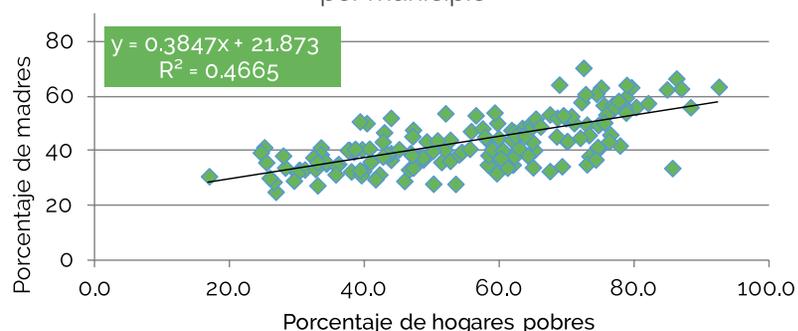
REPÚBLICA DOMINICANA: relación entre el porcentaje de madres adolescentes de 18 años de edad y el porcentaje de hogares pobres, por municipio



Fuentes: Censo Nacional de Población y Vivienda 2010, ONE. Mapa de la pobreza de la República Dominicana 2014. Informe general.

**Gráfico 11**

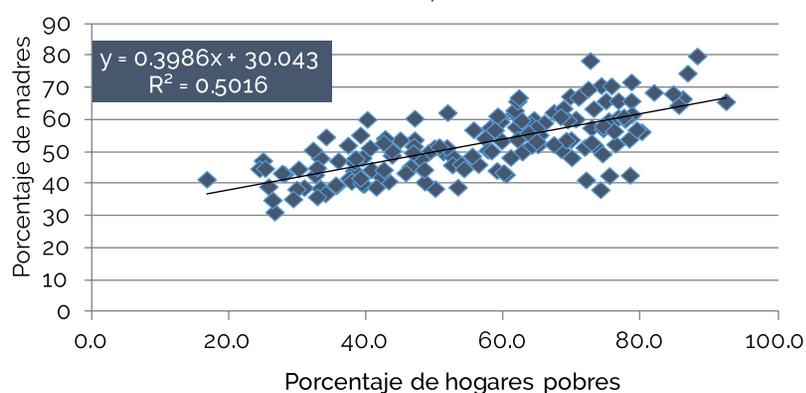
REPÚBLICA DOMINICANA: relación entre el porcentaje de madres adolescentes con 19 años de edad y el porcentaje de hogares pobres, por municipio



Fuentes: Censo Nacional de Población y Vivienda 2010, ONE. Mapa de la pobreza de la República Dominicana 2014. Informe general

**Gráfico 12**

REPÚBLICA DOMINICANA: relación entre el porcentaje de madres adolescentes de 20 años de edad y porcentaje de hogares pobres, por municipio



Fuentes: Censo Nacional de Población y Vivienda 2010, ONE. Mapa de la pobreza de la República Dominicana 2014. Informe general

- **Mapas:** finalmente, se muestran cuatro (4) mapas en los que se presentan: 1) la maternidad en la edad 15 años, que corresponde a la denominada maternidad precoz y que es de alto riesgo

biosicosocial; 2) la maternidad de 15-19, que es el indicador estándar de maternidad adolescente, pero que tiene el problema de estar contaminado por la estructura etaria; 3) la maternidad promedio simple en la edad 19 y 20 años que corresponde aproximadamente a la probabilidad de ser madre en la adolescencia; y 4) porcentaje de hogares pobres por municipio.<sup>25</sup>

La maternidad a la edad de 15 años o maternidad precoz es más común en los municipios: Hondo Valle (21.92%) de Elías Piña, Polo (19.79%) de Barahona, Pueblo Viejo (18.55%) y Estebanía (18.33%) ambos municipios de la provincia de Azua, así como Guanatico (18.35 %) correspondiente a Puerto Plata (Mapa 1). A diferencia de la provincia de Puerto Plata, todos los municipios en los que la maternidad precoz es más elevada, pertenecen a las provincias más pobres de la República Dominicana.<sup>26</sup>

Asimismo, el municipio con el más alto porcentaje de maternidad a los 15 años, alcanza el lugar número seis (6) en el Ranking de Pobreza por Municipios y pertenece a la provincia Elías Piña, siendo esta la más pobre del país.

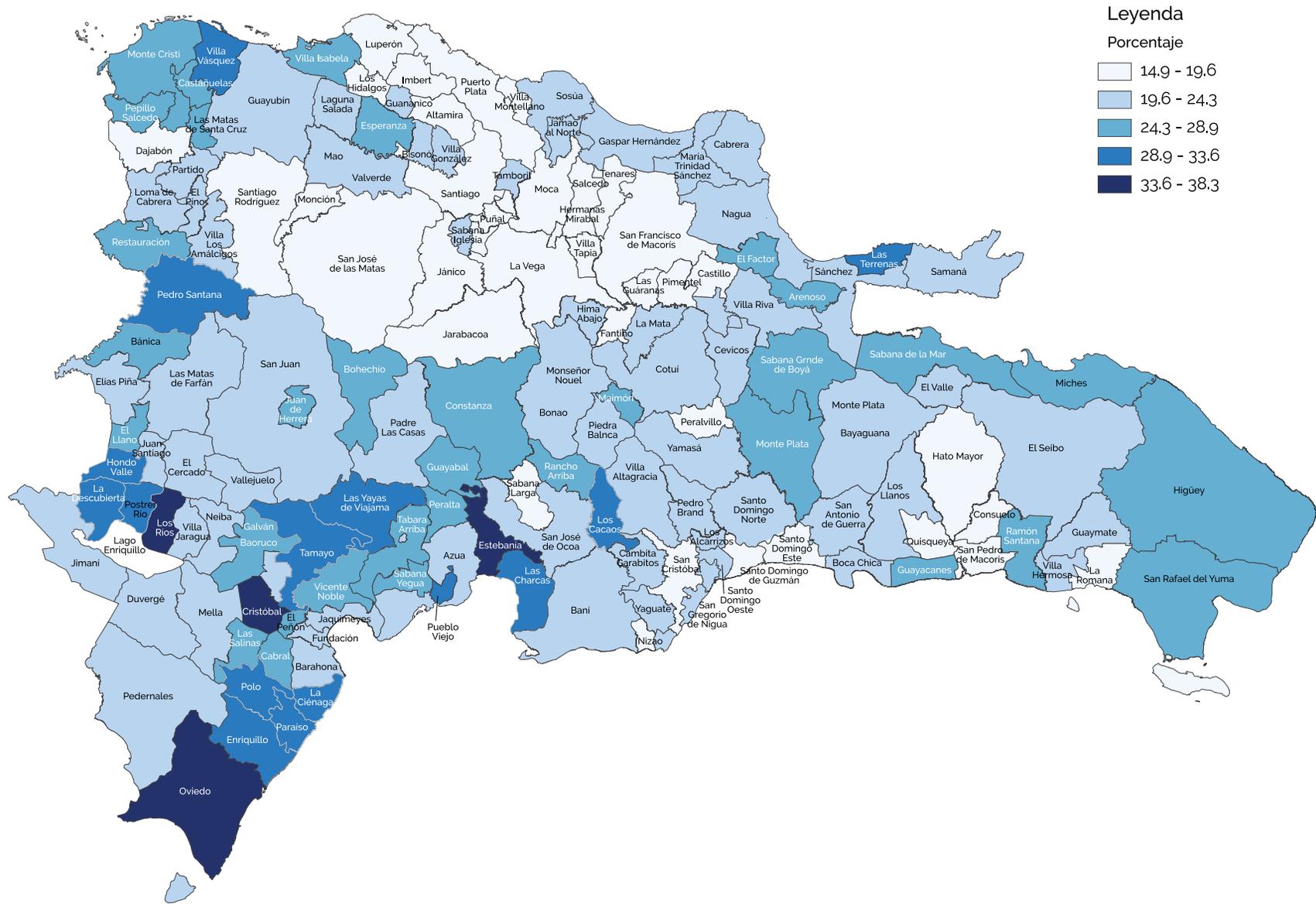
Al igual que en la maternidad precoz, la pobreza se asocia con mayores índices en la maternidad adolescente. Como se puede apreciar en el Mapa 2, el porcentaje sobre maternidad adolescente, referida al grupo de 15 a 19 años (indicador estándar de maternidad adolescente), es mucho más elevado entre los municipios más pobres. Estebanía, municipio de Azua, presenta un 38.26% de maternidad adolescente, siendo este el porcentaje más elevado del país y coincidentemente este municipio, de acuerdo al Mapa de la Pobreza 2014 (Mapa 4), se encuentra entre los más pobres del país, donde el 74.3% de sus hogares son pobres. A este municipio le sigue Oviedo (municipio de Pedernales) que cuenta con un 36.64% de madres a la edad de 15 a 19 años y con un 72.4% de pobreza en sus hogares. Luego está el municipio de Cristóbal, provincia Independencia, con un 34.51% de adolescentes madres y con un 86.2% de hogares pobres. Finalmente, se muestra el municipio de Los Ríos (Bahoruco), donde la maternidad adolescente alcanza un 34.34%, y los hogares pobres un 78.7%.

<sup>25</sup> Este mapa fue tomado del Informe general sobre "El Mapa de la pobreza en la República Dominicana", 2014. MEPyD.

<sup>26</sup> Para mayor información acerca de las provincias más pobre y el Ranking de pobreza por municipio, consultar Informe general sobre "El Mapa de la pobreza en la República Dominicana". 2014. MEPyD.



Mapa 2  
 REPÚBLICA DOMINICANA: porcentaje de maternidad adolescente en jóvenes de 15 a 19 años, 2010



Fuente: IX Censo Nacional de Población y Vivienda. 2010





## 8.2 Zona de residencia.

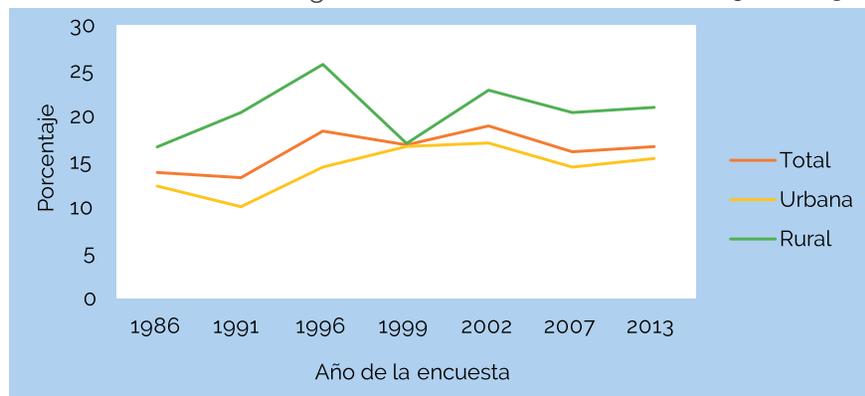
A lo largo de la historia en América Latina ha existido la tendencia de asociar el fenómeno de la maternidad adolescente con ciertas conductas típicas de las zonas rurales, hipótesis que fue confirmada en varias encuestas del siglo XX, pero cuya vigencia en la actualidad es más discutible (por lo menos en muchos países de la región).

En el caso de la República Dominicana, en un primer examen bivariado, las desigualdades de la maternidad en la adolescencia siguen presentando el patrón tradicional, porque las zonas rurales registran mayores índices de maternidad adolescente. Durante las últimas tres décadas se observa que casi sin excepción, ser madre antes de los 20 años de edad es más común en la zona rural que en la urbana.

Tanto la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) como la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR 2014) muestran diferencias importantes en los porcentajes de maternidad adolescente por zona de residencia. Así se evidencia en la Tabla A-2 del anexo, y el Gráfico 13 referidos a la ENDESA, donde se puede apreciar que, exceptuando el año 1999, donde la diferencia es ínfima entre zonas, para todos los demás años hay brechas que llegan a alcanzar hasta 11 puntos porcentuales.

**Gráfico 13**

REPÚBLICA DOMINICANA: porcentaje de madres adolescentes por zona de residencia, según año de la encuesta. ENDESA 1986-2013

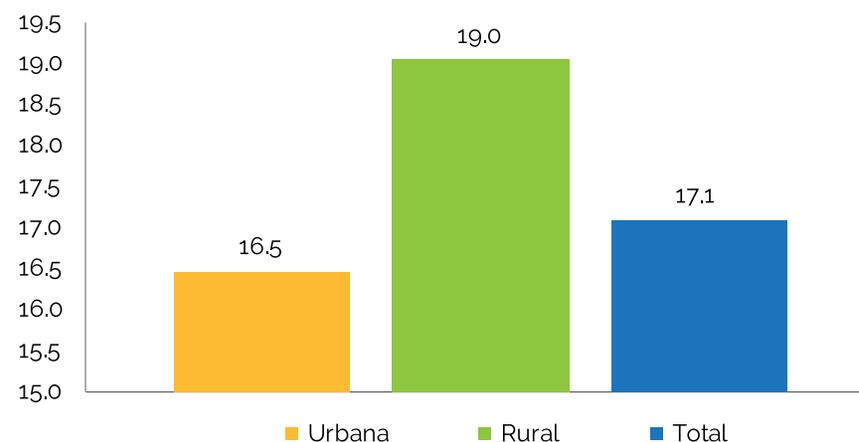


Fuente: The DHS Program STATcompiler: <https://www.statcompiler.com/en/>

En la ENHOGAR 2014, la diferencia es menor si la comparamos con la ENDESA 2013 (por ser más cercana al año de ejecución), la cual muestra que en la zona urbana la maternidad adolescente alcanzó un 15.3% y la zona rural un 21%, evidenciando una disimilitud de casi seis (6) puntos porcentuales (Gráfico 13). En cambio, en la ENHOGAR 2014 la brecha es de 3.5 puntos porcentuales, 16.5% en la zona urbana y 19% en la zona rural (Gráfico 14).

**Gráfico 14**

REPÚBLICA DOMINICANA: porcentaje de madres adolescentes por zona de residencia. ENHOGAR-2014



Fuente: Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR-MICS 2014), ONE.

# 9

## Desigualdades sociales



## 9. Desigualdades sociales.

A continuación, se presenta un detalle de las desigualdades de la prevalencia en la maternidad adolescente según las variables "nivel educativo" y "nivel socioeconómico". Se espera que este ejercicio contribuya a dimensionar de manera más específica la ocurrencia del embarazo en la adolescencia, diferenciada según grupos sociales. También se espera que se ratifique, ahora a escala de hogares y personas, y no de territorios como el capítulo previo, la existencia de un síndrome de desventajas entre los cuales se cuenta la maternidad adolescente, y que amerita para su prevención acciones específicas y multisectoriales dirigidas a otros componentes del síndrome.

### 9.1 Nivel educativo.

Cuando se diferencia la maternidad adolescente por nivel educativo, más del 70% de las muchachas de 19 y 20 años de edad, quienes solo han alcanzado la primaria, son madres, porcentaje que aumenta hasta un 73% cuando se refiere a la zona rural. Sin embargo, en el caso de las muchachas de la misma edad que han entrado al nivel superior, solo el 12% son madres (Cuadro 4).

En términos relativos, el porcentaje de madres adolescentes entre las muchachas que en promedio acaban de concluir la adolescencia (19 y 20 años) y que solo han alcanzado la primaria, es casi seis (6) veces el que registran las muchachas de la misma edad que han alcanzado el nivel superior (universitario) de estudios. Este diferencial es algo mayor en la zona urbana (Gráficos 15 y 16).

El Cuadro 5 y el Gráfico 17 ratifican este patrón de desigualdad de la maternidad adolescente según nivel educativo, ahora con datos de las Encuestas de Demografía y Salud (ENDESA), y considerando otras categorías educativas. Y lo mismo hace el Gráfico 18 con datos ahora de la ENHOGAR 2014.

**Cuadro 4**  
República Dominicana: porcentaje de madres de 19 y 20 años de edad según el nivel educativo, por zona de residencia y desigualdad educativa. Censos 2000 y 2010

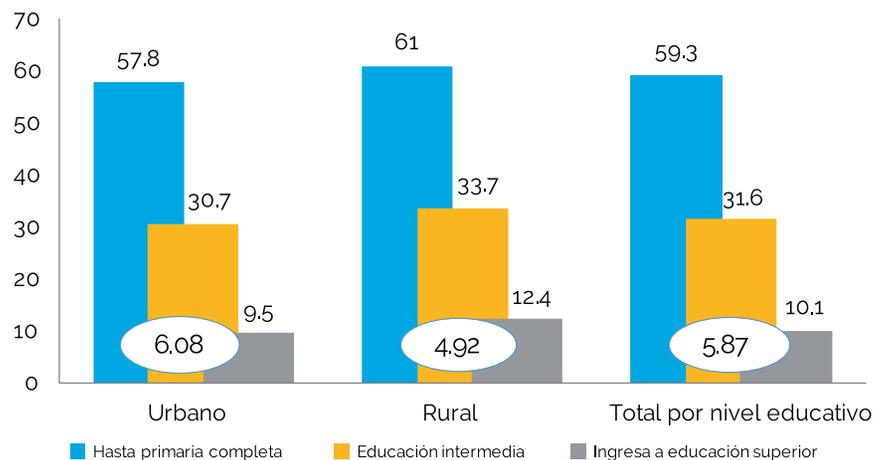
Nivel educativo	Censo del 2002				Censo del 2010			
	Urbano	Rural	Total por nivel educativo	Total nacional	Urbano	Rural	Total por nivel educativo	Total nacional
Hasta primaria completa	57,8	61,0	59,3	35,4	69,7	73,2	70,9	39,8
Educación Intermedia	30,7	33,7	31,6		42,5	44,5	43,0	
Ingresa a educación Superior	9,5	12,4	10,1		11,7	14,9	12,2	
<b>Desigualdad*</b>	<b>6,1</b>	<b>4,9</b>	<b>5,9</b>		<b>5,9</b>	<b>4,9</b>	<b>5,8</b>	

Fuente: ONE: Censo Nacional de Población y Vivienda del 2002 y 2010

\*Para este documento, la desigualdad se midió calculando el cociente entre los niveles educativos "Hasta primaria completa" entre "Ingresa a educación superior"; es decir que se tomó la relación entre el valor del indicador del grupo más desaventajado y el del indicador del grupo más aventajado para estimar la desigualdad. Rodríguez Vignoli (La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina).

**Gráfico 15**

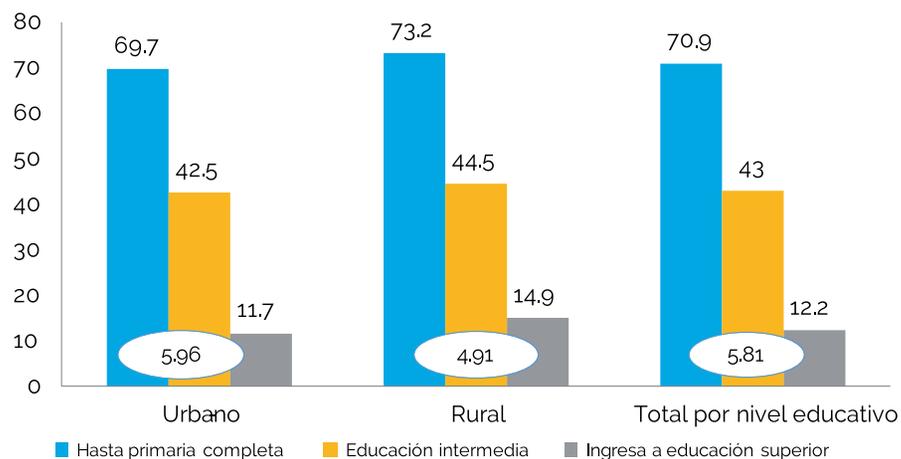
REPÚBLICA DOMINICANA: porcentaje de madres de 19 y 20 años de edad según nivel educativo alcanzado, por zona de residencia, y desigualdad educativa. Censo 2002



Fuente: Censo Nacional de Población y Vienda del 2002.

**Gráfico 16**

REPÚBLICA DOMINICANA: porcentaje de madres de 19 y 20 años de edad según nivel educativo alcanzado, por zona de residencia, y desigualdad educativa. Censo 2010



Fuente: Censo Nacional de Población y Vienda del 2010.

**Cuadro 5**

REPÚBLICA DOMINICANA: porcentaje de madres adolescentes según el nivel educativo, mujeres 15-19 años de edad, DHS 1986-2013

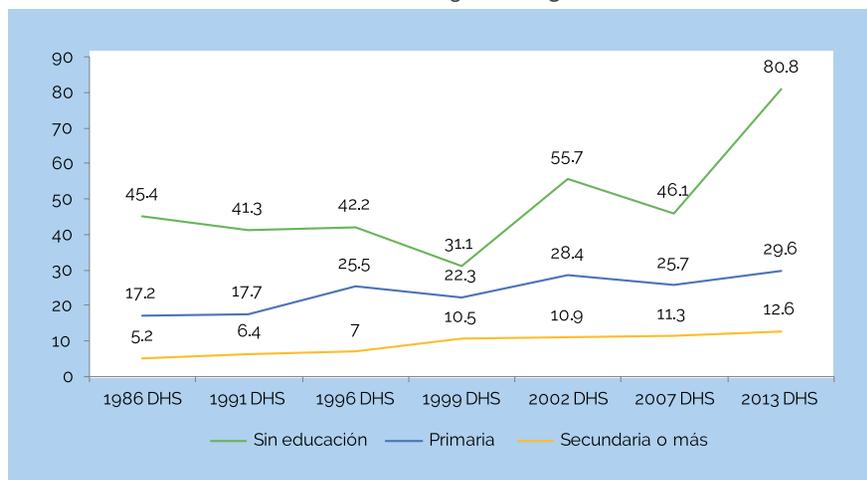
Encuesta	Total	Sin educación	Primaria	Secundaria o más
2013 DHS	16.7	***	29.6	12.6
2007 DHS	16.2	46.1	25.7	11.3
2002 DHS	18.9	55.7	28.4	10.9
1999 DHS	16.8	31.1	22.3	10.5
1996 DHS	18.3	42.2	25.5	7
1991 DHS	13.4	41.3	17.7	6.4
1986 DHS	13.9	45.4	17.2	5.2

Fuente: Programa StatCompiler.

\* Para el 2013 fueron muy pocos los casos sin educación, por lo que no es representativo. Demographic Health Survey (DHS)

**Gráfico 17**

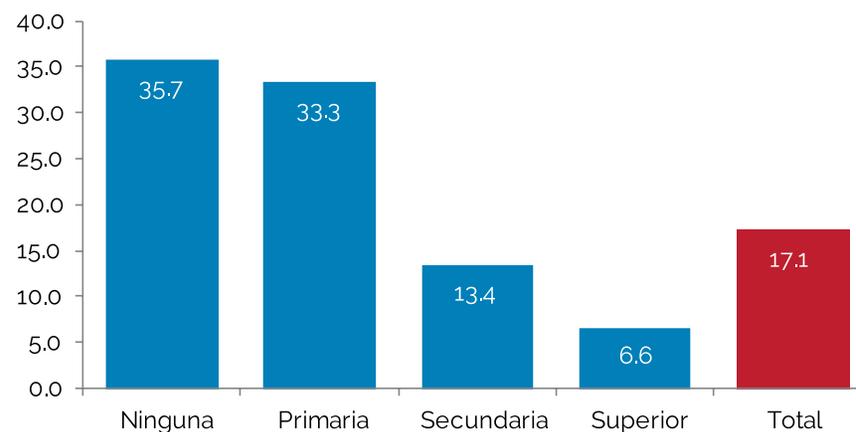
REPÚBLICA DOMINICANA: porcentaje de madres adolescentes (15-19 años de edad), según nivel educativo, por año de la encuesta. ENDESA 1986-2013



Fuente: Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDESA) del 1986 al 2013.

**Gráfico 18**

REPÚBLICA DOMINICANA: porcentaje de madres adolescentes (15 a 19 años de edad), según nivel educativo. ENHOGAR-2014



Fuente: Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR-MICS 2014). ONE.

## 9.2 Nivel socioeconómico.

El nivel socioeconómico es otro determinante distal de la maternidad adolescente. La pobreza se asocia con mayores probabilidades de embarazo adolescente, tanto a escala geográfica, como ya se mostró, como a escala individual, como se mostrará a continuación. En este sentido también es un eslabón de los círculos de reproducción de la pobreza y la desigualdad (CEPAL, 2015 y 2014; UNFPA, 2013, United Nations, 2011; Rodríguez 2008; Guzmán y otros, 2001).

En el Cuadro 6 y en el Gráfico 19, basados en las ENDESA, se muestra la clara relación existente entre el nivel socioeconómico y la maternidad adolescente. En todas las encuestas se registra una amplia desigualdad entre el quintil más bajo y el quintil más alto, llegando a alcanzar hasta los casi 30 puntos porcentuales. Un ejemplo de ello es el dato referido al año 1996 donde en el quintil más bajo se presenta un porcentaje de madres adolescentes de 36% y en el quintil más alto de 6.1%, mostrando una desigualdad del orden de 30 puntos porcentuales (y un porcentaje del quintil socioeconómico más pobre de seis veces el del quintil socioeconómico superior).

En el caso de la ENDESA 2013, los resultados muestran una menor brecha en puntos porcentuales (del orden de 25 puntos) pero una desigualdad muy similar (y un porcentaje del quintil socioeconómico más pobre de 5.6 veces el del superior).

**Cuadro 6**

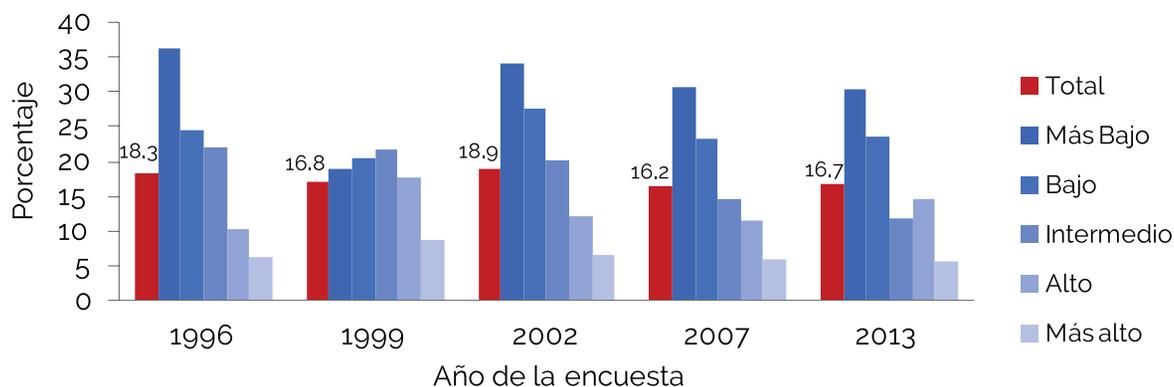
REPÚBLICA DOMINICANA: porcentaje de madres adolescente, según quintil socioeconómico, mujeres de 15-19 años de edad. DHS 1986-2013

Encuesta	Total	Más bajo	Bajo	Intermedio	Alto	Más alto
2013 DHS	16.7	30.2	23.5	11.6	14.6	5.4
2007 DHS	16.2	30.5	23.1	14.4	11.3	5.7
2002 DHS	18.9	34	27.4	19.9	12	6.6
1999 DHS	16.8	18.8	20.4	21.6	17.5	8.5
1996 DHS	18.3	36	24.4	21.9	10.1	6.1

Fuente: Programa Statcompiler. [https://www.statcompiler.com/en/Demographic-Health-Survey-\(DHS\)](https://www.statcompiler.com/en/Demographic-Health-Survey-(DHS))

**Gráfico 19**

REPÚBLICA DOMINICANA: porcentaje de madres adolescentes (15-19 años de edad), según nivel socioeconómico por año de la encuesta. ENDESA 1986-2013



Fuente: elaboración propia, a partir del Cuadro 6

En los censos del 2002 y 2010 el comportamiento de la maternidad adolescente, según el grupo socioeconómico no fue diferente, se observa la misma relación que en la ENDESA: mientras más bajo es el grupo socioeconómico al que pertenecen las adolescentes, más elevado es el porcentaje de madres.

El Cuadro 7 y el Gráfico 22 muestran una desigualdad de 23.98 y 33.91 puntos porcentuales entre el grupo muy bajo y el grupo medio alto-alto para los censos del 2002 y del 2010 respectivamente. Así, de acuerdo a esta fuente, la desigualdad (según la relación existente entre el quintil superior y el inferior) aumentó en el periodo de referencia.

**Cuadro 7**

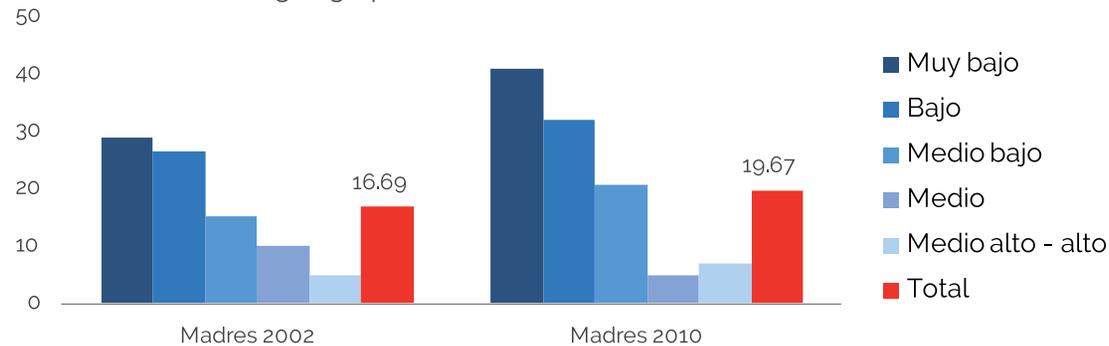
REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución de mujeres de 15 a 19 años de edad por condición de madres, según grupo socioeconómico. Censos 2002 y 2010.

Grupo socio-económico	Censo 2002			Censo 2010		
	No madres	Madres	% Madres	No madres	Madres	% Madres
<b>Muy bajo</b>	21,198	8,556	28.76	10,555	7,278	40.81
<b>Bajo</b>	86,705	31,395	26.58	71,056	33,387	31.97
<b>Medio bajo</b>	98,664	17,734	15.24	107,964	28,063	20.63
<b>Medio</b>	84,822	9,495	10.07	129,118	22,341	14.75
<b>Medio alto-Alto</b>	58,510	2,937	4.78	76,218	5,647	6.9
<b>% Total</b>	349,899	70,117	<b>16.69</b>	394,911	96,716	<b>19.67</b>

Fuente: ONE: Censo Nacional de Población y Vivienda del 2002 y 2010 .

**Gráfico 20**

REPÚBLICA DOMINICANA: porcentaje de madres adolescentes (15-19 años de edad), según grupos socioeconómicos. Censos 2002-2010



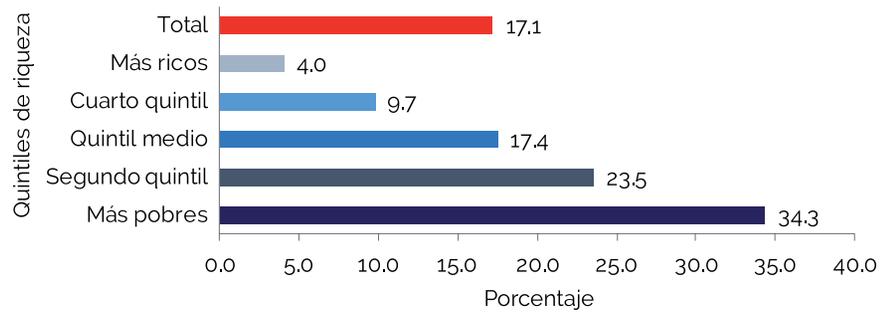
Fuente: Censos del 2002 (NS-NR imputada a cero) y del 2010, ONE.

Finalmente, con la ENHOGAR 2014 se presenta el mismo patrón de desigualdad socioeconómica de la maternidad adolescente. Para esta fuente se controló adicionalmente por zona de residencia. La zona urbana sigue un patrón muy similar al nacional (Gráficos 21 y 22), pero la zona rural se aparta un poco por la similitud entre el quintil medio (22.9%) y el segundo quintil (medio pobre: 22.3%). Sin embargo, la desigualdad entre el quintil más pobre (35.3%) y el quintil más rico (7.6%) es de 27.7 puntos porcentuales, un dato comparable con las demás fuentes expuestas.

En conclusión, respecto a las desigualdades sociales, independientemente de que se utilice como variable de estratificación socioeconómica el nivel educativo o quintiles de riqueza, se puede afirmar que existe una relación negativa entre el nivel de fecundidad adolescente y el nivel socioeconómico, en donde las adolescentes de los quintiles más bajos tienen mayor probabilidad de ser madres que las de los estratos más altos.

**Gráfico 21**

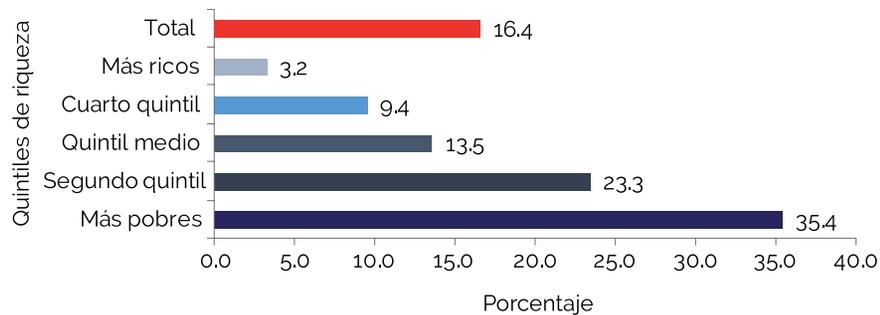
REPÚBLICA DOMINICANA: porcentaje de madres adolescentes adolescentes (15-19 años de edad), según quintiles de riqueza. ENHOGAR-MICS-2014



Fuente: Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR-MICS 2014), ONE.

**Gráfico 22**

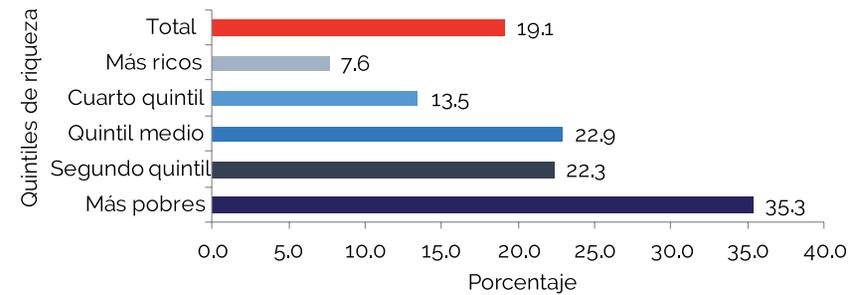
REPÚBLICA DOMINICANA: porcentaje de madres adolescentes adolescentes (15-19 años de edad) de la zona urbana, según quintiles de riqueza. ENHOGAR-MICS-2014



Fuente: Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR-MICS 2014), ONE.

**Gráfico 23**

REPÚBLICA DOMINICANA: porcentaje de madres adolescentes adolescentes (15-19 años de edad) de la zona rural, según quintiles de riqueza. ENHOGAR-MICS-2014



Fuente: Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR-MICS 2014), ONE.



# 10

Situación  
conyugal



## 10. Situación conyugal.

El Censo Nacional de Población y Vivienda 2010 registró 96,952 madres entre 15 y 19 años de edad en la República Dominicana. Un poco más de la mitad de ellas, 56.5% para ser más precisos, declaró estar casada o unida, quedando el 44% restante en una situación de ausencia de pareja en el hogar, que puede tener diferentes modalidades tales como: separación; viudez; emigración transitoria; relación romántica, pero sin convivencia y soltería (es decir ausencia permanente de pareja desde el nacimiento del bebé). Todas estas modalidades suponen una situación especial de sobrecarga de las madres adolescentes, que deben asumir las responsabilidades cotidianas de la crianza sin apoyo del padre de su hijo/a.<sup>27</sup>

En el caso de las adolescentes, la ausencia de pareja sería, en principio, más complicada que en otras edades incluso, aún porque las madres adolescentes ya tienen desventajas de inicio para la crianza, por su edad asociada a menor madurez y limitaciones para generar recursos propios. Asimismo, también influye el nivel socioeconómico, que como se verá suele ser bastante más bajo que el promedio. Esta situación, en principio tan precaria, puede compensarse parcial o totalmente por el apoyo de la familia de origen, así como el eventual apoyo del padre de la criatura y de su familia, en los casos en que aún sin convivencia se mantiene una relación amorosa o los padres cumplen con sus responsabilidades de crianza.

<sup>27</sup> Esta afirmación no significa que las muchachas y sus bebés estarían mejor unidas. Aunque en igualdad de condiciones, tener los dos progenitores parece ser ventajoso para la crianza (Elena Mariani y Alice Goisis (2017, Children born to a lone mother and their well-being in the UK, N-IUSSP, [www.niussp.org/article/children-born-to-a-lone-mother-and-their-well-being-in-uk/](http://www.niussp.org/article/children-born-to-a-lone-mother-and-their-well-being-in-uk/)), es probable que algunas relaciones sean disfuncionales, sobre todo a esta edad tan temprana, y su efecto final no sea precisamente ventajoso para la crianza. Además, en términos más generales, la unión temprana entraña un confinamiento doméstico para las muchachas del cual les resulta difícil salir, por lo cual el eventual apoyo de la familia (que muchas veces entraña la permanencia en el hogar de los padres) en un contexto de ausencia de pareja, podría contribuir a mitigar este efecto de enclaustramiento doméstico que se verifica entre las madres adolescentes unidas.

### 10.1 Relación de estado conyugal y maternidad adolescente.

Del total de adolescentes en el país, un 20% están casadas o unidas, según el Censo 2010. Una mirada general de esta población estudiada, presentada en el Cuadro 8, muestra que entre las adolescentes "no madres" un 11.1% (10.4% en unión consensual + 0.7% casadas) están en una relación de convivencia, cifra que llega al 56.5% entre las "madres". Otro 23.8% estuvieron unidas (separadas, divorciadas y viudas) lo que indica que un 80.3% de las madres adolescentes han vivido en algún tipo de unión marital.

Aunque se trata de datos de estructura, las diferencias de estado conyugal entre adolescentes "madres" y "no madres" son tan marcadas que necesariamente la unión debe estar asociada a una probabilidad de ser madre mucho mayor<sup>28</sup>, asunto que se abordará más adelante con técnicas multivariadas para controlar factores exógenos.

Las normas sociales tradicionales parecen todavía ejercer presión sobre la conducta conyugal de las adolescentes. En un anterior estudio realizado por la ONE (Vargas, 2015), se obtuvieron interesantes hallazgos sobre la población estudiada. Para la parte cualitativa de dicha investigación se entrevistaron adolescentes dentro y fuera del sistema escolar. Las

<sup>28</sup> Las normas sociales tradicionales parecen todavía ejercer presión sobre la conducta conyugal de las adolescentes. En un anterior estudio realizado por la ONE (Vargas, 2015) se obtuvieron interesantes hallazgos sobre la población estudiada. Para la investigación se entrevistaron adolescentes dentro y fuera del sistema escolar. Las que expresaron que la razón de su unión se debía a un embarazo, manifestaban este estado conyugal como una obligación para hacer frente socialmente y de asumir las responsabilidades del embarazo. En ese estudio las a:

"Estaba embarazada, no iba a estar embarazada en mi casa. La gente dice muchas cosas".

"Salí embarazada, mi esposo me dijo que teníamos que casarnos y tener la niña juntos".

Dentro de las madres que están excluidas del sistema educativo algunas expresaron que el embarazo no fue buscado. Sin embargo, llaman la atención los casos en los que el embarazo vino después de la unión y si fue buscado por la pareja.

"Yo me casé con mi novio y teníamos un año casados, él me dijo vamos a tener un hijo y yo dije que sí".

"Me casé con mi novio a los 17 años porque me enamoré. Quisimos tener un hijo, pero perdí la barriga. Ahora volví a embarazarme, ojalá que no lo pierda".

que expresaron que la razón de su unión se debía a un embarazo, estas jóvenes manifestaron que se unieron o casaron como una manera de hacer frente a las expectativas sociales, así como a las responsabilidades del embarazo:

*"Estaba embarazada, no iba a estar embarazada en mi casa. La gente dice muchas cosas".*

*"Salí embarazada, mi esposo me dijo que teníamos que casarnos y tener la niña juntos".*

Dentro de las madres que están excluidas del sistema educativo algunas expresaron que el embarazo no fue buscado. Sin embargo, llaman la atención los casos en los que el embarazo vino después de la unión y sí fue buscado por la pareja:

*"Yo me casé con mi novio y teníamos un año casados, él me dijo vamos a tener un hijo y yo dije que sí".*

*"Me casé con mi novio a los 17 años porque me enamoré. Quisimos tener un hijo, pero perdí la barriga. Ahora volví a embarazarme, ojalá que no lo pierda".*

Analizando las tendencias del fenómeno, entre 2002 y 2010 se registró un aumento de la soltería entre las madres adolescentes de un 17.3% a 19.8%, aunque aún siguen siendo una minoría las muchachas que tienen hijos sin constituir una unión. En esta línea de tendencias, el aumento más marcado lo registran las madres adolescentes separadas, que pasan de 13.9% al 23.4% (divorciadas+ separadas de unión libre+ separadas de matrimonio), sugiriendo una fragilidad creciente de las uniones de madres adolescentes y contribuyendo decisivamente al aumento de las chicas con hijos que no residen con pareja, que pasó del 31.8% en 2002 al 43.6% en 2010.

La otra tendencia clara es una reducción abrupta del porcentaje de madres casadas, llevando en 2010 a que la abrumadora mayoría de las madres adolescentes unidas lo estuvieran bajo la modalidad de unión consensual.

El estado marital de las madres adolescentes varió en el período intercensal, manifestándose una disminución en las uniones dentro de este grupo. En 2002, un 61.4% de las madres estaban unidas, mientras que esta cifra decreció a 53.9% para 2010. En el caso de las uniones legales, el cambio fue aún más drástico. Las madres en un matrimonio, pasaron de 6.9% a 2.6%. Con este comportamiento se aumentó, la proporción de solteras.

Las grandes diferencias se evidencian en las uniones libres. Las separaciones de este tipo de convivencia aumentaron de 12.6% a 22.4%, aunque no son cifras enormes podría estar señalando una tendencia al incremento de la soltería en las jóvenes madres, en una edad caracterizada por la inexperiencia y la inestabilidad.

**Cuadro 8**

REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de adolescentes (15 a 19 años) por condición de maternidad, según estado conyugal, censos 2002 y 2010

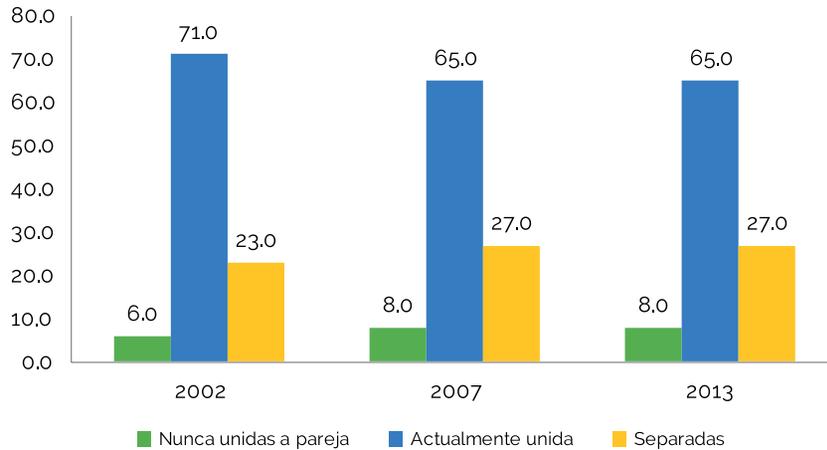
Estado conyugal 2002	No madres	Madres	Total
Casada	1.6	6.9	2.5
Unida	9.5	61.4	18.2
Viuda	0.2	0.6	0.3
Divorciada	0.1	0.8	0.2
Separada de matrimonio legal/religioso	0.1	0.5	0.1
Separada de unión libre	1.4	12.6	3.3
Soltera	87	17.3	75.4
Estado conyugal 2010	No madres	Madres	Total
Casada	0.7	2.6	1
Unida	10.4	53.9	19
Viuda	0.1	0.4	0.1
Divorciada	0.1	0.3	0.1
Separada de un matrimonio	0.1	0.7	0.2
Separada de una unión libre	3.2	22.4	7
Nunca se ha casado ni unido	85.4	19.8	72.5

Fuente: ONE: Censo Nacional de Población y Vivienda del 2002 y 2010.

Los datos de las ENDESA sugieren tendencias similares al censo, aunque menos pronunciadas. También muestran un aumento de la fragilidad en las uniones dentro de las madres adolescentes, porque el porcentaje de madres adolescentes separadas aumentó de un 23% en 2002 a un 27% en 2007, manteniéndose estable en 2013. De la misma manera, la proporción de madres adolescentes que nunca se habían unido, incrementó de 6% en 2002 a 8% en 2007 y permaneciendo igual para 2013. (Ver Gráfico 24).

**Gráfico 24**

REPÚBLICA DOMINICANA: porcentaje de madres adolescentes por estado conyugal, 2002-2013



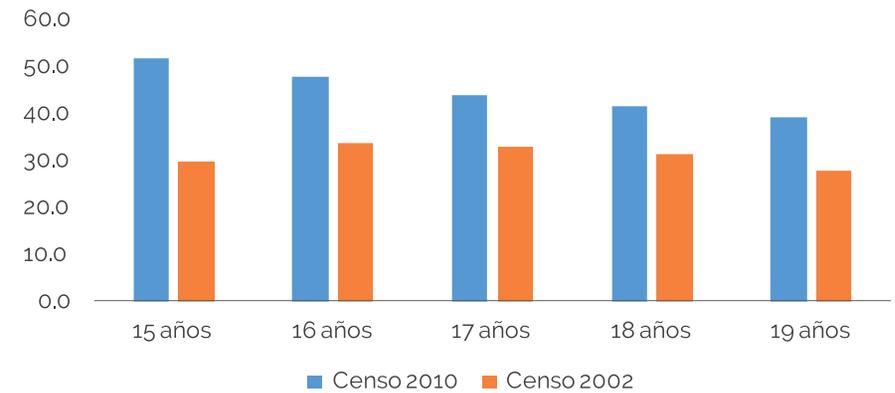
Fuente: Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDESA)

Una mirada comparativa por edades simples, muestra que para 2010 a medida que aumentaba la edad de las madres adolescentes, disminuía la probabilidad de que permanecieran solteras. Entendiéndose que, en este estado conyugal, las adolescentes, no conviven con una pareja, lo que no significa que no tengan algún tipo de relación sentimental. Como se observa en el Gráfico 25, la soltería en las jóvenes madres va decreciendo de un 51.7% a los 15 años a 39.1% al finalizar la adolescencia, lo que puede explicarse por las restricciones y el control social y cultural sobre la unión que tiene expresiones hasta legales antes de los 18 años.

Habría que investigar más sobre otros factores asociados a este fenómeno en el que pudiera estar influyendo un incremento de la actividad sexual sin una unión entre las adolescentes más jóvenes. Otro aspecto que quizás esté interviniendo es el creciente distanciamiento de la familia y la sociedad de algunas normas o prácticas del pasado que tendían a propiciar o incluso obligar a unirse a las adolescentes embarazadas.

**Gráfico 25**

REPÚBLICA DOMINICANA: porcentaje de madres adolescentes solteras por edad simple, 2002 y 2010



Fuentes: Censo Nacional de Población y Vivienda del 2002 y del 2010, ONE.

## 10.2 Estado conyugal y nivel educativo.

La mayoría de las madres de 15 a 19 años de edad (dando una mirada general de las madres adolescentes) alcanza el nivel medio de educación. Los datos del Censo 2010 evidencian que quedar embarazada a corta edad no está vinculado necesariamente a un rezago o deserción escolar en la primaria.

Como se muestra en el Cuadro 9, para los diferentes estados conyugales, las muchachas presentan altas probabilidades de alcanzar la secundaria, pero la situación cambia en la educación superior, donde sí se expresan diferencias.

Las casadas y divorciadas son las que presentan mayores porcentajes en el nivel superior. Lo que pudiera señalar que la característica de legalidad de la unión conyugal se relaciona con el nivel educativo de la adolescente. En los otros niveles educativos no se expresan diferencias importantes que permitan establecer una relación de estado conyugal con nivel educativo.

Dentro de las madres adolescentes que están casadas, un 17.6% alcanzó la universidad, cifra que supera a las otras jóvenes madres en otra categoría conyugal, lo que pudiera relacionarse con el apoyo que representa la pareja.

En las adolescentes de 16 años, ya comienzan a aparecer los casos de las que alcanzaron nivel superior. Dentro de las casadas es que se observa el mayor porcentaje de asistencia a este nivel. Sin embargo, son preocupantes los altos porcentajes de nivel básico que se presentan en las diferentes categorías de estado conyugal.

Tal como se espera, a medida que va aumentando la edad, incrementan los porcentajes en el nivel superior. Como se puede observar en el Anexo A-3, un 23% de las casadas de 17 años y un 21.9% de 18 años, alcanzan el nivel superior. En las de 19 años, la presencia en la universidad y estudios superiores aumenta y se muestra un mayor equilibrio entre las diferentes categorías de estado conyugal. Pero persiste un porcentaje importante en la básica, sobre todo en las solteras y las que viven en unión libre.

**Cuadro 9**

REPÚBLICA DOMINICANA: porcentaje de adolescentes (15 a 19 años) por condición de maternidad y estado conyugal, 2010

Estado conyugal	Nivel educativo más alto al que asistió							
	Preprimaria		Primaria / básica		Secundaria / media		Universitaria / superior	
	Madres	No madres	Madres	No madres	Madres	No madres	Madres	No madres
Separada de un matrimonio	3.8	3.5	34.5	29.7	53.2	57.9	8.5	8.8
Divorciada	2.7	2.4	37.3	32.9	47.5	54.8	12.5	10
Viuda	3.7	4.6	45.5	42	45.5	47.9	5.3	5.5
Separada de unión libre	1.9	1.8	41.8	35.9	52.7	57.7	3.6	4.6
Casada	2.2	2	28.9	17	51.2	57.5	17.6	23.4
Unida	2.4	1.6	44.1	31.7	50.4	61.4	3	5.4
Nunca se ha casado ni unido	3.1	0.9	36.7	16.5	55.1	69.8	5	12.8
<b>Total</b>	<b>2.5</b>	<b>1</b>	<b>41.6</b>	<b>18.7</b>	<b>51.9</b>	<b>68.4</b>	<b>4</b>	<b>11.9</b>

Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda del 2010.

Las adolescentes que no son madres presentan mejores cifras en comparación a las que sí lo son. En el Anexo 3 también se observa que dentro de las que tienen 15 años, un 66.8% se encuentran en nivel medio. Las que "nunca se han casado ni unido" presentan un 69% de alcanzar el nivel medio, seguido por las casadas con un 45.1% y unidas con un 43.9%. A diferencia de las "madres", en las que no tienen hijos, a medida que aumenta su edad incrementa la posibilidad de un mayor grado educativo. Pero al igual que en las "madres", el estado conyugal no presenta diferencias importantes.



# 11

Situación  
familiar



## 11. Situación familiar.

La situación familiar de la madre adolescente se explora en este documento de forma exploratoria mediante la relación de parentesco con el/la jefe/a de hogar.

Este tipo de lazo o vínculo puede ser conyugal, por consanguinidad, putativo, de afinidad o costumbre. Se extiende más allá de lo consanguíneo puesto que con el lazo del matrimonio (también unión consensuada) con los familiares de la persona cónyuge se crean parentescos<sup>29</sup>. Metodológicamente para el Censo se señala que "establecer quién es la jefa o el jefe del hogar es responsabilidad de los miembros del hogar, por ello se ha definido que la jefa o el jefe del hogar es la persona a quien los demás miembros reconocen como tal".<sup>30</sup>

Según lo expresa el Cuadro 10, al 2010, la mayoría de las madres de 15 a 20 años del país (34%) vive en hogares donde el/la jefe/a de hogar es su cónyuge, cifra, sin embargo, bastante menor al 43.8% que en 2002 declaraba ser pareja del jefe de hogar. En 2010, un porcentaje también significativo, era hija o hijastra del/la jefe/a de hogar, lo que indica que muchas madres adolescentes permanecen en sus hogares de origen.

Las que viven con suegros representan un 5.9% que sumados a las que viven en sus hogares de origen, serían 37.5% de las jóvenes de este grupo, lo que indica que a pesar de crear un nuevo núcleo (representado por madre-hijo(a) o madre-padre-hijo(a)) no se produce ninguna emancipación respecto del hogar de los padres. En este escenario, la familia tiene un rol importante de apoyo, pues un 33.7% (hijas 31.6+ hijastras 2.1) de las adolescentes madres (Censo 2010), vive en un hogar donde el/la jefe/a es su padre, madre, suegra, suegro, abuelo(a) o algún familiar. Los datos coinciden con la literatura encontrada (Rodríguez y Cobos, 2015), que señala que en la región existe una tendencia a que las madres adolescentes se queden viviendo con sus familias de origen.

<sup>29</sup> Definición extraída de la Base de conocimiento del Censo 2010. Disponible en: <https://goo.gl/AUJtvh>

<sup>30</sup> Definición tomada del Manual del Empadronador, Censo 2010. Disponible en: <https://goo.gl/Jy5JnF>

**Cuadro 10**

REPÚBLICA DOMINICANA: porcentaje de madres adolescentes por relación de parentesco con el jefe de hogar según edad.

Parentesco	Edades						Total
	15	16	17	18	19	20	
<b>Censo 2002</b>							
Jefe	9.5	7.9	9.7	11.4	12.7	14.4	12.1
Cónyuge	38.1	38.8	40.4	42.5	45.3	46.6	43.8
Hija	32.7	34.3	31.5	28.6	26.5	24.7	27.8
Hijastra	3	1.7	2	1.5	1.1	1.1	1.4
Nuera	7.3	6.9	7.1	6.8	6	5.3	6.2
Nieto	3.6	3.5	3	2.6	2.2	2	2.5
Otro pariente	4.7	5.1	4.7	4.5	4.5	4.3	4.5
Trabajadora doméstica	0.4	0.4	0.4	1	0.6	0.7	0.6
Otro no pariente	0.8	1.2	1.1	1.1	1	0.8	1
<b>Censo 2010</b>							
Jefe	6.7	7.4	8.7	10.9	11.9	14.5	11.5
Esposa o compañera	24.6	28.2	30.5	33.2	35.3	37.9	34
Hija	40.8	38.2	35.5	32	30.8	27.3	31.6
Hija de crianza	3.2	2.8	2.3	2.3	2.1	1.7	2.1
Nieta	6.6	5.9	5.3	4.7	4.4	3.6	4.5
Hermana	1.8	1.6	1.8	1.9	1.8	2	1.9
Empleada doméstica	0.1	0.1	0.2	0.2	0.3	0.2	0.2
Otro pariente	7.1	6.7	6.8	6.4	6.1	5.9	6.3
Yerno / nuera	7.4	7.1	7	6.4	5.7	5	5.9
No pariente	1.8	1.8	1.6	1.7	1.5	1.7	1.6

Fuente: ONE: Censo Nacional de Población y Vivienda del 2002 y del 2010.

Un distante 11.5% lo representan las jefas de hogar, quienes a corta edad asumen la responsabilidad de dirigir un hogar. El hecho de enfrentar una responsabilidad a tan corta edad sin los recursos para sostener una independencia obliga a las jóvenes a mantenerse subordinadas.

En el período inter censal disminuyó el porcentaje de jóvenes que viven con su cónyuge, se redujo en 9,8%, entre 2002 a 2010. Sin embargo, aumentó el porcentaje de ellas que viven en sus hogares de origen, pasando de 27,8% a 31,6%.

Como es lo esperado, a mayor edad, aumentan las probabilidades de emancipación. Los datos de 2010 señalan que 6,7% de las adolescentes de 15 años eran jefas de hogar, una condición altamente vulnerable, en cualquier caso, porcentaje que aumenta a medida que incrementa la edad, hasta llegar a un 14,5% entre las de 20 años.

En el último período inter censal también aumentó el porcentaje de madres adolescentes que viven en hogares dirigidos por su abuelo(a). El incremento fue de un 2,5% a un 4,5%. Este hallazgo se alinea con tendencia de otros países de Latinoamérica, donde se viene manifestando que la maternidad adolescente es un fenómeno que cada vez más involucra también a generaciones mayores (abuelos/as de las y los adolescentes).

Los datos también demuestran que en las adolescentes aumenta la necesidad de apoyarse en su familia, aunque sus padres siguen siendo la principal fuente de apoyo, 6,3% vive en un hogar encabezado por un familiar categorizado como "otro pariente".<sup>31</sup>

Se destaca que un 10,8% de las jóvenes madres de 15 a 19 años vive en hogares que el/la jefe/a es su abuelo(a) u otro pariente (nieta 4,5 + otro pariente 6,3).

A medida que aumentan las edades, incrementan las declaraciones como cónyuge del jefe o propiamente ser jefa de hogar. A pesar de esto, en los últimos años la tendencia es que menos madres adolescentes vivan con un cónyuge. Este comportamiento se visualiza para todas las edades.

Como es de esperar, la mayoría de las jóvenes entre 15 y 20 años que no tienen hijos, viven en con su madre o padre, representando un 64% de esta población. Tan solo un 6% vive con un cónyuge y apenas 2,7% son jefas de hogar, lo que corrobora que las uniones maritales están relacionadas a la condición de maternidad.

<sup>31</sup> La categoría "otro pariente" se refiere a un familiar que no es madre/padre, abuelo (a), madrastra/padrastro.

**Cuadro 11**  
REPÚBLICA DOMINICANA: porcentaje de no madres adolescentes por relación de parentesco con el jefe del hogar, según la edad

Parentesco	Edades						Total
	15	16	17	18	19	20	
<b>Censo 2002</b>							
Jefa	1	1.2	2	2.9	4.3	4.9	2.5
Cónyuge	3.6	4.9	6.8	8.1	9.1	10.4	6.8
Hija	72	69.9	67.2	65.4	63.6	60.5	66.9
Hijastra	3.1	3.1	3.1	2.8	2.4	2.2	2.8
Nuera	1.4	1.8	2.3	2	2.1	1.9	1.9
Nieta	9.8	8.7	7.6	6.5	5.6	5.4	7.5
Otra pariente	7.5	8	8.4	9.3	9.9	10.6	8.8
Empleada doméstica	0.5	0.7	1.3	1.1	1	1.3	1
Otra no pariente	1.2	1.5	1.4	1.8	2	2.7	1.7
<b>Censo 2010</b>							
Jefa	1.1	1.5	2.2	3.2	4.2	5.9	2.7
Cónyuge	3	4.5	5.6	7	8.1	9.4	5.9
Hija	68.3	66.7	64.9	62	60.7	57.2	64
Hija de crianza	5	4.8	4.3	3.9	3.4	3.2	4.2
Nieta	11.3	10	9.2	8.3	7.2	6.5	9.1
Hermana	1.5	1.8	2.3	2.9	3.2	4	2.5
Empleada doméstica	0.1	0.2	0.2	0.4	0.4	0.4	0.3
Otra pariente	6.6	6.9	7.2	7.9	8.3	8.7	7.5
Nuera	1.5	2	2.2	2.3	2.1	2	2
No pariente	1.4	1.5	1.7	2	2.2	2.5	1.8

Fuente: ONE: Censo Nacional de Población y Vivienda del 2002 y del 2010.



# 12

Ejercicio de  
derechos:  
fecundidad  
no deseada

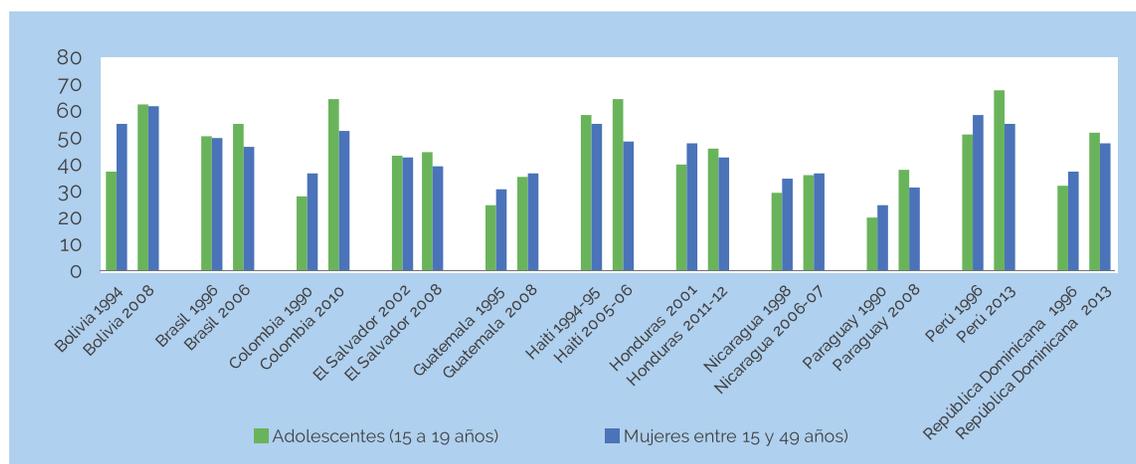


## 12. Ejercicio de derechos: fecundidad no deseada.

De acuerdo al Gráfico 26, los hijos(as) tenidos(as) durante la adolescencia registran proporciones crecientes de no deseabilidad, pues el porcentaje de respuesta de "más tarde" y "no quería tener (más) hijos" a la pregunta: "¿quería usted quedar embarazada en ese momento?", aumenta en todos los países para las madres con hijos tenidos antes de los 20 años. En la República Dominicana se registra un aumento de 20 puntos porcentuales, entre los años 1996 y 2013.

**Gráfico 26**

Algunos Países de América Latina y el Caribe Porcentaje de nacimientos no deseados por país y por año



Fuente: Statcompiler, e informes de las encuestas de los países mencionados.  
Nota: La condición de deseabilidad refiere al momento del embarazo, no del parto.

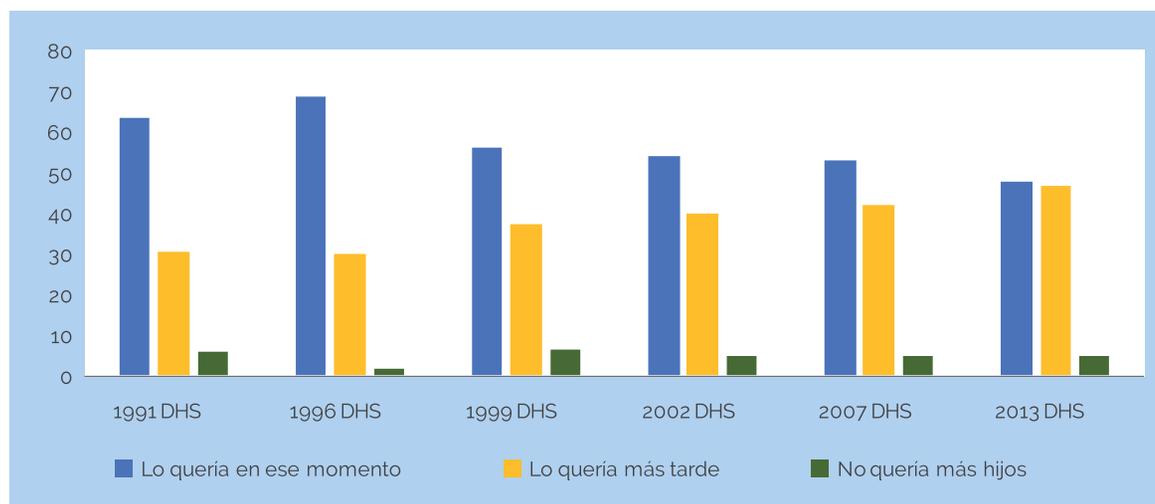
El Gráfico 27 presenta la evolución de este indicador (considerando las tres categorías de respuestas) en la República Dominicana para hijos(as) tenidos antes de los 20 años.

El porcentaje de adolescentes que expresó haber querido el embarazo en ese momento bajó de manera consistente; mientras que el porcentaje de aquéllas que lo querían más tarde, subió. Si se suman aquéllas que no querían más hijos, tendríamos que un poco más de la mitad de los embarazos entre mujeres de esta edad no fueron planificados.

Teniendo en cuenta los valores de la tasa específica de fecundidad (presentado en el apartado anterior), que muestra cómo la fecundidad adolescente se mantiene alta, se puede afirmar que las madres adolescentes dominicanas, cada vez más, expresan no haber planificado un embarazo durante esa etapa. Sin embargo, esto no influye en que baje la ocurrencia de embarazos, lo que revela una vulneración de los derechos; específicamente el derecho reproductivo básico a decidir cuándo tener hijos aunado al derecho a la salud sexual y a la anticoncepción, establecidos en el Cairo en 1994, y enfatizado en el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, en 2013.

Gráfico 27

REPÚBLICA DOMINICANA: Planificación de los nacimientos tenidos antes de los 20 años (nacimientos tenidos los 5 años previos a la encuesta)



Fuente: The DHS Program STATcompiler: <https://www.statcompiler.com/en/>

¿Qué ocurre con estas adolescentes que más y más hubieran preferido retrasar el momento de concebir, pero que siguen quedando embarazadas a temprana edad? ¿Por qué estas jóvenes no concurren a su derecho de planificar su propia vida reproductiva?

En este sentido el ICRW<sup>32</sup> (2014) explica:

Los deseos reproductivos de las adolescentes están fuertemente influenciados por las expectativas y normas de género... Adicionalmente, la doble moral sobre lo que es socialmente aceptable en referente al sexo fuera del matrimonio que pone presión en los muchachos para involucrarse en la actividad sexual y a las muchachas a mantenerse castas. Esto puede llevar a las muchachas a introducirse al sexo pre marital con sentimientos de vergüenza ante la búsqueda de utilizar métodos de anticoncepción. En muchas culturas, las muchachas son enseñadas a ser pasivas, a no pensar por sí mismas o expresar sus opiniones, en cambio son instruidas a hacer lo que se les diga. Esta enorme cantidad de presión a la que las normas y expectativas sociales someten a las mujeres puede limitar su habilidad para entender y ejercitar su derecho a tomar decisiones sobre su propia salud sexual y reproductiva, incluyendo la planificación familiar.<sup>33</sup>

Un aspecto a resaltar es si la pregunta sobre si el embarazo fue planificado o no se realiza cuando ya se han tenido hijos(as), porque esto influye en su valoración ex-post del embarazo, ya que la decisión de llevarlo a término, así como el nacimiento del bebé y las relaciones filiales que se establecerán provocará la aceptación posterior y de racionalización de la situación. A todo esto, hay que tomar en cuenta las distintas pautas culturales, esas que pudieran promover el apego y el vínculo de amor filial en pos de una mejor crianza; así como otras predominantes sobre el rol de

<sup>32</sup> Centro Internacional para la Investigación en Mujeres por sus siglas en inglés.

<sup>33</sup> Traducción libre de International Center for Research on Women (ICRW) *Understanding the Adolescent Family Planning*, 2014.

las mujeres y la valoración de la maternidad. En este sentido, las cifras de no deseabilidad de la maternidad, que captan esas preguntas, pueden considerarse como el piso de la estimación, aunque es imposible precisar la magnitud de la subestimación.

Independientemente del contexto, la maternidad y la paternidad representan un valor social y cultural muy fuerte, que puede estar por encima de las edades socialmente permitidas para ser madre: lo importante es que se cumpla el rol asignado y esperado de la reproducción... En cuanto a los factores emocionales, se mantiene socialmente la idealización de la maternidad como condición necesaria para la existencia. Esto no permite valorar las consecuencias de este evento que, en determinado momento, entra en contradicción con la realidad asociada a la responsabilidad que implica tener un/a hijo/a y la pérdida de sueños y proyectos." (Plan Internacional, UNICEF; 2014).

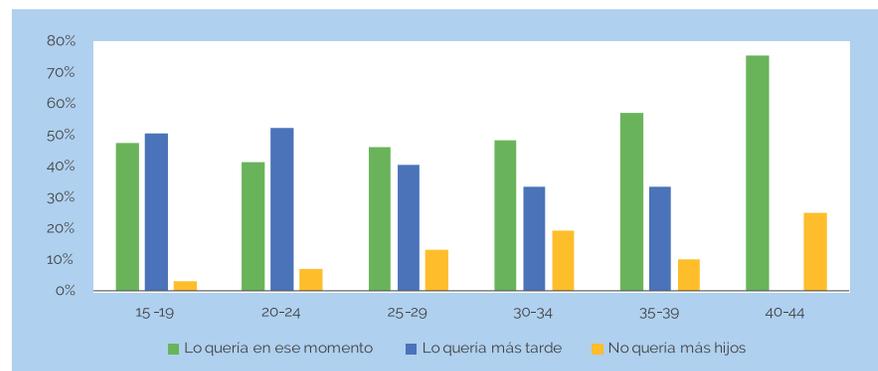
El hecho de que muchas mujeres hayan respondido que querían tener un hijo(a) en ese momento, no necesariamente indica que el embarazo en la adolescencia se hace de manera planificada; más bien es un reflejo de que los deseos reproductivos de las adolescentes están muy ligados a las normas sociales, y a los roles de género. La idea de que el rol principal de una mujer (en la sociedad) es ser esposa o madre impacta de manera directa en las decisiones y los deseos de una planificación familiar. (ICRW, 2014).

Mientras algunas adolescentes, especialmente aquellas unidas, experimentan embarazos "deseados", se necesitan más estudios para comprender las presiones sociales que motivan a esas jóvenes a expresar su deseo de un embarazo a temprana edad. (McQueston, Silverman & Glassman, 2012; WHO, 2007; Presler-Marshall & Jones, 2012; citados por ICRW, 2014).

El Gráfico 28 muestra el deseo de la concepción de mujeres que se encontraban embarazadas en el momento de la encuesta. En las respuestas de las madres de 15 a 19 y de 20 a 24 años, más del 50% expresó que no quería el embarazo que tenían. Es mayor la proporción de mujeres que dicen no quererlo mientras éste está en curso que cuando se les pregunta después de que los(as) bebés han nacido (Gráfico 27).

**Gráfico 28**

REPÚBLICA DOMINICANA: Planificación de la fecundidad para mujeres con embarazo en curso por grandes grupos de edad, según deseabilidad, 2013



Fuente: Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDESA) 2013.

Para determinar si los embarazos en las adolescentes son planificados se debe tener en cuenta que la condición de madre es muy valorada; y que, socialmente, se espera que todas las mujeres lleguen a ser madres en algún momento de su vida. No obstante, ser madre en la adolescencia tiene muchas dificultades, y limita el desarrollo a largo plazo de la mujer que concibe, y de su descendencia. Sin embargo, existe la idealización de que, aunque sea difícil, ser madre aporta aspectos positivos, como concretar una parte importante de su realización como mujer y persona.

Específicamente, para el contexto dominicano, Then, Miric y Vargas (2015) plantean que en el país "Contrario a la priorización del desarrollo profesional y laboral como aspecto central del proyecto de vida de mujeres jóvenes desde el discurso "institucionalizado", la maternidad – incluyendo la maternidad temprana– tiende a representar el núcleo de sus propias aspiraciones al respecto...". Según los autores, el desarrollo profesional es visto más como el medio para dar sustento a sus hijos/as y familia; especialmente en los sectores populares, donde se encuentra la población de menor ingreso, y donde se presenta la mayor incidencia de embarazos adolescentes, como se mostró en el Capítulo 7, donde la vida de las mujeres se vincula a su peso y liderazgo en la familia como madres, abuelas y/o tías.

Ahora bien, este tipo de conclusiones -de orden más etnográfico- deben ser contrastadas con la evidencia general que ofrecen las encuestas, y de acuerdo a cálculos novedosos y recientes (Cuadro 12). En el 2013 la no deseabilidad del primer hijo de madres adolescentes es mayoritaria; y, además, bastante similar entre los quintiles socioeconómicos, lo que indica una generalización entre todos estos estratos. Esto choca con la pertinaz desigualdad de la maternidad observada, revelando la vulneración de derechos en materia de prevenir embarazos no deseados, y se vincula a barreras de acceso a los anticonceptivos mucho mayor entre las muchachas pobres.

**Cuadro 12**  
REPÚBLICA DOMINICANA: grupo de 15 a 19 años, deseabilidad del primer hijo  
al momento de quedar embarazada

Deseabilidad Quintil	2007			2013		
	En ese momento	Después	No más	En ese momento	Después	No más
I	55.1	39.7	5.1	45.6	50.6	3.8
II	48.6	49.5	1.9	46.8	51.9	1.3
III	64.8	31.3	3.9	42.9	48.6	8.6
IV	45.2	50.4	4.3	36.0	58.0	6.0
V	30.3	59.1	10.6	45.0	45.0	10.0
<b>Total</b>	<b>51.2</b>	<b>44.5</b>	<b>4.4</b>	<b>43.7</b>	<b>51.7</b>	<b>4.6</b>

Fuente: procesamiento especial en SPSS, en base a datos de las encuestas ENDESA del 2007 y del 2013.



# 13

Variables  
intermedias  
(determinantes  
próximos) de la  
fecundidad



### 13. Variables intermedias (determinantes próximos) de la fecundidad.

Para el análisis de la fecundidad y la maternidad adolescente, el estudio de sus determinantes próximos, o de las variables intermedias, es fundamental. Las variables intermedias de la fecundidad son los factores que influyen directa y mecánicamente sobre la probabilidad de embarazarse, y de tener finalmente un(a) hijo(a) (Bongaarts, 2015). Generalmente, estas variables se agrupan en las siguientes categorías:<sup>34</sup>

- Susceptibilidad, relacionada a la edad de la menarquía;
- Conducta sexual, vinculada a la conducta nupcial en un espacio que tendía a concentrar la actividad sexual en el pasado y que actualmente sigue concentrando la actividad sexual con propósitos reproductivos;
- Conducta anticonceptiva;
- El aborto.

En el caso de las y los adolescentes, los modelos formalizados como los que propone Bongaarts (incluso en sus versiones mejoradas como la del 2015) tienen menor capacidad de pronóstico que en otras edades; sobre todo porque la variable de "uso de anticonceptivos" suele tener una relación especial con la fecundidad (un porcentaje importante, aunque decreciente, de las adolescentes usa anticonceptivos después de su primer hijo); así como una eficiencia mucho menor debido al método usado y a la inexperiencia o irregularidad en su uso. Por estos factores, y por la falta de datos sobre algunas variables intermedias (como el aborto), el análisis de estas variables seguirá teniendo una aproximación descriptiva (no modelada) de tres (3) categorías: la conducta sexual, nupcial y anticonceptiva.

En el Cuadro 13 se resume la evolución de indicadores estándares de estas variables intermedias.

<sup>34</sup> Bongaarts, 2015, Rodríguez Vignoli, 2014 y 2009.

**Cuadro 13**  
REPÚBLICA DOMINICANA: determinantes sociales intermedios,  
1986-2013

Encuestas	Alguna vez unidas		Iniciadas sexualmente		Anticoncepción (iniciadas)			
					Nunca ha usado		Cero hijos cuando lo usó por primera vez	
	15-19	20-24	15-19	20-24	15-19	20-24	15-19	20-24
<b>2013 DHS</b>	29.1	66.5	46.1	84.2	22.2	14.06	*	*
<b>2007 DHS</b>	26.6	66.3	38.4	82.1	17.6	7.8	58.2	48.3
<b>2002 DHS</b>	29.5	67.1	36.5	77.4	24.9	12.5	46	38.8
<b>1999 DHS</b>	26.6	63.1	31.8	70.4	29.1	14.1	45.8	47.4
<b>1996 DHS</b>	28.9	66.1	32.7	73.3	35.6	18.1	35.6	33.2
<b>1991 DHS</b>	23.1	60.6	27	64.3	48.8	25.8	31.1	31.5
<b>1986 DHS</b>	21.8	63.2	24.2	65.2	54.8	31.4	20	19.3

Fuente: Programa Statcompiler. <https://www.statcompiler.com/en/>

\* No se preguntó en el año 2013.

#### 13.1 Conducta sexual.

Sobre la **sexualidad**, entre la serie de eventos que marcan la vida de los individuos, la iniciación sexual tiene una significación especial (Bozon, 2004; Welti, 2005). Entre otros aspectos, es uno de los determinantes más relevantes de la fecundidad, ya que marca el inicio de la exposición al riesgo de embarazo, hecho que tiene efectos de corto, mediano y largo plazos.

El estudio del inicio de la actividad sexual es crucial para medir la exposición a la maternidad, ya que cuanto más temprana la iniciación sexual, mayor tiempo a lo largo de su vida se encuentran las mujeres "expuestas al riesgo" de ser madres, o de contraer una infección de transmisión sexual, si las relaciones sexuales no son protegidas.

Autores como Bozón (2004) anticipaban que la evolución de la iniciación sexual tendría como característica principal su adelantamiento de edad en las sociedades occidentales. Los datos que se observan en el Cuadro 13, definitivamente se ajustan a este pronóstico. La proporción de adolescentes iniciadas sexualmente en el año 2013 llega a un 46.1%, duplicando el porcentaje del año 1986. Para el caso de las jóvenes de

20 a 24 años, el comportamiento ha sido parecido. En ese grupo etario el porcentaje de "iniciadas sexualmente" ha mantenido una tendencia creciente (aunque con oscilaciones), colocándose en un 84.2% para el año 2013 versus el 65.2% en el 1986.

Ahora bien, la conducta y la iniciación sexual no es pareja para todos los grupos de edades, como podía esperarse. Con el aumento de edad, incrementa el porcentaje de jóvenes iniciadas, lo que se debe tanto a factores estadísticos (tiempo de exposición al riesgo de experimentar el evento), como a factores socioculturales (normas y autoridades de control del cuerpo y la sexualidad más fuertes a menor edad), y hasta biológicos (la fuerza de la pulsión o el deseo sexual, que tiende a aumentar con la edad, en esta fase de la vida).

El Cuadro 14 muestra que para todas las edades simples se ha registrado un aumento del porcentaje de adolescentes iniciadas, revelando que en todas las edades se ha modificado la conducta sexual, y que se trata de un cambio generalizado. Sin embargo, se mantiene una diferencia significativa entre el inicio de la adolescencia (cuando solo una de cada cinco muchachas ya ha sido sexualmente iniciada), y el final, (cuando dos de cada tres adolescentes ya fueron).

**Cuadro 14**  
REPÚBLICA DOMINICANA: porcentaje de mujeres iniciadas sexualmente de 15 a 24 años, por edad simple.

Edad	ENDESA 1986	ENDESA 1996	ENDESA 2013
15	7.64	13.46	20.97
16	13.41	22.14	30.21
17	23.49	31.85	40.43
18	34.45	41.1	56.24
19	42.53	54.79	67.7
<b>15-19</b>	<b>24.19</b>	<b>32.65</b>	<b>43.58</b>
20	57.07	58.5	77.39
21	57.88	73.42	80.59
22	66.74	71.31	86.05
23	74.55	81.2	88.08
24	72.7	80.74	90.38
<b>20-24</b>	<b>65.16</b>	<b>73.22</b>	<b>84.33</b>

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDESA).

Así como la iniciación sexual varía según la edad simple, si se le suman otras desagregaciones se podría construir una caracterización de las jóvenes que se encuentran en un nivel de vulnerabilidad mayor, de ser madres en su adolescencia debido al inicio de su sexualidad.

El ambiente donde se desarrollan las adolescentes puede influenciar en su exposición al riesgo. Existen diferencias importantes entre las que residen en la zona urbana o la zona rural. El Cuadro 15 muestra que, para todas las edades, el porcentaje de jóvenes iniciadas es mayor en la zona rural que en la zona urbana. Sin embargo, estas diferencias aminoran mientras aumenta la edad. Es decir, las diferencias en la iniciación sexual por zona de residencia tienden a ser más significativas en los primeros años de la adolescencia.

**Cuadro 15**  
REPÚBLICA DOMINICANA: porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años iniciadas sexualmente, por zona de residencia, según edades simples (1986, 1996 y 2013).

Edad	Urbana			Rural		
	DHS 1986	DHS 1996	DHS 2013	DHS 1986	DHS 1996	DHS 2013
15	5.87	11.04	21.11	10.42	17.35	21.31
16	8.62	17.79	29.93	20.18	30.75	35.55
17	21.42	27.4	50.82	26.93	39.82	39.66
18	31.52	34.27	57.12	40.44	53.52	63.07
19	37.91	52.42	68.05	54.19	59.84	65.3
<b>15-19</b>	<b>21.8</b>	<b>28.89</b>	<b>45.6</b>	<b>28.47</b>	<b>39.61</b>	<b>47.43</b>
20	48.64	53.41	78.37	70.88	70.3	76.13
21	53.31	68.83	80.49	68.49	81.61	83.36
22	63.5	67.59	82.83	76.51	79.5	94.43
23	68.41	77.68	87.79	87.94	90.02	87.08
24	69.83	77.17	90.18	80.08	87.63	89.9
<b>20-24</b>	<b>60.25</b>	<b>69.09</b>	<b>83.6</b>	<b>76.13</b>	<b>82.01</b>	<b>86.12</b>

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDESA).

A las diferencias en términos de iniciación sexual también puede contribuir el nivel educativo de las muchachas. De acuerdo con la literatura, la educación es uno de los principales factores asociados a la edad en que ocurre la iniciación sexual. Estudios internacionales y de países de la

región, han destacado la relación entre la acumulación de capital educativo y un inicio sexual más tardío, aun cuando esta relación tiende a atenuarse en las sociedades más desarrolladas (Rodríguez, Di Cesate y Páez, 2017; Campo-Arias y otros, 2004; Welti, 2005; Binstock & Näslund-Hadley 2010; Heilborn y otros, 2002; Varela Petito & Fostik, 2011; Singh & Wulf, 1998; Mendes Tavares y otros, 2009).

En el caso de República Dominicana, el Cuadro 16 expone una realidad que cumple con la teoría. Claramente se observa cómo la iniciación sexual en las adolescentes entre 15 y 19 años, con un nivel Básico o Primario es muy superior a las que en las mismas condiciones cuentan con un nivel Secundario. Para el caso de las jóvenes con 20 y hasta 24 años, el patrón se repite, y se intensifica cuando se introduce el nivel universitario, disminuyendo aún más la edad de comienzo de la actividad sexual. Según estos datos, podríamos afirmar que, en el caso de la República Dominicana, la escolaridad ejerce por sí misma un fuerte efecto en la postergación del inicio de la vida sexual.

**Cuadro 16**  
REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de jóvenes iniciadas de 15 a 19 años,  
por nivel educativo, 2013 y 2014.

	Básica o primaria		Media o secundaria		Universitario o superior	
	DHS 2013	ENHOGAR 2014	DHS 2013	ENHOGAR 2014	DHS 2013	ENHOGAR 2014
<b>15</b>	37.12	36.23	12.28	12.67	-	-
<b>16</b>	53.61	53.20	26.07	22.21	-	-
<b>17</b>	67.44	66.36	45.61	32.70	-	-
<b>18</b>	75.34	83.96	58.26	53.99	-	-
<b>19</b>	90.41	86.49	70.8	71.97	-	-
<b>15-19</b>	<b>60.74</b>	<b>59.91</b>	<b>41.9</b>	<b>37.70</b>	-	-
<b>20</b>	92.31	95.45	86.01	79.66	60.2	64.33
<b>21</b>	97.1	98.04	88.97	91.32	68.29	63.30
<b>22</b>	94.03	99.36	92.2	91.63	76.52	74.49
<b>23</b>	98.68	95.05	92.42	91.99	77.68	81.46
<b>24</b>	94.59	99.35	97.44	95.98	82.64	81.65
<b>20-24</b>	<b>95.56</b>	<b>97.38</b>	<b>90.8</b>	<b>89.33</b>	<b>73.55</b>	<b>73.34</b>

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDESA 2013) y Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR -MICS 2014) ONE.

Dentro de la complejidad de factores que interactúan en la probabilidad de iniciarse sexualmente a edades más o menos tempranas, las desigualdades socioeconómicas pueden influenciar en el inicio de las relaciones sexuales a una edad temprana.

Según datos de la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR 2014), para todas las edades, las jóvenes de menor nivel socioeconómico se inician sexualmente a edades más precoces como se presenta en el cuadro 17.

Llama la atención las grandes diferencias que se muestran entre los distintos estratos. Mientras que sólo el 27.68% de las jóvenes de 15 a 19 años del quinto quintil se había iniciado sexualmente, para el caso de las jóvenes pertenecientes a sectores menos favorecidos (Más pobres), este porcentaje se incrementa a más del doble, siendo este de un 61.79%.

**Cuadro 17**

REPÚBLICA DOMINICANA: porcentaje de jóvenes iniciadas sexualmente de 15 a 19 años, por nivel socioeconómico, 2013 y 2014.

	DHS 2013	ENHOGAR 2014	DHS 2013	ENHOGAR 2014	DHS 2013	ENHOGAR 2014	DHS 2013	ENHOGAR 2014	DHS 2013	ENHOGAR 2014
	Más pobres		Segundo quintil		Quintil medio		Cuarto quintil		Más ricos	
<b>15</b>	36.67	35.29	21.62	25.86	21.62	22.65	14.55	11.3	4.62	14.08
<b>16</b>	44.74	50.28	35.42	37.07	35.42	25.69	24.68	25.88	28.57	14.5
<b>17</b>	76.09	67.01	47.14	42.4	47.14	44.12	45.28	27.61	28.57	26.34
<b>18</b>	65.06	72.59	71.83	64.93	71.83	58.2	54.29	52.81	51.56	33.95
<b>19</b>	84	83.33	71.76	82.01	71.76	66.39	68.92	69.82	43.75	45.42
<b>15-19</b>	<b>62.36</b>	<b>61.79</b>	<b>49.24</b>	<b>50.34</b>	<b>49.24</b>	<b>44.94</b>	<b>42.55</b>	<b>36.78</b>	<b>31.54</b>	<b>27.68</b>
<b>20</b>	89.87	89.8	88.31	83.76	76.06	87.37	78.33	65.85	62.3	63.3
<b>21</b>	98.57	96.02	87.18	86.67	76.27	83.11	78.38	78.67	72.41	66.44
<b>22</b>	93.75	94.74	92.22	93.22	86.15	82.78	79.37	87.01	79.03	76.29
<b>23</b>	96.59	95.6	92.75	93.72	89.23	88.72	81.13	88	78.85	75.24
<b>24</b>	96.3	96.76	88.33	95.58	92.06	87.62	91.04	89.08	86.54	83.92
<b>20-24</b>	<b>95.03</b>	<b>94.51</b>	<b>89.84</b>	<b>90.19</b>	<b>83.9</b>	<b>85.8</b>	<b>81.7</b>	<b>81.46</b>	<b>75.44</b>	<b>72.47</b>

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDESA 2013) y Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR-MICS 2014) ONE.

### 13.2 Conducta nupcial.

Respecto a la nupcialidad, tanto la teoría de la modernización económica y social cuya expresión en el campo de la demografía fue el enfoque de la transición demográfica (Coale 1973, Banco Mundial, 1984, Preston, 1986; Kirk 1996) como, sobre todo las teorías de las post modernización o de la modernización reflexiva y post industrial, cuya expresión en el campo de la demografía fue el enfoque de la segunda transición demográfica (Van de Kaa, 1997, pronostican una paulatina -pero sostenida y significativa postergación del inicio sexual-, así como una creciente inestabilidad en las parejas; por ende, separación de matrimonios y de uniones (Bilari y Esping Andersen, 2015; Castro y otros, 2010; Grant y Fustenberg 2007).

En América Latina, como ya se vio en la sección conceptual de este trabajo, la hipótesis de la postergación de la unión no se ha cumplido; básicamente porque el promedio no muestra un retraso significativo. Así, sorpresivamente (y anómalamente como acontece con la fecundidad adolescente) esta concomitancia no es casualidad, pues pese a los cambios socioeconómicos experimentados en la región se mantienen los mismos patrones de nupcialidad de décadas anteriores.

Según se observa (Cuadro 18), la República Dominicana ha mantenido una tendencia similar al caso latinoamericano; incluso se muestra una clara tendencia a adelantar y a aumentar la unión durante la adolescencia, ya que la proporción de adolescentes unidas fueron un 20% en 1986, y cerca del 30% en el 2013, con varias oscilaciones en el periodo, que no está claro si son estadísticamente significativas.

Aun así, la tendencia es indiscutiblemente al aumento de la unión en la adolescencia, llamando mucho la atención de que no ocurra lo mismo en el grupo de 20 a 24 años, con proporciones de “alguna vez unidas”, que son más bien estables durante el periodo. Es decir, no parece haber una tendencia masiva al aumento de una unión, sino que se concentra en la adolescencia, contradiciendo abiertamente todas las teorías dominantes, y ratificando la “anomalía” latinoamericana en general y dominicana en particular, sobre este tema. (Fussel y Palloni, 2004; Esteve y Florez-Paredes, 2014).

**Cuadro 18**

REPÚBLICA DOMINICANA: porcentaje de jóvenes alguna vez casadas o unidas por edades simples, 1986, 1996 y 2013

Edad	ENDESA 1986	ENDESA 1996	ENDESA 2013
15	6.45	12.4	12.57
16	12.52	19.81	20.48
17	19.21	28.84	27.58
18	31.76	35.7	38.34
19	39.66	47.83	43.98
<b>15-19</b>	<b>21.82</b>	<b>28.92</b>	<b>29.12</b>
20	56.43	50.08	56.2
21	55.71	67.12	58.04
22	63.28	64.69	68.69
23	72.09	74.88	74.75
24	71.14	72.79	76.99
<b>20-24</b>	<b>63.17</b>	<b>66.08</b>	<b>66.53</b>

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDESA).

Al ser la unión (casamiento o unión consensuada) considerada como un determinante intermedio de la fecundidad, resulta interesante observar la interrelación de esta variable con los conocidos “determinantes contextuales o indirectos<sup>35</sup>”, es decir, factores sociales que pueden influir en los niveles de fecundidad. Generalmente, en esta última categoría se consideran: la zona de residencia, el nivel educativo y el nivel socio-económico.

El Cuadro 19 presenta datos acerca del porcentaje de jóvenes que han estado alguna vez casadas o unidas, por zona de residencia. Se observa una clara diferencia entre ambas zonas (rural y urbana), donde para todos los grupos de edad, se observa un porcentaje superior de nupcialidad en la zona rural.

**Cuadro 19**

REPÚBLICA DOMINICANA: porcentaje de jóvenes alguna vez casadas o unidas, por zona de residencia y según edades simples, 1986, 1996 y 2013

	DHS 1986	DHS 1996	DHS 2013	DHS 1986	DHS 1996	DHS 2013
	Urbana			Rural		
15	4.09	9.46	12.37	10.13	17.14	13.31
16	7.3	14.29	20.17	19.91	30.76	21.45
17	17.12	24.1	28.91	22.67	37.35	23.12
18	28.72	27.45	37.26	37.95	50.73	41.74
19	34.57	43.47	41.12	52.51	57.15	50.35
<b>15-19</b>	<b>19.06</b>	<b>24.02</b>	<b>28.05</b>	<b>26.74</b>	<b>37.97</b>	<b>32.36</b>
20	47.77	43.17	54.25	70.59	66.08	62.42
21	50.37	60.33	54.33	68.1	79.22	71.25
22	58.91	59.03	67.19	76.51	77.15	73.62
23	66.02	70.11	74.12	85.32	86.86	77.06
24	69.01	66.85	75.81	76.59	84.27	79.7
<b>20-24</b>	<b>57.92</b>	<b>60.05</b>	<b>64.57</b>	<b>74.89</b>	<b>78.92</b>	<b>72.72</b>

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDESA 1986-2013).

<sup>35</sup> Bay, Del Popolo & Ferrando (2003).

Con respecto al análisis del estado conyugal según el nivel educativo, los datos muestran proporciones mayores de jóvenes alguna vez casadas o unidas en el nivel Básico o Primario (Cuadro 20), disminuyendo considerablemente según aumenta el nivel educativo (51% para Primaria o Básica vs. 24.34% para Media o Secundaria). Este mismo comportamiento se observa para el grupo etario de 20 a 24 años, acentuándose con la inclusión del nivel Superior.

**Cuadro 20**

REPÚBLICA DOMINICANA: porcentaje de jóvenes alguna vez casadas o unidas, según nivel educativo, 1986, 1996 y 2013

	Básica o Primaria			Media o Secundaria			Universitario o superior		
	DHS 1986	DHS 1996	DHS 2013	DHS 1986	DHS 1996	DHS 2013	DHS 1986	DHS 1996	DHS 2013
<b>15</b>	6.83	14.82	24.56	1.42	0.86	6.4	-	-	-
<b>16</b>	14.78	23.65	39.12	4.26	8.67	16.05	-	-	-
<b>17</b>	25.41	41.82	54.86	6.45	9.38	19.13	-	-	-
<b>18</b>	47.46	56.68	68.93	11.01	19.76	34.52	-	-	-
<b>19</b>	59.18	70.01	87.72	19.45	28.89	48.72	-	-	-
<b>15-19</b>	<b>26.74</b>	<b>37.28</b>	<b>51</b>	<b>10.15</b>	<b>15.32</b>	<b>24.34</b>	-	-	-
<b>20</b>	71.85	72.12	83.45	39.24	35.26	63.45	12.94	8.69	24.99
<b>21</b>	74.8	91.41	90.94	43.96	52.2	66.44	18.63	28.38	32.74
<b>22</b>	84.73	89.97	94.48	52.39	53.41	76.68	25.3	28	49.36
<b>23</b>	93.91	85.26	97.41	53.76	70.05	82.17	29.58	44.41	53.03
<b>24</b>	90.19	89.58	95.38	61.59	66.94	87.47	37.87	32.93	52.47
<b>20-24</b>	82.14	85.66	92.76	49.24	55.06	73.33	25.78	29.37	43.19

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDESA 1986-2013).

Como hay una relación estrecha entre unión y reproducción (Capítulo 10) este aumento de la unión en pareja en la adolescencia, junto con el adelantamiento en la actividad sexual son tendencias algo vinculadas por la iniciación sexual sin unión, que en el resto de los países de América Latina es la forma más usual del debut sexual (Rodríguez, 2014b, ALAP), y que son factores importantes para explicar el alto nivel de la fecundidad adolescente y sobre todo su resistencia a la baja.

### 13.3 Conducta anticonceptiva.

Finalmente, respecto del uso de anticonceptivos se aprecia una tendencia al alza, que ha permitido contrarrestar, al menos parcialmente, el poderoso efecto elevador de la fecundidad adolescente de las tendencias de las otras dos variables intermedias.

Un avance importante es que ha aumentado el uso de anticoncepción antes a la maternidad, y solo así la anticoncepción tiene posibilidad de ser una protección real frente al embarazo en la adolescencia. Sin embargo, para en la encuesta ENDESA 2007 esta cifra no superó el 30%, y en la ENDESA 2013 no se incluyó el dato. Mientras que, en la ENHOGAR 2014 el porcentaje de muchachas que utilizó condón en la primera relación sexual

fue de alrededor del 40%. Esta discrepancia entre estas dos encuestas podría deberse a diferencias metodológicas, así como también al tiempo transcurrido entre los dos levantamientos.

En base a lo antes dicho, se pudiera pensar que la mayoría de las adolescentes usuarias de una anticoncepción comenzaron su uso posterior al primer hijo, perdiendo el efecto de prevenir la maternidad adolescente. El uso de esto posterior al primer hijo se debe a que la nueva condición de madre elimina las barreras socio-culturales para acceder a la anticoncepción; se desatan presiones e incentivos de diferentes tipos para comenzar a usarlos, e incluso se activan programas de salud para evitar embarazos subsecuentes. Cualquiera que sea el caso, esta elevada frecuencia de adolescentes que comenzaron a usar anticonceptivos, luego de tener su primer hijo, hace que los indicadores tradicionales sobre su uso sean poco útiles para evaluar el efecto preventivo de embarazo y maternidad entre adolescentes. El aumento del uso de estos actualmente (Cuadro 13) puede ser irrelevante si se trata de un aumento debido al uso posterior al primer hijo. Sin embargo, la comparación entre ambos indicadores pudiera señalar que ha habido un aumento del uso de anticonceptivos, con posibilidad de prevenir el primer embarazo.

Por lo anteriormente expuesto, un indicador mejor (aunque no perfecto) de la protección anticonceptiva es el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual. De acuerdo a las ENDESA (que lamentablemente dejaron de incluir este indicador en el 2013), el debut sexual protegido entre adolescentes aumentó en los últimos años, pero aún es muy bajo (en los países desarrollados el debut sexual protegido en la adolescencia se acerca a la universalidad, y en varios países de la región supera el 50%) (Binstock, 2016; Rodríguez 2016 y 2014), sobre todo considerando lo extendido de la actividad sexual en la adolescencia.

De acuerdo a la ENHOGAR 2014 (que afortunadamente incluyó la pregunta sobre el uso de condón en la primera relación sexual), el inicio sexual protegido llegó al 40.5% en el grupo de 15 a 19 años (Cuadro 21), con algunas oscilaciones por edad simple que pueden deberse a la aleatoriedad muestral. Esta cifra revela una situación muy compleja, porque el 60% de las muchachas que se inician sexualmente en la adolescencia (y que representan una fracción creciente) se exponen a un embarazo desde su inicio sexual, por falta de acceso a productos de

anticoncepción. Y si bien la tendencia es al alza, la ENDESA 2007 registró una prevalencia de uso de condón en la primera relación sexual del 24.4%, para el grupo de 15-19 años (Cuadro 21), es aún muy baja en términos comparativos con otras regiones del mundo, y países de la región; y el aumento es totalmente insuficiente para compensar el incremento de la maternidad adolescente por adelantar la iniciación sexual y de unión.

**Cuadro 21**

REPÚBLICA DOMINICANA: porcentaje de mujeres de 15 a 19 años, iniciadas sexualmente, que utilizaron condón en la primera relación sexual, por edad simple, 2007 y 2014.

Edad	ENDESA 2007	ENHOGAR 2014
15	22.77	41.35
16	27.33	36.05
17	25.54	38.86
18	23.49	45.95
19	23.5	38.61
<b>15-19</b>	<b>24.43</b>	<b>40.51</b>
20	21.2	45.05
21	20.18	38.17
22	19.65	34.51
23	16.38	36.3
24	14.16	34.91
<b>20-24</b>	<b>18.19</b>	<b>37.72</b>

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDESA 2007) y Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR 2014), ONE.

Al analizar por zona de residencia, se observa una diferencia preocupante respecto al uso del condón durante la primera relación sexual, negativo para las adolescentes en la zona rural, para todas las edades. Estas jóvenes rurales son, precisamente, quienes se están iniciando y uniendo con mayor proporción.

**Cuadro 22**

REPÚBLICA DOMINICANA: porcentaje de jóvenes entre 15 y 24 años, iniciadas sexualmente, que utilizaron condón en la primera relación sexual, por zona de residencia, según edades simples, 2007 y 2014.

Edad	Urbana		Rural	
	ENDESA 2007	ENHOGAR 2014	ENDESA 2007	ENHOGAR 2014
15	28.83	47.06	15.38	27.27
16	33.52	38.2	19.86	30.23
17	28.26	41.48	22.32	32.56
18	29.3	50.64	15.5	31.03
19	27.35	42.7	18.01	26.88
<b>15-19</b>	<b>29.05</b>	<b>44.44</b>	<b>18.4</b>	<b>29.62</b>
20	25.42	49.61	14.95	29.47
21	22.46	40.27	16.4	31.34
22	21.73	36.42	16.77	27.89
23	20.5	38.62	10.3	28.99
24	16.77	37.73	10.1	24.06
<b>20-24</b>	<b>21.24</b>	<b>40.42</b>	<b>13.6</b>	<b>28.46</b>

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDESA 2007) y Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR-MICS 2014). ONE.

El acceso y la permanencia en el sistema educativo está claramente asociado a una mayor protección en la iniciación sexual.<sup>36</sup>

De igual forma, existen evidencias de que educación y pobreza tienen efectos independientes sobre la probabilidad de usar un método anticonceptivo en la iniciación sexual. Según estudios previos, en todos los niveles educativos, las jóvenes que vivían en condiciones materiales menos precarias tenían más probabilidades de haber usado un anticonceptivo en la iniciación sexual que las de hogares más carentes económicamente (Gogna, Fernández & Zamberlin, 2005).

En la República Dominicana existen diferencias en el uso de anticonceptivos en la iniciación sexual; esto ocurre en las situaciones de mayor vulnerabilidad entre los sectores socialmente menos

<sup>36</sup> Binstock, G., & Gogna, M. (2015). La iniciación sexual en mujeres de sectores vulnerables, en cuatro provincias argentinas. *Sexualidad, Salud y Sociedad: Revista Latinoamericana*.

acomodados, con menor nivel educativo, y mayor edad. Los cuadros 24 y 25 evidencian una correspondencia con la teoría. Se evidencia un crecimiento directamente proporcional de las jóvenes que utilizaron preservativos en la primera relación sexual, y el nivel socioeconómico y educativo. Es decir, a menor nivel educativo o socioeconómico, menor uso del preservativo en la primera relación sexual.

**Cuadro 23**

REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de jóvenes iniciadas que utilizaron condón en la primera relación sexual, de 15 a 19 años, por nivel educativo, 2014.

	ENDESA 2007	ENHOGAR 2014	ENDESA 2007	ENHOGAR 2014	ENDESA 2007	ENHOGAR 2014
	Básica o Primaria		Media o Secundaria		Universitario o Superior	
15	15.17	37.6	44.23	47.56	-	-
16	24.87	30.08	30.3	41.24	-	-
17	17.81	28.08	33.33	47.29	-	-
18	16.53	35.03	28.15	46.17	-	-
19	18.6	28.13	27.16	36.64	-	-
<b>15-19</b>	<b>18.6</b>	<b>31.79</b>	<b>30.04</b>	<b>42.74</b>	-	-
20	14.4	31.97	22.5	46.17	37	54.03
21	16.99	25.33	20.13	35.97	27.13	48.81
22	10.19	23.87	21.88	30.46	28.86	46.23
23	10.47	21.39	16.83	33.51	27.63	47.75
24	7.14	24.68	15.71	28.53	21.11	47.47
<b>20-24</b>	<b>11.62</b>	<b>25.29</b>	<b>19.49</b>	<b>35.41</b>	<b>27.46</b>	<b>48.48</b>

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDESA 2007) y Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR-MICS 2014). ONE.

**Cuadro 24**

REPÚBLICA DOMINICANA: porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años, iniciadas sexualmente, que utilizaron condón en la primera relación sexual, por nivel socioeconómico, 2014.

	Más pobres	Segundo quintil	Quintil medio	Cuarto quintil	Más ricos
<b>15</b>	37.88	37.78	48.78	44.44	40
<b>16</b>	35.56	29.07	55.36	32.2	31.03
<b>17</b>	33.85	31.52	26.67	50	66.67
<b>18</b>	25.87	40.15	47.18	59.02	71.23
<b>19</b>	24	36.77	48.75	34.84	51.75
<b>15-19</b>	<b>30.05</b>	<b>35.53</b>	<b>44.99</b>	<b>44.39</b>	<b>56</b>
<b>20</b>	25.57	47.96	41.57	51.85	61.59
<b>21</b>	21.89	26.37	44.92	43.37	53.13
<b>22</b>	22.22	24.24	41.04	28.57	54.8
<b>23</b>	22.41	30.93	38.15	45.91	43.67
<b>24</b>	19.55	24.28	35.03	44.81	49.7
<b>20-24</b>	<b>22.32</b>	<b>31.21</b>	<b>40.18</b>	<b>43.33</b>	<b>52.4</b>

Fuente: ONE: Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR-MICS 2014).

En síntesis, la desigualdad social también opera en el caso de las variables intermedias. El entorno socio-económico donde se desarrollan la vida de las(os) adolescentes es otro de los factores que moldean su comportamiento, incluyendo el comportamiento sexual, nupcial y anticonceptivo. Y la forma en como incide tiende a ser recurrente bajo la forma de acumulación de factores de riesgo, pues a menor nivel socio-económico las iniciaciones sexuales y nupciales son más tempranas, y menor uso de anticonceptivos, en particular menor debut sexual protegido.

En el Cuadro 25 se aprecia que, para todas las edades simples, las adolescentes de menor educación tienen mayores porcentajes de iniciación sexual, y que esto ha sido una constante desde 1986 a la fecha de la última encuesta. Un dato muy relevante es que la tendencia al adelantamiento y masificación de la actividad sexual en la adolescencia se da para todos los grupos educativos, estrechándose significativamente las brechas entre ellos. Tomando como referencia la edad de 20 años que permite tener una estimación robusta de muchachas con educación universitaria, la relación entre el porcentaje de iniciadas sexualmente de los grupos educativos extremos era tres (3) veces mayor en el año 1986 (72.06% entre las muchachas con educación Básica y solo 20.83% con educación universitaria). Un patrón similar se observa en 1996. Sin embargo, para el 2013 esta diferencia se reduce a menos de la mitad (93.65% para educación Básica y 57.19% para el nivel universitario).

Aunque las disparidades sociales para la edad de iniciación sexual todavía existen, y son mayores a edades más tempranas, resulta evidente que difícilmente se puede atribuir a esta variable intermedia la persistencia o agudización de la desigualdad de la maternidad adolescente, porque, como se explicó, las disparidades sociales de la iniciación sexual se han estrechado.

**Cuadro 25**  
REPÚBLICA DOMINICANA: porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años iniciadas sexualmente, por nivel educativo, según edades simples, 1986, 1996 y 2013

Edad	Básica o Primaria			Media o Secundaria			Universitario o Superior		
	DHS 1986	DHS 1996	DHS 2013	DHS 1986	DHS 1996	DHS 2013	DHS 1986	DHS 1996	DHS 2013
<b>15</b>	8.28	16.04	34.27	1.42	1.52	14.33	-	-	-
<b>16</b>	16.01	25.71	51.89	4.26	11.78	25.8	-	-	-
<b>17</b>	29.4	45.09	67.51	11.18	12.3	42.62	-	-	-
<b>18</b>	50.27	62.77	76.9	13.86	25.5	56.28	-	-	-
<b>19</b>	64.2	76.37	91.53	20.53	36.67	72.46	-	-	-
<b>15-19</b>	<b>29.38</b>	<b>40.65</b>	<b>60.62</b>	<b>12.21</b>	<b>19.82</b>	<b>41.34</b>	-	-	-
<b>20</b>	72.06	77.31	93.65	39.24	45.38	83.35	20.83	25.47	57.19
<b>21</b>	77.57	94.57	98.09	46.06	61.4	88.82	18.62	37.48	63.91
<b>22</b>	85.1	93.22	95.32	56.61	60.51	92.04	35.92	43.07	74.91
<b>23</b>	94.73	94.97	98.6	57.96	74.86	91.73	34.44	47.86	76.62
<b>24</b>	92.22	94.21	97.4	62.76	75.73	95.94	39.3	50.59	78.68
<b>20-24</b>	<b>83.33</b>	<b>90.96</b>	<b>96.72</b>	<b>51.46</b>	<b>63.09</b>	<b>89.41</b>	<b>30.361</b>	<b>42.02</b>	<b>70.72</b>

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDESA 1986-2013).

De esta manera, se cumple la hipótesis de Bozon, y de muchos otros autores (Rodríguez, 2016, Cherry y Dillon, 2014; Baume, 2014) que con la modernidad en los países occidentales se tiende a normalizar, aunque no necesariamente a universalizar, la actividad sexual en la adolescencia hasta niveles altos, cuyos límites dependen de las realidades socioculturales en cada país. Sin embargo, lo que no se cumple de la hipótesis anterior en la República Dominicana es que esta masificación no ha sucedido tan marcadamente en un contexto prenupcial, por la ya comentada tendencia al aumento de la prevalencia de la unión durante la adolescencia.

El Cuadro 26 confirma lo esperado en el sentido de que el mayor nivel socioeconómico (educativo en rigor) se asocia a menores índices de unión temprana. Pero, al mismo tiempo, aporta una relevante sorpresa con relación a la tendencia en aumento de la unión en edades adolescentes y jóvenes. Su ascenso ha sido generalizado socialmente; es decir, ni siquiera los grupos con mayor nivel educativo la han resistido, lo que difiere de la experiencia en otros países, donde la estabilidad o los ligeros cambios hacia arriba o hacia debajo sobre la nupcialidad en la adolescencia esconden una divergencia fundamental: el aplazamiento, en el caso de los grupos con mayor nivel socioeconómico; o el adelantamiento en el caso de los grupos con menor nivel socioeconómico (Esteve y Flórez-Paredes, 2014).

La unión temprana, su alto nivel y su consistente tendencia al aumento, se convierte entonces como un factor decisivo para comprender el nivel y la evolución de la fecundidad y la maternidad adolescente en la República Dominicana y debe, por ende, estar en el centro de la acción de política, las que son de una naturaleza más bien diferente a la acción en las otras variables intermedias.

**Cuadro 26**

REPÚBLICA DOMINICANA: porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que han estado alguna vez casadas o unidas, por nivel socioeconómico, 2013-2014

	DHS 2013	ENHOGAR 2014	DHS 2013	ENHOGAR 2014	DHS 2013	ENHOGAR 2014	DHS 2013	ENHOGAR 2014	DHS 2013	ENHOGAR 2014
	Más pobres		Segundo quintil		Quintil medio		Cuarto quintil		Más ricas	
15	27.8	9.6	17.6	3.4	15.2	5.5	7.3	1.3	1.5	2.8
16	31.6	12.3	28.1	12.9	19.3	1.8	15.6	5.3	10.2	5.5
17	58.7	18	28.6	9.2	24.4	11.8	22.6	4.5	12.5	2.4
18	51.8	13.7	54.9	11.8	21.7	13.5	38.6	10.8	21.9	7
19	71	15	58.8	17.5	47.7	17	39.2	15.8	12.5	10
<b>15-19</b>	<b>49.2</b>	<b>13.8</b>	<b>37.6</b>	<b>11.1</b>	<b>26</b>	<b>10.3</b>	<b>25.5</b>	<b>7.3</b>	<b>11.7</b>	<b>5.7</b>
20	77.2	17.3	71.4	18.8	49.3	28.4	46.7	15.4	29.5	13.8
21	94.3	23.3	76.9	22.4	52.5	21.8	45.9	16.6	37.9	10
22	85.9	24.2	81.1	29.9	70.8	22.5	65.1	30.5	41.9	13.4
23	89.8	20.9	88.4	23.2	73.8	20.5	71.7	15.6	46.2	12.4
24	92.6	27	81.7	30.4	79.4	29.7	67.2	15.5	63.5	13.1
<b>20-24</b>	<b>88</b>	<b>22.5</b>	<b>79.7</b>	<b>24.5</b>	<b>65</b>	<b>24.5</b>	<b>58.7</b>	<b>18.1</b>	<b>43.2</b>	<b>12.4</b>

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDESA 2013) y Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR-MICS 2014). ONE.

Por último, con relación al acceso a la anticoncepción y al acceso y permanencia en el sistema educativo, ambos están claramente asociados a una mayor protección de la iniciación sexual, revelando que es otro factor decisivo para las desigualdades reproductivas.

# 14

**Determinantes  
sociales y  
modelos  
logísticos**



## 14. Determinantes sociales y modelos logísticos.

Los factores que influyen sobre la probabilidad de ser madre son variados, e interactúan de manera compleja entre éstos. De hecho, la fecundidad depende directamente de los determinantes próximos (Bongaarts, 1978, 1982, 2015), pero a su vez éstos dependen de otros factores subyacentes, como son las variables de las diferentes capas incluidas en el modelo ecológico expuesto en el marco teórico. El conjunto de esta acción escalonada es el que determina la probabilidad de ser madre adolescente.

Para ofrecer un primer acercamiento a este complejo proceso de determinación, se usarán modelos logísticos que tienen entre sus virtudes la capacidad de modelar variables de respuesta categóricas (modelos binomiales para variables dicotómicas como haber sido o no madre adolescente; modelos multi-nomiales para variables con más de dos categorías, como haber sido madre adolescente precoz, madre adolescente temprana, madre adolescente tardía, no haber sido madre adolescente); hacer análisis multivariados, es decir controlando por todas las variables incluidas en el modelo; no requerir supuesto de normalidad; ofrecer coeficientes que tienen interpretaciones intuitivas (como los odd ratios o relaciones de momios, o relaciones de chances), y permitir el cálculo de probabilidades estimadas bajo diferentes escenarios de las variables condicionantes usadas en los modelos.

En las disciplinas bioestadísticas estos modelos suelen usarse para identificar "factores de riesgo"; es decir, variables asociadas a un evento (que es la variable-respuesta), en términos de aumento de la probabilidad de ocurrencia del mismo (si la variable se asocia a una reducción de la probabilidad de ocurrencia del evento se habla de factores preventivos más que de riesgo; sin que la palabra riesgo implique necesariamente negatividad sino probabilidad. Si el evento es definitivamente dañino se puede hablar también de factores protectores).

Cabe subrayar que las variables condicionantes normalmente no pueden considerarse causas, aunque tengan una muy alta asociación; pues los modelos logísticos usados no son de duración, y por ende no controlan la temporalidad clave de una relación causal; es decir que, claramente la causa precede al efecto. Asimismo, tampoco controla las eventuales relaciones de simultaneidad que puede haber entre las variables. En síntesis, no se trata de modelos causales, sino multivariados descriptivos, cuyo propósito central es resumir las relaciones con coeficientes que muestren la magnitud de la asociación controlando las otras variables incluidas en el modelo.

Es importante aclarar que las variables utilizadas para estos modelos no cubren todos los potenciales determinantes de la maternidad adolescente; que, como plantea el marco ideológico expuesto en la sección teórica, son muchos, y de diferentes niveles y tipos. Sin embargo, para modelar la chance de ser madre antes de los 20 años mediante las regresiones logísticas, se ha hecho un esfuerzo por incluir todas las variables, tanto intermedias como subyacentes<sup>37</sup> que se hayan considerado en los capítulos previos de este texto, y que se encuentran directamente relacionadas con el comportamiento reproductivo de las adolescentes.

<sup>37</sup> En este caso, finalmente se optó por incluir dos variables: a) el nivel socio-económico medido con el indicador de los quintiles de bienestar que calculan las DHS; b) la zona de residencia.

El nivel educativo se excluyó porque el nivel terciario (que de acuerdo a los análisis bi-variados es el que tiene mayor asociación negativa como "efecto protector"), y la probabilidad de haber sido madre, solo está al alcance de las muchachas mayores del grupo, lo que tiende a sesgar las estimaciones. Asimismo, presenta una alta correlación con el quintil de ingresos, implicando riesgos de multi-colinealidad. Y más allá del alcance no causal (solo asociación) de los modelos, está claro que entre la educación alcanzada y la maternidad adolescente hay relaciones de determinación bidireccionales, pues la maternidad temprana puede generar deserción y término de trayectorias escolares.

El primer modelo (Cuadro 27) estima la probabilidad de ser madre para el grupo de 15 a 19 años, como condicional en cinco variables:

- a) la edad, que es una variable de control clave en este caso, porque en las secciones previas se evidenció la estrecha relación entre la edad y la probabilidad de ser madre adolescente en el grupo 15-19 y que esto tenía explicaciones más o menos obvias y que por lo mismo no cabe mayor interpretación sobre su coeficiente (que siempre debería ser superior a 1 indicando que el aumento de la edad implica un aumento de la chance de ser madre adolescente), pero sí es importante incluirlo como control para asegurar que las otras relaciones del modelo no estén afectadas por la edad;
- b) el nivel socioeconómico medido mediante los quintiles de bienestar de la ENDESA, y que sí interesa estimar su efecto controlando las otras variables del modelo. Ciertamente se espera que los coeficientes muestren que un mayor nivel socioeconómico se asocia con menores chances de haber sido madre adolescente;
- c) la zona de residencia;
- d) la variable intermedia exposición a la actividad sexual medida con la edad a la que tuvo su primer coito; las muchachas que no han tenido actividad sexual se excluyen de los cálculos, porque en sus casos no hay una relación probabilística con la variable de respuesta, sino una relación determinística (imposible que hayan sido madres) que no tiene sentido modelar;
- e) la variable intermedia estado conyugal medida en formato dicotómico (ha estado unida o no ha estado unida).

Los resultados muestran asociaciones estadísticamente significativas para todas las variables, y en el sentido esperado. Cada año de edad adicional implica algo más de un 100% de aumento de la chance de haber sido madre. El quintil socioeconómico inferior duplica la chance del quintil más rico y en general hay una reducción progresiva de las chances a medida que aumenta el nivel socioeconómico, salvo en el caso del quintil intermedio en la encuesta del 2013 que registra una chance inferior al quintil más acomodado.

En el caso de la zona de residencia, el coeficiente ratifica que la chance de haber sido madre tiende a ser mayor en las zonas rurales que en las urbanas (13% mayor en 2007 y 30% mayor en 2013). Sin embargo, no son estadísticamente significativos.

Respecto a la unión, el coeficiente es alto y estadísticamente significativo, indicando que las chances de haber sido madre adolescente de aquéllas “alguna vez unidas” son entre 5.5 veces en el 2007) y 10 veces en el 2013 veces la chance de las mujeres nunca unidas.

Finalmente, el coeficiente de la iniciación sexual también sugiere una asociación fuerte y es estadísticamente significativo; y tal como se espera, cada año de postergación de esa iniciación reduce en un 40% la chance de ser madre adolescente.

Uno de los datos más llamativos de este primer modelo es que el efecto del nivel socioeconómico es mucho menor que el estimado mediante las tabulaciones bi-variadas en el Capítulo sobre desigualdades. Esto se explica porque ahora se controla por dos variables intermedias, que también están marcadas por la desigualdad. En este sentido queda claro que parte importante del efecto de la variable subyacente del nivel socioeconómico se canaliza a través del aumento en la probabilidad de unirse, a medida que se reduce el nivel socioeconómico, y la reducción de la edad de iniciación sexual a medida que baja el nivel socioeconómico.

Ahora bien, el gran efecto de esa unión, en términos de aumento de la chance de haber sido madre adolescente (que ahora se confirma en un examen multi-variado), debe tomarse con cierta cautela, porque puede deberse a dos situaciones muy diferentes, como apuntan Di Cesare y Rodríguez Vignoli (2006). En primer lugar, está el efecto desde la unión al embarazo, en el caso de las muchachas que por estar viviendo en pareja (sea de manera formal o informal) ya están dispuestas a iniciar su trayectoria reproductiva, y, por tanto, tienen más probabilidad de ser madres. La segunda posibilidad es que las adolescentes que quedan embarazadas se unan antes de que nazca el bebé, o antes de que se realice la encuesta en rigor.

**Cuadro 27**

REPÚBLICA DOMINICANA: probabilidad de ya haber tenido un hijo(a) para adolescentes de 15 a 19 años, iniciadas sexualmente, 2007 y 2013.

Variables		2007		2013	
		Razón de momios (Odss ratios)	P-value	Razón de momios (Odss ratios)	P-value
Edad	Edad	1.77	0.000	1.729	0.000
Nivel socioeconómico	<b>Mayor (grupo de referencia)</b>				
	Menor	4.715	0.000	5.996	0.000
	Bajo	2.993	0.000	3.217	0.000
	Intermedio	1.615	0.000	2.301	0.000
Zona de residencia	<b>Urbano (grupo de referencia)</b>				
	Rural	0.738	0.000	0.678	0.002
Constante	Constante	0	0.000	0.000	0.000

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDESA 2007 y 2013).

Por otra parte, el modelo que sigue, y que se expone en el Cuadro 28, es idéntico al anterior, pero con una variable adicional que apunta a capturar el tercer determinante próximo: el uso de anticonceptivos. Sin embargo, utiliza el indicador estándar de los modelos vigentes de variables intermedias para "todas las mujeres" (Bongaarts, 2015), a saber: el uso actual de anticonceptivos. Y como ya se indicó, este indicador es inadecuado para las adolescentes, muchas de las cuales comienzan a usar anticoncepción justamente por haber sido madres.<sup>38</sup> Y, de hecho, es el principal hallazgo del modelo, que sugiere que las mujeres que usan anticoncepción tienen más del doble de la chance de ser madre que las que no usan.

<sup>38</sup> En este caso el efecto distorsionador no proviene de la evidente relación entre el uso de anticoncepción y la actividad sexual, porque se trata de muchachas ya iniciadas. Sin embargo, además de la razón más importante expuesta en el cuerpo del documento para esta asociación positiva entre uso de anticoncepción y chance de haber sido madre, si podría ocurrir que las usuarias actuales tuviesen una exposición mucho más constante a la actividad sexual que las no usuarias. Y si este uso actual es ineficiente, entonces su poder preventivo se reduciría marcadamente, pudiendo generar esta relación positiva, la que en todo caso seguiría siendo equívoca pues no se debería al uso en sí de los anticonceptivos, sino a su utilización ineficiente.

Este equívoco, que puede tener lectura de políticas erradas y dañinas, se supera en el tercer modelo (Cuadro 29), donde se incluye un indicador de anticoncepción liberado de este problema, de causalidad inversa: el uso de anticonceptivo en la primera relación sexual (que por definición es un uso con cero hijos tenidos).<sup>39</sup> Y se advierte que el coeficiente ahora sí muestra el efecto protector de la anticoncepción en el debut sexual: las muchachas que usaron anticoncepción en el primer coito tienen un a chance que es un 40% menor que las que no usaron anticoncepción en el primer coito.

**Cuadro 28**

REPÚBLICA DOMINICANA: probabilidad de ya haber tenido un hijo(a) para jóvenes de 15 a 19 años, con uso actual de anticonceptivos, 2007 y 2013.

Variables		2007	2013
		Razón de momios (Odss ratios)	Razón de momios (Odss ratios)
Edad	Edad	2.109	2.356
Nivel socioeconómico	<b>Mayor (grupo de referencia)</b>		
	Menor	2.211	1.219
	Bajo	2.685	1.144
	Intermedio	1.679	0.621
Zona de residencia	<b>Urbano (grupo de referencia)</b>		
	Rural	1.104	1.207
Estado conyugal	<b>Nunca unida (grupo de referencia)</b>		
	Alguna vez en unión pareja	5.249	11.934
Edad Primer coito	Edad primer coito	0.595	0.605
Uso actual de anticonceptivos	<b>No uso actual de anticoncepción (grupo de referencia)</b>		
	Uso actual de anticoncepción	2.486	2.77
Constante	Constante	0.000	0.000

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDESA 2007 y 2013).

Nota: en negrita coeficientes estadísticamente significativos con un nivel de confianza de 95% (p-value<0.05).

<sup>39</sup> Solo datos del 2007, porque en la encuesta del 2013 no incluyó esta pregunta.

Cuadro 29

REPÚBLICA DOMINICANA: Probabilidad de haber tenido un hijo(a) para jóvenes de 15 a 19 años, con uso de anticonceptivos en la primera relación sexual, 2007.

Variables		2007
		Razón de momios (Odds ratios)
Edad	Edad	<b>2.116</b>
Nivel socioeconómico	Mayor (grupo de referencia)	
	Menor	<b>1.896</b>
	Bajo	<b>2.556</b>
	Intermedio	1.4
	Alto	1.732
Zona de residencia	Urbano (grupo de referencia)	
	Rural	1.122
Estado conyugal	Nunca unida (grupo de referencia)	
	Alguna vez en unión pareja	<b>5.426</b>
Edad primer coito	Edad primer coito	<b>0.593</b>
Uso de anticonceptivos en la primera relación sexual	No usó condón	
	Uso condón en la primera relación sexual	<b>0.597</b>
Constante	Constante	0.001

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDESA 2007).  
Nota: en negrita coeficientes estadísticamente significativos con un nivel de confianza de 95% (p-value<0.05).

Centrando la mirada en el uso de anticonceptivos en la última relación sexual disminuye ligeramente la chance probabilística de haber tenido un(a) hijo(a) en este grupo de edad. Asimismo, en el Cuadro 30 se expone que es mayor la probabilidad de haber tenido un hijo(a) si se usa condón en la última relación sexual, con relación al uso en la primera relación sexual. Esto podría explicarse a través de una mayor conciencia del uso de anticonceptivos, si esto se usa en la primera relación sexual, lo que podría indicar una mayor consistencia y frecuencia en su uso.

Cuadro 30

REPÚBLICA DOMINICANA: Probabilidad de haber tenido un hijo(a) para jóvenes de 15 a 19 años con uso de anticonceptivos en la última relación sexual, 2007 y 2013.

Variables		2007	2013
		Razón de momios (Odds ratios)	Razón de momios (Odds ratios)
Edad	Edad	<b>2.105</b>	<b>2.307</b>
Nivel socioeconómico	Mayor NSE (grupo de referencia)		
	Menor	<b>2.2</b>	1.122
	Bajo	<b>2.544</b>	1.06
	Intermedio	1.655	0.594
	Alto	<b>2.137</b>	1.149
Zona de residencia	Urbano (grupo de referencia)		
	Rural	1.17	1.286
Estado conyugal	Nunca unida (grupo de referencia)		
	Alguna vez en unión de pareja	<b>5.371</b>	<b>10.926</b>
Edad primer coito	Edad Primer coito	<b>0.554</b>	<b>0.594</b>
Uso actual de de anticonceptivos	No usó condón en la última relación sexual		
	Uso condón en la última relación sexual	0.684	0.944
Constante	Constante	<b>0.002</b>	<b>0</b>

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDESA 2007 y 2013).  
Nota: en negrita coeficientes estadísticamente significativos con un nivel de confianza de 95% (p-value<0.05).

Pero, resulta interesante preguntarse cuál es la probabilidad de utilizar condón en la primera relación sexual. La respuesta la vemos en el Cuadro 31, el cual muestra una probabilidad menor que 1 para jóvenes en este grupo de edad. Esta probabilidad se reduce considerablemente según el nivel socio-económico, llegando a su punto más bajo en el grupo socio-económico menor, donde esta probabilidad se establece en 0.397.

**Cuadro 31**

REPÚBLICA DOMINICANA: chance de haber utilizado condón en la primera relación sexual entre jóvenes de 15 a 19 años, 2007

Variables		2007
		Razón de momios (Odds ratios)
<b>Edad</b>	<b>Edad</b>	<b>0.998</b>
<b>Nivel socioeconómico</b>	<b>Mayor (grupo de referencia)</b>	
	<b>Menor</b>	<b>0.397</b>
	<b>Bajo</b>	0.86
	<b>Intermedio</b>	0.902
<b>Zona de residencia</b>	<b>Urbano (grupo de referencia)</b>	
	<b>Rural</b>	0.746
<b>Unión</b>	<b>Nunca en unión de pareja (grupo de referencia)</b>	
	<b>Alguna vez unidas</b>	<b>0.582</b>
<b>Constante</b>	<b>Constante</b>	0.875

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDESA 2007). Nota: en negrita coeficientes estadísticamente significativos con un nivel de confianza de 95% (p-value<0.05).

Una vez efectuado el examen de los modelos que usan la chance de haber sido madres como variable condicionada o de respuesta, se examinará la relación entre las principales variables intermedias, y las dos condicionantes sociales subyacentes incluidas en los modelos anteriores.

En el Cuadro 32 se presentan los resultados de un modelo de la chance de haberse unido entre adolescentes y se cuantifica la estrecha asociación que el nivel socioeconómico tiene sobre ella controlando por la edad y la zona de residencia.

Como es de esperar, las chances aumentan con la edad, por eso cabe introducir esta variable como control. Y ciertamente, el nivel socioeconómico tiene muy estrecha relación con estas chances y en el sentido, ya anticipado por los cuadros bivariados. Por ejemplo, en 2013

las chances de haberse unido entre las muchachas de 15 a 19 años del quintil más pobres eran quince veces la del quintil más rico.

Los coeficientes de la zona de residencia sugieren que la relación mostrada en los análisis bivariados de mayor probabilidad de unión en la adolescencia en zonas rurales, se debe a la composición socioeconómica y eventualmente etaria de estas zonas, porque al controlar estas variables se verifica una menor chance de unión en las zonas rurales (30% menor en el 2013).

**Cuadro 32**

REPÚBLICA DOMINICANA: chance de haber estado alguna vez unidas en jóvenes de 15 a 19 años, 2007 y 2013.

Variables		2007		2013	
		Razón de momios (Odds ratios)	P-value	Razón de momios (Odds ratios)	P-value
<b>Edad</b>	<b>Edad</b>	<b>1.702</b>	<b>0.000</b>	<b>1.589</b>	<b>0.000</b>
<b>Nivel socioeconómico</b>	<b>Mayor (grupo de referencia)</b>				
	<b>Menor</b>	8.338	0.000	15.344	0.000
	<b>Bajo</b>	5.185	0.000	8.822	0.000
	<b>Intermedio</b>	2.772	0.000	5.14	0.000
	<b>Alto</b>	1.582	0.000	3.587	0.000
<b>Zona de residencia</b>	<b>Urbano (grupo de referencia)</b>				
	<b>Rural</b>	0.814	0.01	0.684	0.005
<b>Constante</b>	<b>Constante</b>	0	0.000	0.000	0.000

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDESA 2007 y 2013).

# 15

**Paternidad  
adolescente**



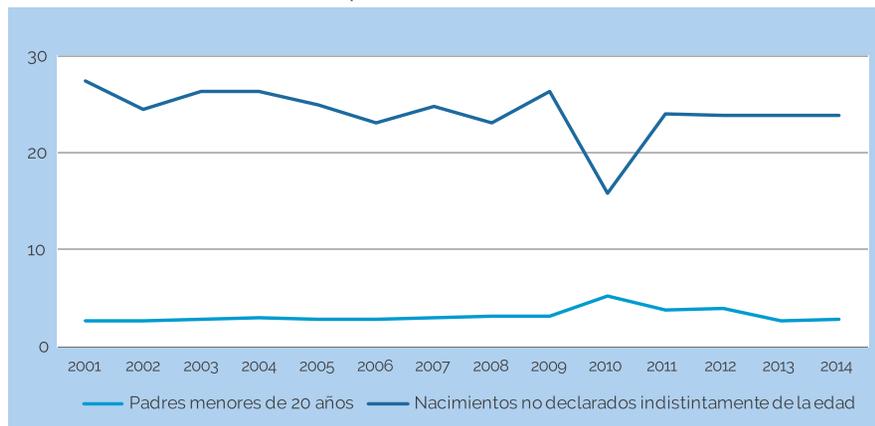
## 15. Paternidad adolescente.

La información sobre padres adolescentes es bastante escasa en República Dominicana, al igual que el análisis de la paternidad en general. Una de las pocas fuentes disponibles para conocer por lo menos la estructura etaria de los padres son los registros vitales de nacimientos, pero estos sufren un sesgo importante debido al sub-registro.

En el Gráfico 29 se puede observar una serie temporal del 2001 al 2014 de los nacimientos registrados durante esos años, según la edad del padre al nacer y los(as) hijo(as). Este gráfico muestra que el porcentaje de nacimientos atribuidos a padres menores de 20 años es menos del 5% en casi todos los casos, exceptuando en el 2010 que parece un caso atípico. Lo que sí llama la atención es que, aunque es muy bajo el porcentaje de padres adolescentes, es bastante considerable el porcentaje de padres que no declaran a sus hijos(as); esto es un indicador de cómo la responsabilidad de reconocer a los(as) hijos(as) recae sobre todo en la madre.

**Gráfico 29**

REPÚBLICA DOMINICANA: porcentaje de Registros de Nacimientos entre padres menores de 20 años y porcentaje de nacimiento no declarados independiente de la edad, 2001-2014



Fuente: Estadísticas vitales 2001-2014, ONE.

En el cuadro 33 se expone el porcentaje de nacimientos registrados, correspondiente a madres adolescentes, por la edad de dichas madres, según la edad de los padres. Como se puede observar, en el caso donde se muestra el mayor porcentaje de nacimientos registrados (41,3%), no se conoce la edad del padre, lo que pudiera estar evidenciando un alto abandono por parte de estos, dejando a las adolescentes madres solas con la pesada carga de la maternidad, y más aún, a una edad temprana. Otro dato importante que se revela en este Cuadro, es que los padres de los(as) hijos(as) de madres adolescentes, en su mayoría, no son jóvenes pares a ellas, sino un poco mayores, ya que el segundo dato de mayor relevancia en cuanto a los registros de niños/as, corresponden a padres en edades entre 20 y 24 años (25,06% y 31,81% para los grupos de madres de 15 años y las de 15 a 19 años respectivamente).

**Cuadro 33**

REPÚBLICA DOMINICANA: porcentaje de nacimientos registrados según edad de las madres por la edad de los padres, 2014.

Edad del padre	Edad de la madre	
	Menos de 15	15-19
Menos de 15 años	0.5	0.06
15 - 19	0.5	8.61
20 - 24	25.06	31.81
25 - 29	10.3	17.83
30 - 34	3.97	7.69
35 - 39	2.17	3.24
40 - 44	1.33	1.58
45 - 49	0.69	0.84
50 y más	0.53	0.81
No declarada	41.3	27.52

Fuentes: ONE: Estadísticas Vitales, Oficina Nacional de Estadística.

Cruzat y Aracena (2006) en su estudio sobre el significado de la paternidad en los adolescentes expresan lo siguiente:

A lo largo de este estudio fue posible descubrir que, si bien la paternidad consagra la hombría adulta y es una meta o sueño para cuando se sienten preparados, se contrapone al ideal adolescente de libertad; por lo tanto, el hecho de ser padre, para los adolescentes, es tanto un logro como una pérdida. Un aspecto relevante encontrado en este estudio es la sensación de desamparo en la que se encuentran los adolescentes ante el tema de la paternidad. Dicho desamparo responde a la escasa información relativa al tema y a la carencia de apoyo. Por lo general, el aprendizaje de la paternidad surge solo al momento de verse enfrentado a la experiencia, ya sea en forma directa o vicaria.

Estos autores resaltan las limitaciones de información sobre el tema de la paternidad adolescente. Socialmente no es un tópico tratado; al contrario de la maternidad adolescente en cierto grado se hace hasta invisible al padre adolescente o a la pareja masculina de la madre adolescente, de manera que queda separado de su responsabilidad en el proceso de procreación y posterior crianza del hijo(a).



# 16

Políticas públicas  
para disminución  
del embarazo  
adolescente en  
la República  
Dominicana



## 16. Políticas públicas para disminución del embarazo adolescente en la República Dominicana: de prevención y de promoción de las capacidades de los padres y las madres jóvenes.

En las décadas recientes, diferentes instituciones, tanto estatales como de la Sociedad Civil, han desarrollado iniciativas para disminuir el problema social del embarazo en las adolescentes. Sin embargo, es a partir de la articulación del "Comité Técnico Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia", cuando se desarrolla un plan (2011-2016) que serviría como documento guía para la ejecución de acciones del grupo de instituciones coordinadas a trabajar en la disminución del fenómeno en el país. El grupo de instituciones estuvo compuesto por: Ministerio de la Mujer, Salud Pública, Ministerio de Educación, Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia (CONANI), Ministerio de la Juventud, Pro Familia y el Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales (GCPS).

La iniciativa de este primer Plan Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes en la República Dominicana se enlazaba con las acciones para el alcance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y al Plan de Nacional de Igualdad y Equidad de Género 2007-2017 (PLANEG II), el Plan Decenal de Salud (PLANDES) y el Plan Estratégico Nacional para la Salud Integral de Adolescentes (PENSIA 2010-2015).

El Plan contemplaba que al 2016 el país contaría con un sistema integral de prevención del embarazo en adolescentes que fuera intersectorial e interinstitucional, desde una perspectiva de género y derechos humanos. La planificación fue elaborada reconociendo los desafíos más relevantes para la reducción considerable del porcentaje de adolescentes embarazadas en el país. Los retos iban desde lo normativo y deficiencia

en la cobertura de servicios de salud para adolescentes, hasta aspectos culturales que impiden abordar el problema desde una educación sexual abierta y clara.

En el plan se definieron siete líneas estratégicas. A saber:

1. Fortalecimiento del marco legal y de políticas públicas en materia de desarrollo de adolescentes.
2. Promoción de la educación sexual y los derechos sexuales y 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 salud reproductiva de adolescentes.
6. Fomento de la participación y organización de los jóvenes.
7. Fortalecimiento de las alianzas estratégicas y la colaboración intersectorial.

Sin embargo, el Plan que contemplaba iniciar en 2011, realmente inició en 2013 por dificultades en la asignación presupuestaria. Al finalizar la ejecución del Plan, la República Dominicana debía contar con un sistema integral de prevención de embarazos en adolescentes que fuera diseñado desde varios enfoques; sobre todo que respondiera a las necesidades de servicios y orientación en salud sexual y reproductiva de la población.

## 16.1 Iniciativas de las instituciones.

Cuando inició el abordaje de las políticas y programas destinados a disminuir el embarazo adolescente en República Dominicana, se encontró que distintas instituciones vinculadas al trabajo con adolescentes estaban desarrollando iniciativas para disminuir la prevalencia de embarazos en esta población. Sin embargo, la información se encontraba atomizada y se constató que las organizaciones no siempre trabajan de manera articulada.

Debido a la dispersión de la información, fue necesario un levantamiento primario para recopilar y sistematizar los esfuerzos estatales para reducir la fecundidad en chicas adolescentes. Se procedió a levantar los datos en instituciones que desarrollaran iniciativas relacionadas al embarazo adolescente a través de reuniones con el personal técnico encargado del tema.

Los desafíos relevados antes del diseño del Plan de Prevención de Embarazos Adolescentes 2011-2016, persisten, según lo expresado por los técnicos entrevistados para este estudio.

Para agrupar las iniciativas, se han separado por ejes de acción considerados fundamentales para trabajar la problemática.

A mediados del año 2017, se crea la "Mesa Técnica para Promoción de la Salud de las Personas Adolescentes (METSAs)" impulsada por Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de los y las Adolescentes (PRONAIISA). Se trata de una mesa con las entidades que componen el "Comité Técnico Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia", y otras vinculadas a los adolescentes. Esta articulación se ha creado para socializar los esfuerzos realizados por el Estado para la prevención de la maternidad y paternidad adolescente, y buscar colaboración mutua para conseguir los objetivos comunes.

## 16.2 Programas de servicios en salud sexual y reproductiva.

El Ministerio de Salud a través del "Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de los y las Adolescentes (PRONAIISA)", ha realizado diversas iniciativas para proveer educación y servicios a la población adolescente. Como primera acción destacable se identifica el impulso a un marco normativo para la atención integral de adolescentes y guías de atención en el embarazo y anticoncepción en adolescentes. Los lineamientos definidos en estos documentos deben orientar el protocolo en los establecimientos de salud.

Los servicios de atención primaria también incluyen la facilitación de anticonceptivos y la orientación sobre su uso.

De igual manera, PRONAIISA<sup>40</sup> promueve la formación en educación sexual, anticonceptiva y prevención de mortalidad materna a través de materiales de información escrita y la creación de una página Web, y comunicación (IEC).

Dentro de la estructura de la Vicepresidencia de la República, dos instituciones abordan el fenómeno del embarazo adolescente, estas son: Progresando con Solidaridad (PROSOLI) y el Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales (GCPS).

PROSOLI es el componente que tiene mayor cercanía con la comunidad. Su participación para la prevención del problema ha sido capacitando a multiplicadores juveniles en material educativo sobre salud sexual y reproductiva (prevención ITS y embarazos) a través del programa "Yo decido esperar".

<sup>40</sup> Como parte de la Dirección Materno-Infantil y adolescente se encuentra el "Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de los y las Adolescentes (PRONAIISA)". Su objetivo principal indica: está enunciado como "brindar atención integral a la salud de los y las adolescentes en forma oportuna, continua y humana. Mediante la promoción, protección y mantenimiento de la salud física, mental y social para contribuir a reducir la morbilidad y mortalidad de este grupo". Este programa está dirigido a los y las jóvenes entre diez y diecinueve años.

Las capacitaciones han sido el mecanismo principal del GCPS para incidir en la prevención de embarazos en adolescentes. Se han formado proveedores de salud para la asistencia integral en Azua, La Vega y Santo Domingo. También, han sido capacitados proveedores de servicios sobre Evaluación de Riesgo y Consejería Diferenciada en Salud Sexual y Reproductiva, especializada para adolescentes.

### 16.3 Transformaciones en la medicina para adolescentes.

Bajo el criterio que el abordaje de la atención médica a adolescentes debe presentar particularidades, se evidencia la necesidad de fomentar protocolos especiales para ellos. Se entiende que existe un vacío asistencial hacia los adolescentes que representa un problema de salud pública en el país. El Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Ministerio de la Mujer han desarrollado algunas iniciativas para capacitar y sensibilizar a los proveedores de servicios de salud, sobre las necesidades y patologías propias de las personas adolescentes.

Dentro de los esfuerzos del Ministerio de Salud está el desarrollo de un programa de actualización dirigido al personal, en algunos hospitales. En esta iniciativa se le prestó especial atención al abordaje del embarazo, la prevención de la mortalidad materna, la consejería y la anticoncepción en adolescentes. Debido a lo joven que es la especialidad y la escasa cantidad de profesionales en el área, se desarrolló un postgrado en Salud Integral de Adolescentes, cursado por 20 médicos.

La creación de indicadores de salud, incluyendo la población desagregada por sexo, es un esfuerzo para sistematizar la situación de esta población, a través del Sistema Informático de Salud Integral de Adolescentes (SIA) que aún no se ha completado.

Actualmente, en la Universidad Autónoma de Santo Domingo, se imparte la asignatura de salud integral en adolescentes. Asimismo, en esa misma casa de altos estudios, vale resaltar que a principios del presente año 2017 se finalizó el primer Diplomado en Salud Integral para Adolescentes.

El Ministerio de la Mujer ha recolectado experiencias internacionales sobre para el abordaje de la educación sexual. Como parte de esos esfuerzos resultó una visita del equipo de la Dirección de Salud de ese ministerio al Centro Nacional de Educación Sexual en Cuba. Después de talleres de revisión y validación del modelo de intervención para la promoción de la salud reproductiva y el empoderamiento de adolescentes y mujeres jóvenes, se realizó la edición y publicación del documento.

### 16.4 Acciones de Educación y Plan de Vida.

El desarrollo de iniciativas de educación sexual integral en el país ha tenido obstáculos para su concreción. En las entrevistas realizadas para este trabajo, algunos/as técnicos/as refirieron que uno de los principales inconvenientes ha sido lograr un acuerdo con la Iglesia para impartir educación sexual integral acorde con la realidad que viven las/os adolescentes.

A pesar de lo complicado de la implementación de la educación sexual integral dirigida a adolescentes, diferentes instituciones del "Comité Técnico Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia" han realizado actividades para prevenir los embarazos a través de la adecuada orientación.

El Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia (CONANI) ha capacitado a su personal técnico y administrativo de los hogares de paso y sus centros regionales y municipales sobre la prevención de embarazos en adolescentes.

El Ministerio de Educación, con el apoyo del Instituto Nacional de Formación y Capacitación del Magisterio (INAFOCAM) realizó cursos de implementación de enfoques curriculares sobre la educación sexual integral. Igualmente, a través del diplomado y la especialidad sobre Educación Integral en Sexualidad, en el cual se han formado integrantes del ministerio, se ha buscado instalar las capacidades para abordar el problema.

## 16.5 Educación hacia adolescentes y padres.

*Todas esas leyes que tienen que ver con los derechos nuestros deben ponerse en un "idioma" entendible y darlas a conocer en las escuelas y los barrios, si una no sabe sus derechos no los puede exigir ni quejarse para que se cumpla lo que manda la Ley. (Gabriela, 16 años).<sup>41</sup>*

A pesar de lo complicado que ha resultado implementar programas de educación sexual integral dirigidos a los y las adolescentes, se han desarrollado iniciativas que buscan orientar a chicos y chicas para que conozcan su cuerpo, cómo funciona la sexualidad y cómo evitar embarazos.

Dentro de los esfuerzos se encuentra una consultoría contratada por el Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales, para el desarrollo de una Estrategia de Educación Integral en Sexualidad (EIS) focalizada hacia los diversos grupos metas, e identificados en los municipios de Jima y Estebanía.

El CONANI y el Ministerio de la Juventud, en su trabajo directo con menores, realizan charlas y talleres. Al 2016 habían orientado a 20,000 jóvenes sobre Prevención del embarazo en la adolescencia. Cabe resaltar que esta institución se apoya en la multiplicación de información a través de los líderes comunitarios juveniles, por eso se han capacitado a algunos promotores.

Con los proyectos "Bebé, piénsalo bien" y "Yo decido esperar" PROSOLI interviene con las/os jóvenes e imparte talleres de prevención de embarazos, salud sexual y reproductiva, entre otras capacitaciones.

La mayoría de las iniciativas tienen como beneficiarias o público objetivo a las adolescentes, revalidando la idea de que son ellas las únicas responsables de prevenir un embarazo. En este contexto, se destaca que la Dirección General de Programas Especiales (DIGEPEP) desarrolle

<sup>41</sup> Esta declaración fue recogida en el documento Prevención del Embarazo Adolescente, con perspectiva de género y enfoque de derechos humanos: Hacia una política nacional.

talleres (realizados a partir del año 2017) para prevenir la paternidad adolescente, enfatizando la corresponsabilidad masculina. De igual manera, DIGEPEP promueve la paternidad responsable y a través de los programas de inclusión social se ha establecido la intención de impulsar el desarrollo social de los jóvenes padres.

- **Centro de Promoción de la Salud Integral de Adolescentes.**

Creado en 2015 por el Ministerio de La Mujer, este espacio tiene los siguientes objetivos:

- Ofrecer información y educación integral en sexualidad, que contribuya a la toma de decisiones favorables en referencia a la salud sexual y la salud reproductiva.
- Desarrollar programas y estrategias relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva de adolescentes y jóvenes.
- Transferir habilidades y herramientas metodológicas a profesionales e instituciones, para el abordaje de la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes con incorporación del enfoque de género y derechos humanos.

Existe un programa permanente de Promoción de Salud Sexual y Reproductiva, instalado en forma de sala de exhibición, donde se instruye sobre el tema desde una perspectiva de género y derechos humanos.

El centro se han creado, tomando como ejemplo la experiencia de los centros coreanos de enseñanza en sexualidad, para las recibir escuelas, clubes, iglesias y fundaciones de distintas partes del país.

- **Medios para promover el mensaje**

A través del programa radial "Joven a Joven" se difunde orientación en materia de salud integral de adolescentes. Este programa se transmite por la Voz de las Fuerzas Armadas, frecuencia 106.9 y Dominicana FM 98.9.

Otro recurso utilizado para educar a los adolescentes, ha sido el teatro. Con la obra teatral ¡A mí no me pasa!", enfocada en la prevención del embarazo en adolescentes e infecciones de transmisión sexual. Esta pieza teatral se presentó a propósito del Día Mundial de la Prevención del Embarazo en la Adolescencia, que es el 26 de septiembre de cada año.

También se reparten hojas informativas sobre: La Autoestima, Prevención de Embarazo en la Adolescencia, Género, Salud Sexual y Salud Reproductiva, Prevención de Violencia.

El diseño de la campaña consistió en la realización de un concurso interuniversitario, dirigido a estudiantes de término de las carreras de publicidad y mercadeo de la Universidades Autónoma de Santo Domingo (UASD), Universidad Acción Pro Educación y Cultura (APEC), Universidad Iberoamericana (UNIBE) y Universidad Católica de Santo Domingo (UCSD). Se contó con un proceso de selección de propuestas basado en un primer filtro compuesto por un comité de expertos/as de diferentes instituciones, quienes depuraron las que contaban con los criterios técnicos que se habían solicitado en la convocatoria. Luego, se realizó un proceso de validación de las campañas finalistas, presentándolas a adolescentes y jóvenes de escuelas y comunidades, quienes valoraron la que más se adecuaba a su realidad, y escogiendo la que más les gustó para una campaña. En base a estas votaciones, se seleccionó el primer, segundo y tercer lugar en el concurso.

La campaña seleccionada tiene como eje de comunicación Tu No Ta Pa Eso, con un tono de comunicación Innovador, fresco y juvenil, que ayude a crear conciencia sobre esta problemática a través de piezas de impacto que sean de fácil entendimiento.

- **Orientación a los padres y madres.**

Otro eje importante para reducir la maternidad y paternidad en adolescentes es involucrar a los padres, tutores o familiares y orientarles de cómo deben aproximarse a sus hijos para comunicarles cómo evitar embarazos y desarrollar sus planes de vida. A pesar de que el Ministerio de Educación reporta orientación a padres y tutores de adolescentes, se cuenta con poca información al respecto.

- **Campaña de prevención de embarazos en Adolescentes Tu No Ta Pa' Eso**

El Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) promovió la conformación de un espacio de articulación intersectorial e interinstitucional para el diseño de un mensaje unificado, que permitiera generar un mayor impacto, fortaleciendo las iniciativas individuales y colectivas en curso.

El objetivo de este espacio consistió en el diseño de una campaña sobre prevención de embarazo en adolescentes que permita contar con mensajes atractivos, amigables, informativos y claros, para promover los derechos sexuales y derechos reproductivos, y permita crear conciencia a fin de que adolescentes y jóvenes puedan tomar las decisiones más favorables sobre su proyecto de vida.

El diseño de la campaña consistió en la realización de un concurso interuniversitario, dirigido a estudiantes de término de las carreras de publicidad y mercadeo de la Universidades Autónoma de Santo Domingo (UASD), Universidad Acción Pro Educación y Cultura (APEC), Universidad Iberoamericana (UNIBE) y Universidad Católica de Santo Domingo (UCSD). Se contó con un proceso de selección de propuestas basado en un primer filtro compuesto por un comité de expertos/as de diferentes instituciones, quienes depuraron las que contaban con los criterios técnicos que se habían solicitado en la convocatoria. Luego, se realizó un proceso de validación de las campañas finalistas, presentándolas a adolescentes y jóvenes de escuelas y comunidades, quienes valoraron la que más se adecuaba a su realidad, y escogiendo la que más les gustó para una campaña. En base a estas votaciones, se seleccionó el primer, segundo y tercer lugar en el concurso.

La campaña seleccionada tiene como eje de comunicación Tu No Ta Pa Eso, con un tono de comunicación Innovador, fresco y juvenil, que ayude a crear conciencia sobre esta problemática a través de piezas de impacto que sean de fácil entendimiento.

"Tú no ta' pa' eso atrae la atención de nuestro público objetivo. A la vez transmite el mensaje de manera fresca y juvenil. Empleando un lenguaje

coloquial con el cual esperamos crear mayor empatía. El pronombre tu es utilizado sin enfocarnos en el género masculino o femenino ya que esto afecta en el proyecto de vida de ambos sexos. También Tu no ta' pa' eso es un llamado a la preparación y cuidado de tu proyecto de vida el cual puede verse alterado o afectado por un embarazo a destiempo." Campaña THE BOLDS, UNIBE, 1er Lugar.

Es la primera vez que se da una coordinación como esta, con el nivel de articulación y empoderamiento que ha generado tanto en adolescentes como en las instituciones que se han sumado a la iniciativa.

### **16.6 Evaluando el Plan de prevención de embarazos en adolescentes (plan EA).**

El informe "Por ser niña" de evaluación de la ejecución del Plan, hizo una comparación entre lo estipulado en el plan, tanto a nivel de realización de actividades, como del uso de los recursos que se planificó que se usarían en los primeros dos años.

En el documento se destaca que efectivamente existe sensibilidad dentro del personal técnico hacia la problemática del embarazo en adolescentes. Sin embargo, se determinó que se necesita mayor capacitación para abordar el tema de una forma más eficiente. De igual manera, la asignación de recursos para las instituciones que trabajan en el tema son insuficientes. Es decir, que la sensibilidad y el compromiso no se transmitieron en los presupuestos institucionales.

En cuanto al cumplimiento programático, solo dos instituciones reportaron actividades, indicadores y resultados de alta coherencia con el Plan. Mientras que otras dos presentaron objetivos relacionados y tres no presentaron ninguna modificación en su Plan Operativo Anual (POA).

El interés por el tema también fue identificado a nivel local. Pero es en las provincias donde más se evidencia la falta recursos para realizar actividades sobre el fenómeno. Paradójicamente, es en las provincias que se necesita más urgentemente desarrollar acciones para reducir el embarazo en la población adolescente.



# 17

## Conclusiones



## 17. Conclusiones.

- República Dominicana es considerada como un “modelo a” exponente del fenómeno de anomalía en la reproducción temprana. A pesar de la disminución de la tasa global de fecundidad, la tasa de fecundidad adolescente sigue presentando resistencia a la baja. Ubicándose, además, con una Tasa Específica de Fecundidad (TEF) adolescente que apenas es superada por la región de África Subsahariana.
- Se constata que las mujeres dominicanas tienen cada vez menos hijos e hijas a lo largo de su vida. Sin embargo, los embarazos a temprana edad siguen siendo un gran problema, revelando severas limitaciones para el ejercicio de los derechos reproductivos entre las adolescentes. Esto, además, se traduce en un retroceso de las ganancias, ventajas y oportunidades que genera el control sobre la reproducción y el descenso de la fecundidad a escala social, familiar e individual.
- Aunque hay una tendencia hacia la baja, todavía gran parte de las madres adolescentes dicen haber deseado sus embarazos. Sin embargo, este hecho no necesariamente es una expresión de que el embarazo en la adolescencia se produce de manera planificada; más bien es un reflejo de que los deseos reproductivos de las adolescentes están muy ligados a las normas sociales y a los roles de género. En este mismo sentido, los niveles de deseabilidad del primer embarazo en adolescentes son similares entre los quintiles socio-económicos, sin embargo, choca con la gran diferencia de la proporción de madres entre los grupos ricos y pobres, revelando una vulneración de derechos que se acentúa en los sectores sociales más desfavorecidos.
- El análisis de la fecundidad y maternidad adolescente se completa cuando se relacionan estas variables con sus determinantes próximos. La aproximación descriptiva realizada arrojó resultados que permiten caracterizar esta problemática en el país.
- La unión temprana (alguna vez casada o unida) mostró un patrón muy distinto al esperado, en comparación con las demás regiones del mundo. Distintas teorías sobre la transición demográfica apuntan a una postergación en la unión entre las adolescentes; sin embargo, en América Latina se observa que, pese a los cambios socio-económicos experimentados en la región, ésta mantiene los mismos patrones de nupcialidad de décadas anteriores. En el caso de la República Dominicana, la tendencia está siendo incluso más contra-intuitiva, ya que en el país se ha mostrado una tendencia incluso de adelantar y aumentar la unión, pasando la proporción de unidas de 20% en 1986 a cifras del orden del 30% en la actualidad. Dentro del grupo de las adolescentes se comprobó que existe mayor propensión a haber estado alguna vez casadas o unidas en las que tienen mayor edad, las que se encuentran viviendo en la zona rural y las que tienen un nivel educativo más bajo. Es decir, que estas características las hacen aún más vulnerables a la maternidad temprana.
- A su vez, otro patrón resaltable entre las adolescentes dominicanas es la anticipación en la iniciación sexual. Siendo éste uno de los determinantes más relevantes de la fecundidad, ya que marca el inicio de la exposición al riesgo de ser o no madres. Los datos para el país se ajustan al pronóstico de adelantamiento sexual que auguraban distintas hipótesis, apuntando a que en el 2013 se duplica el número de adolescentes iniciadas con respecto al año 1986. Es importante destacar que este patrón no es parejo para todas las edades, sino que se va acrecentando a medida que aumenta la edad de las adolescentes; así como también crece la incidencia cuando se trata de adolescentes con menor nivel educativo y que viven en la zona rural.

Este aumento de la unión en la adolescencia junto con el adelantamiento de la actividad sexual son factores importantes para explicar el alto nivel de la fecundidad adolescente y sobre todo su resistencia a la baja.

- Respecto al uso de anticonceptivos en el país se aprecia una tendencia al alza, que ha permitido contrarrestar al menos parcialmente, el poderoso efecto elevador de la fecundidad adolescente de las tendencias de las otras dos variables intermedias. Específicamente, en el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual, se observa un crecimiento su utilización, pese a que los porcentajes siguen siendo menores al 50%; es decir, que más de la mitad de las adolescentes que se inician sexualmente lo hacen sin ningún tipo de protección.
  - Poco más de la mitad de las madres adolescentes estaban casadas o unidas al 2010; encontrándose así la otra parte de esta población en una situación de ausencia de pareja en el hogar. En este sentido, el aumento más marcado lo registran las madres adolescentes separadas, sugiriendo una fragilidad creciente de las uniones de madres adolescentes y contribuyendo decisivamente al aumento de las madres que no residen con pareja.
  - Un tercio de las madres de 15 a 20 años del país viven en hogares donde el jefe(a) de hogar es su cónyuge. Un porcentaje también significativo es hija o hijastra del/la jefe/a de hogar. Lo que indica que muchas madres adolescentes permanecen en sus hogares de origen y la familia tiene un importante rol de apoyo y evidencia que el ser madres no necesariamente aporta emancipación en la joven.
  - Los datos expresan que existe relación entre la pobreza y la maternidad adolescentes. En todas las fuentes utilizadas para este estudio, se registra amplia desigualdad entre el quintil más bajo y el quintil más alto, llegando a alcanzar hasta los casi 30 puntos porcentuales. Las adolescentes de los municipios más pobres son las que presentan mayores probabilidades de quedar embarazadas. Sin importar la edad entre 15 y 20 años se observa una relación positiva entre la pobreza y la maternidad adolescente, es decir, a mayor porcentaje de pobreza mayor maternidad adolescente en cada una de las edades. Igualmente, en los municipios más pobres las niñas están quedando embarazadas a más corta edad.
  - En el análisis territorial también evidencia la situación de vulnerabilidad de las jóvenes de las zonas rurales de la República Dominicana; un patrón tradicional que ha venido sucediendo en América Latina.
  - La educación Superior es un factor protector ante el embarazo adolescente. Se constata que a menor nivel educativo mayor es el porcentaje de maternidad adolescente y viceversa. Es casi 6 veces más el porcentaje de madres adolescentes, que en promedio acaban de concluir la adolescencia (19-20 años) y que solo han alcanzado la primaria entre las muchachas de la misma edad que han alcanzado el nivel superior.
- Diferentes respuestas estatales al problema de la prevalencia de embarazos adolescentes no han impactado en las tasas, ya que persisten. La mayoría de las iniciativas han sido superficiales y dan poca cobertura a la población adolescente. Las intervenciones están desvinculadas de la realidad del y la adolescente actual. No parecen tomar en cuenta las necesidades y mensajes con fuerte contenido sexual que reciben por diferentes medios.
- Los programas no están involucrando a los padres en el proceso de formación hacia una sexualidad sana y responsable. Este es otro eje importante para transmitir los mensajes que puedan orientar a los jóvenes, y evitar que su única fuente de información sean sus pares.
- La débil articulación entre las instituciones que trabajan con adolescentes en el país crea una lucha de bajo impacto y desorganizada que desde luego no cumple sus propósitos. A esto se le suma la dificultad de garantizar el derecho a la educación sexual integral oportuna y adecuada para la toma de decisiones informadas sobre sus proyectos de vida, por el obstáculo que representan discursos tradicionales basados en algunas creencias religiosas que no entienden o no toman en cuenta lo que sucede con las/os jóvenes hoy día.



# 18

## Recomendaciones



## 18. Recomendaciones.

- a) Es preciso el acceso a la anticoncepción y consejería, respetando los principios básicos como el de la confidencialidad, privacidad y el respeto a los derechos humanos.
- b) Es necesario la habilitación de espacios amigables para la atención y consejería integral de salud sexual y reproductiva de adolescentes. Espacios donde se cuente con personal capacitado, libre de estigmas, para abordar sin tabúes los temas de prevención de embarazos, infecciones de transmisión sexual, prevención de conductas de riesgo, y que cuenten con la disponibilidad de los métodos utilizados de forma recurrente por las y los adolescentes, para sostener la adherencia a los mismos en el tiempo, entre otros.
- c) Se requieren campañas de difusión y concientización sobre las limitaciones que entraña la maternidad y las uniones temprana, la importancia de la prevención y la disponibilidad de servicios especializados y amigables.
- d) Faltan más estudios cualitativos para comprender las presiones sociales que motivan a las jóvenes a expresar su deseo por los embarazos a temprana edad. Investigaciones más profundas podrían explicar la deseabilidad de un embarazo durante la adolescencia y a cuáles aspiraciones responde.
- e) Es urgente diseñar un currículo de educación sexual integral, que esté acorde con la situación actual de los y las adolescentes, que reconozca el temprano despertar sexual y los mensajes eróticos que reciben constantemente a través de la música, el internet y demás medios de comunicación.
- f) Crear programas desde el Estado y organizaciones de la Sociedad Civil, que motiven a los adolescentes a diseñar proyectos de vidas. Se entiende que la proyección de un horizonte donde puedan tener una evolución personal y social debería influir en la prevención a interrumpir sus aspiraciones por la maternidad/paternidad.
- g) El embarazo también es cosa de los chicos. Tradicionalmente, la prevención de los embarazos se ha asumido como responsabilidad femenina, por eso el abordaje tiene que reforzar una sexualidad responsable en los varones.
- h) Los programas de prevención de embarazos en adolescentes deben focalizar esfuerzos en los municipios más pobres y en las zonas rurales, donde se evidencia más vulnerabilidad a la maternidad precoz.
- i) Fortalecer los mecanismos de articulación de las instituciones que trabajan con adolescentes, a fin de que se socialicen las experiencias y se incremente el impacto de las iniciativas.
- j) Integrar a los esfuerzos nacionales a otras instancias no tradicionales que intervienen en las políticas de reducción de la pobreza, de manera que las acciones impulsadas a estos fines incluyan la perspectiva generacional y de género, permitiendo reducir la situación de vulnerabilidad de las adolescentes que residen en zonas rurales y que se sitúan en el quintil más pobre de la población.
- k) Igualmente, futuros planes y programas deben involucrar a los medios de comunicación masiva, de manera que puedan ser aliados en la transmisión de mensajes preventivos de conductas de riesgo.
- l) Diseñar estrategias para la reducción de las uniones tempranas, integrando a las familias y la sociedad en la generación de conciencia sobre el impacto de estas prácticas en la vida de las adolescentes.
- m) Integrar acciones que apunten a la atención de los determinantes de la fecundidad adolescente explicados en este estudio en el marco de las futuras políticas para la prevención del embarazo adolescente en República Dominicana.

## Bibliografía

Agenda para el desarrollo sostenible y sus objetivos de desarrollo sostenible (ODS) 2015.

Ali, M. M., Cleland, J., y Shah, I. H. (2003), Trends in reproductive behavior among young single women in Colombia and Peru: 1985-1999, *Demography*, N° 40 (4), 659-673.

Alves J.E.D., Cavenaghi S., Martine G.R. (2011): Reducing and Reversing Gender Inequalities in Latin America, in Annual meeting of the Population Association of America, Washington: PAA.

American Academy of Pediatrics (AAP-2014): Contraception for Adolescents. Committee on adolescence, American Academy of Pediatrics <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2014/09/24/peds.2014-2299.full.pdf> [diciembre 2016].

(2012), "Emergency contraception" [en línea], Committee on adolescence, American Academy of Pediatrics <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2012/11/21/peds.2012-2962.full.pdf> [diciembre 2016].

Azevedo J. P. y otros (2012), Teenage Pregnancy and Opportunities in Latin America and the Caribbean: On Teenage Fertility Decisions, Poverty and Economic Achievement. Washington D. C., World Bank.

Baumle, A. K. (ed.) (2013), *International Handbook on the Demography of Sexuality*, Dordrecht, Springer.

Bearinger, L. H. y otros (2007). Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. Perth, [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60367-5](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60367-5) [noviembre del 2016].

Binstock, G. (2016), Fecundidad y maternidad adolescente en el Cono Sur: apuntes para la construcción de una agenda común, Buenos Aires, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Bozon, M., Gayet, C., y Barrientos, J. (2009), A life course approach to patterns and trends in modern Latin American sexual behavior. [en línea], *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 51 (Supplement 1), Philadelphia <http://doi.org/10.1097/QAI.0b013e3181a2652f>

Bozon, M. (2003), "À quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle? Comparaisons mondiales et évolutions récentes", *Population et sociétés*, N° 391, Paris, Juin.

Bozon, M., y Leridon, H. (1993), *Sexualité et sciences sociales: les apports d'une enquête*. Paris, Institut national d'études démographiques.

Breinbauer, C., y Maddaleno H., M. H. (2005), *Youth: choices and change; promoting healthy behaviors in adolescents*, Washington D.C., Pan American Health Organization (PAHO).

Bongaarts, J (2015): Global fertility and population trends. In *Seminars in reproductive medicine* (Vol. 33, No. 1, pp. 5-10).

A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility, 1978. *Population and Development Review*, vol. 4, N° 1.

Bozon, M. (2004), *Sociologia da sexualidade*. Rio de Janeiro: FGV

Blum, R. W. y otros (2012), Adolescent health in the 21st century [en línea], *The Lancet* [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60407-3](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60407-3) [noviembre de 2016].

A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility, 1978. *Population and Development Review*, vol. 4, N° 1.

Caro Luján, N. (2014), La decisión sexual: comportamiento sexual y reproductivo de mujeres jóvenes en la ciudad de México, *Zinacantepec, El Colegio Mexiquense, A.C.*

Castle, S. y I. Askew (2015), Contraceptive discontinuation: reasons, challenges, and solutions; [en línea], *Population Council* [http://ec2-54-210-230-186.compute-1.amazonaws.com/wp-content/uploads/2015/12/FP2020\\_ContraceptiveDiscontinuation\\_SinglePage\\_Final\\_12.08.15.pdf](http://ec2-54-210-230-186.compute-1.amazonaws.com/wp-content/uploads/2015/12/FP2020_ContraceptiveDiscontinuation_SinglePage_Final_12.08.15.pdf) Population Council

- Castells, P., y Silber, T. J. (2003), *Guía práctica de la salud y psicología del adolescente*, Barcelona, Planeta.
- CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) 2013. *Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo*, (LC/L.3697), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, septiembre.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) 2016. *Horizontes 2030: la igualdad en el centro del desarrollo sostenible*. (LC/G.2660/ Rev.1), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, julio.
- Panorama Social de América Latina, 2016. [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41598/4/S1700567\\_es.pdf](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41598/4/S1700567_es.pdf).
- Guía operacional para la implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, 2015. (LC/L.4061(CRPD.2/3)/ Rev.1)., documento de trabajo de la Segunda Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Ciudad de México, 6 al 9 de octubre, [en línea] [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38935/1/S1500860\\_es.pdf](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38935/1/S1500860_es.pdf)
- (2015b), *Guía operacional para la implementación y el seguimiento del consenso de Montevideo sobre Población y desarrollo*.
- (2014), *Pactos para la igualdad: Hacia un futuro sostenible* (LC/G.2586(SES.35/3)), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- (2013), *Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development in Latin America and the Caribbean Review of the period 2009-2013 and lessons learned. Summary and overview*, (LC/L.3640(CRPD.1/3)), Santiago de Chile.
- (2005), *Reproducción en la adolescencia: el caso de Chile y sus implicaciones de política*. Revista CEPAL, número 86. agosto del 2005.
- Céspedes, C., y Robles, C. (2016.), *Niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe: deudas de igualdad*. (LC/L.4173), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, junio.
- Cherry, A. L., y Dillon, M. E. (2014), *International handbook of adolescent pregnancy: medical, psychosocial, and public health responses*, New York, Springer.
- Currie, C. y otros (eds.) (2012), *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2009/2010 Survey*. [en línea], Copenhagen, World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe, (Health Policy for Children and Adolescents, N° 6), [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf)
- Castro, Teresa y Fátima Juárez (1995), *La influencia de la educación de la mujer sobre la fecundidad en América Latina: en busca de explicaciones*. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familia*, número especial.
- Conferencia internacional sobre población y desarrollo (1994), El Cairo.
- Cook, R. J., Erdman, y B. Dickens (2007), *Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices*. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 98, págs. 182-187. University of Toronto.
- CMPD (2013): *Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*.
- Di Cesare, M y Rodríguez Vignoli, J (2006). *Análisis micro de los determinantes de la fecundidad adolescente en Brasil y Colombia*. *Papeles de población*, 12(48).
- (1998), "When Will Teenage Childbearing Become a Problem? The Implications of Western Experience for Developing Countries, *Studies in Family Planning*, N° 29, New York, Population Council.
- Esteve, A., L.A. López y J. Spijker (2013). *Disentangling how educational expansion did not increase women's age at union formation in Latin America from 1970 to 2000*. *Demographic Research*, vol. 28, N° 3

- Esteve A., y Florez-Paredes, E. (2014), Edad a la primera unión y al primer hijo en América Latina: estabilidad en cohortes más educadas. Notas de Población, N° 99 (LC/G.2628-P), Santiago de Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.14.II.G.2.
- Encuesta demográfica y de salud (ENDESA), 1986. Oficina Nacional de Estadística. República Dominicana.
- ECLAC (2012): Economic Commission for Latin America and the Caribbean, Population, Territory and Sustainable Development (LC/L.3474(CEP.2/3), Santiago, Chile.
- (2014b), Compacts for Equality: Towards a sustainable future (LC/G.2586(SES.35/3)), Santiago, Chile, <http://www.cepal.org/en/publications/compacts-equality-towards-sustainable-future-thirty-fifth-session-eclac>
- (2014a), Social Panorama of Latin America 2014, Santiago, Chile, LC/G.2635-P, [www.cepal.org/en/publications/37626-social-panorama-latin-america-2014](http://www.cepal.org/en/publications/37626-social-panorama-latin-america-2014)
- Fussell, E., & Palloni, A. (2004): Persistent marriage regimes in changing times. *Journal of Marriage and Family*. 66(5), 1201-1213.
- Foucault, M., Historia de la sexualidad, 2005. Madrid. Siglo XXI.
- Grant, Monica J., and Frank F. Furstenberg: Changes in the Transition to Adulthood in Less Developed Countries. *European Journal of Population*. *Revue Européenne De Démographie* 23, no. 3/4 (2007): 415-28.
- Goldani, Ana María (2007). Reinventar políticas para familias reinventadas: entre la realidad brasileña y la utopía. California Center for Population Research. <https://escholarship.org/uc/item/4q55p9m5>
- International Center for Research on Women (ICRW), 2014. Understanding the Adolescent Family Planning. <http://www.icrw.org/wp-content/uploads/2016/10/FINAL-Understanding-the-Adolescent-Family-Planning-Evidence-Base-7.30.pdf>
- Heaton, T., R. Forste y S. Otterstrom (2002). Family transitions in Latin America: first intercourse, first union and first birth. *International Journal of Population Geography*, N° 8.
- Herant A. Katchadourian, 1993, La sexualidad humana: un estudio comparativo de su evolución.
- Jones, R. y H. Boonstra (2004). Confidential reproductive health services for minors: the potential impact of mandated parental involvement for contraception.
- Katchadourian, H. A. (1983), Sexualidad humana: un estudio comparativo de su evolución. México, D.F. Fondo de Cultura Económica.
- Kumar, N. y J. Brown (2016): Access Barriers to Long-Acting Reversible Contraceptives for Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, vol. 59, Illinois. Society for Adolescent Health and Medicine.
- Lloyd, C. (ed.) (2005), Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries. Washington, National Academies Press.
- Menkes C. y L. Suárez (2013). El embarazo de los adolescentes en México, ¿es deseado? [en línea], Coyuntura Demográfica de la Sociedad Mexicana de Demografía <http://www.somede.org/coyuntura-demografica/numero4/#/20/> [noviembre de 2016].
- Ministerio de Salud (2015). Reglamento Técnico para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva. Santo Domingo, República Dominicana.
- Montgomery, M. J. (2005). Psychosocial Intimacy and Identity: From Early Adolescence to Emerging Adulthood. *Journal of Adolescent Research*, vol. 20, N° 3. Sage Publications.
- (2015b), Objetivos de Desarrollo del Milenio y más allá de 2015 [en línea], Naciones Unidas <http://www.un.org/es/millenniumgoals/maternal.shtml> [23 de diciembre de 2015].

- (1995), Programa de Acción. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (A/CONF.171/13), New York.
- Monica Grant and Frank Furstenberg Jr (2007). Changes in the transition to adulthood in Less Developed Countries.
- Morillo Pérez, Antonio, Ph.D (2014), El Mapa de la pobreza en la República Dominicana. Informe General, MEPyD. Santo Domingo, República Dominicana, octubre 2014.
- Oficina Nacional de Estadística, 2015. Evolución de la Maternidad Adolescente en República Dominicana: Resultados a partir de la estandarización de los censos. Oficina Nacional de Estadística. Santo Domingo.
- Oficina Nacional de Estadística (2010). Manual del Empadronador. <https://goo.gl/Jy5JnF>
- Patton, G. C. and Viner, R. (2007). Pubertal transitions in health. [en línea], The Lancet [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60366-3](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60366-3) [noviembre de 2016].
- Plan Internacional y UNICEF, 2014. Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes; una aproximación a los factores culturales, sociales y emocionales a partir de un estudio en seis países de la región. [https://www.unicef.org/ecuador/embarazo\\_adolescente\\_5\\_0\\_\(2\).pdf](https://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_(2).pdf)
- Plan Internacional (2015). Por ser niña: Avances y retos en la implementación del Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes en la República Dominicana. Santo Domingo.
- PA-CIPD, (1994). Plan de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. El Cairo.
- PLANEA (2007). Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes.
- Plan ministerial. Prevenir con educación. (2008). Ciudad de México (2008)
- Prevención del Embarazo en Adolescentes Con Perspectiva de Género y Enfoque de Derechos Humanos: hacia una política nacional. 2011. Santo Domingo, Comité Interinstitucional Para la Reducción del Embarazo en Adolescente.
- Rendall, M. y otros (2009). Universal versus economically polarized change in age at first birth: a French-British comparison. Population and Development Review, vol. 35(1), New York, The Population Council, pp. 89-115.
- Ríos García, Ana Liliana (2008). Alcance de las políticas públicas en el área de salud sexual y reproductiva dirigidas a los adolescentes en Colombia. Salud Uninorte, Vol. 24, número 2, 2008, Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia.
- Robledo, Paz (2014b). Gestión de programas y servicios de salud de calidad para adolescentes, experiencias exitosas y lecciones aprendidas en atención de adolescentes, Apuntes de clase, Lección 2: Adolescencia y Juventud, Santiago de Chile, mimeo.
- Rodríguez Vignoli, J. (2016). Adolescent fertility in Latin America and the Caribbean/La fécondité des adolescentes en Amérique latine et dans les Antilles. [en línea], N-IUSSP, <http://www.niussp.org/2016/05/09/adolescent-fertility-in-latin-america-and-the-caribbean-la-fecondite-des-adolescentes-en-amerique-latine-et-dans-les-antilles/?print=pdf> [noviembre de 2016].
- (2014), La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina. Introducción al análisis demográfico, con énfasis en el uso de microdatos censales de la ronda del 2010. Santiago, CEPAL & UNFPA.
- (2014a) La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina. Introducción al análisis demográfico, con énfasis en el uso de microdatos censales de la ronda de 2010; serie Documentos de Proyectos (LC/W.605), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

- Suzana Cavenaghi y Wanda Cabella (comps.), (2014b) Fecundidad adolescente en América Latina: una actualización. Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa. Rio de Janeiro, ALAP, Serie e-Investigaciones N° 3.
- (2013), Reproducción temprana en Centroamérica: escenarios emergentes y desafíos. Santiago: CEPAL.
- (2011) ,Latin America: high adolescent fertility amid declining overall fertility. New York: United Nations Secretariat, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, (pp. 21-22).
- (2009), Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción. Madrid: OIJ-ECLAC.
- (2008), Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción. CEPAL.
- [http://www.oij.org/file\\_upload/publicationsItems/document/EJ1264091957.pdf](http://www.oij.org/file_upload/publicationsItems/document/EJ1264091957.pdf)
- Sadler, OBach, Luengo y Biggs (2010). Estudio barreras de acceso a los servicios de salud para la prevención del embarazo adolescente en Chile.
- Shepard B. (2000), The "double discourse" on sexual and reproductive rights in Latin America: The chasm between public policy and private actions. [en línea], Health and Human Rights <http://www.jstor.org/stable/4065198> [noviembre de 2016].
- Spear, L. P. (2013). Adolescent Neurodevelopment. Journal of Adolescent Health, vol. 52, Issue 2, Illinois, February. Society for Adolescent Health and Medicine.
- Steinberg, L., y Sheffield Morris, A. (2001) Adolescent development: understanding adolescent development in context. [en línea], Annual Review of Psychology, University of Colorado [http://www.colorado.edu/ibs/jessor/psych7536-805/readings/steinberg\\_morris-2001\\_83-110.pdf](http://www.colorado.edu/ibs/jessor/psych7536-805/readings/steinberg_morris-2001_83-110.pdf) [noviembre de 2016].
- Stover, J. (1998). Revising the Proximate Determinants of Fertility Framework: What Have We Learned in the past 20 Years? [en línea], Studies in Family Planning, Population Council [http://www.jstor.org/stable/172272?origin=crossref&seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](http://www.jstor.org/stable/172272?origin=crossref&seq=1#page_scan_tab_contents) [noviembre de 2016].
- Svanemyr, J. y otros (2015). Creating an Enabling Environment for Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Framework and Promising Approaches. Journal of Adolescent Health, vol. 56, Issue 1, Supplement, Illinois, January. Society for Adolescent Health and Medicine.
- Szasz, I., S. Lerner y A. Amuchástegui (1996). Para comprender la subjetividad: investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad, México D.F. El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano.
- Then, E.; Miric, M; Vargas, T. (2011) Embarazo en adolescentes, ¿una realidad en transición?. PROFAMILIA & CENISMI. Santo Domingo.
- Trucco, D. y H. Ullman (eds.) (2016). Youth: realities and challenges for achieving development with equality, serie Libros de la CEPAL, Desarrollo Social, N° 137 (LC/G.2647-P), Santiago. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2013). Estado de la Población Mundial 2013. <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf> [noviembre de 2016].
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2011). The State of the World's Children 2011. Adolescence: an age of opportunity. [https://www.unicef.org/adolescence/files/SOWC\\_2011\\_Main\\_Report\\_EN\\_02092011.pdf](https://www.unicef.org/adolescence/files/SOWC_2011_Main_Report_EN_02092011.pdf) [noviembre de 2016].
- UNESCO (2014). Educación Integral de la Sexualidad: conceptos, enfoques y competencias. Santiago de Chile.
- UNICEF (2007). Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe: Tendencias, problemas y desafíos. Boletín Desafíos, número 4, enero 2007.

Viner, R. M. y otros (2012). Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet* [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60149-4](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60149-4) [noviembre de 2016].

Welti, C. (2005). Inicio de la vida sexual y reproductiva. *Papeles de Población* 11(045), p.143-176

Wellings K. y otros (2006). Sexual behaviour in context: a global perspective. *Sexual and Reproductive Health*, vol. 368, N° 2, London, The Lancet, november.

WHO (World Health Organization) (2011). The sexual and reproductive health of young adolescents in developing countries: Reviewing the evidence, identifying research gaps, and moving the agenda. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70569/1/WHO\\_RHR\\_11.11\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70569/1/WHO_RHR_11.11_eng.pdf) [noviembre de 2016].

Zimmer-Gembeck, M. J., y Helfand, M. (2008). Ten years of longitudinal research on U.S. adolescent sexual behavior: Developmental correlates of sexual intercourse, and the importance of age, gender and ethnic background. *Developmental Review*, vol. 28 N° 2, June.

**Anexos**

## Anexos

Tabla A-1

REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de madres adolescentes de 15 a 20 por municipio. Censo 2010

Municipio de residencia	Edad simple					
	15	16	17	18	19	20
Moca	4.05	10.85	17.68	25.19	33.25	44.73
Cayetano Germosén	2.5	6.15	19.44	21.28	33.33	38.89
Gaspar Hernández	3.99	11.5	15.01	31.11	39.34	45.58
Jamao al Norte	8.25	12.68	17.89	42.65	36.07	50
Puerto Plata	4.61	9.31	17.28	27.59	33.5	42.91
Altamira	6.28	11.52	16.77	29.61	35.95	44.24
Guananico	18.37	8.96	18.75	31.82	37.5	45
Imbert	9.17	11.79	10.13	24.09	33.33	45.28
Los Hidalgos	2.52	14.13	12.8	34.23	34	53.85
Luperón	7.79	8.79	10.29	28.67	36.51	48.67
Sosúa	5.55	12.11	19.93	25.89	41.45	47.33
Villa Isabela	7.1	16.89	32.92	36.97	40.59	51.41
Villa Montellano	3.6	13.47	13.94	23.41	39.8	44.16
Santiago	5.53	12.08	18.14	25.92	32.12	38.4
Bisonó	5.48	13.6	24.51	30.81	40.74	48.18
Jánico	1.91	9.27	18.62	25	36.88	48.98
Licey Al Medio	4.67	5.84	17.54	20.61	29.24	35.32
San José de las Matas	4.28	6.32	14.57	20.78	35.31	47.26
Tamboril	5.93	8.66	22.56	24.36	41.39	48.08
Villa González	7.82	14.93	17.82	27.3	40.55	41.82
Puñal	5.54	8.54	13.51	23.89	30.85	41.49
Sabana Iglesia	6.8	11.51	18.38	34.13	32.73	39.83
La Vega	4.43	8.96	16.69	25.44	34.03	43.09
Constanza	8.71	19.94	26.97	40.75	50.31	60.19
Jarabacoa	3.93	8.87	20.46	24.88	38.9	38.68

Municipio de residencia	Edad simple					
	15	16	17	18	19	20
Jima Abajo	9.54	14.24	24.7	30.89	40.37	46.81
Cotuí	6.65	11.89	18.22	28.72	39.33	50.58
Cevicos	4.9	10.74	20.44	30.56	47.79	62.1
Fantino	3.76	14.01	19.29	26.12	32.62	40.83
La Mata	6.58	14.46	21.71	34.03	40.1	51.34
Bonao	7.73	11.56	20.37	29.38	39.55	44.79
Maimón	7.24	14.41	25.35	39.51	50.93	55.32
Piedra Blanca	4.53	13.98	22.45	31.8	35.48	54.72
San Francisco de Macoris	6.1	12	18.79	26.38	34.66	39.45
Arenoso	8.07	19.26	28.48	40.16	31.96	60.78
Castillo	3.52	11.03	14.39	27.21	28.1	38.58
Pimentel	6.16	10.77	10.84	25.27	36.99	40.61
Villa Riva	6.5	15.19	24.18	34.1	44.26	57.19
Las Guáranas	2.67	7.86	18.71	35.63	28.05	39.02
Eugenio María de Hostos	4.76	12.24	15.25	25	43.64	53.85
Nagua	8.4	14.71	22.61	26.5	38.8	40.9
Cabrera	2.91	12	23.7	35.07	37.73	50.62
El Factor	10.39	15.28	22.89	38.96	47.86	60.54
Río San Juan	1.88	13.14	12.88	33.54	52.24	50.36
Salcedo	4.12	9.74	20.26	22.99	31.54	39.73
Tenares	5.2	7.69	15.44	20.89	36.09	36.95
Villa Tapia	10.18	10.74	14.56	26.67	31.49	42.66
Samaná	5.33	13.96	16.89	29.16	40.74	53.79
Sánchez	4.35	9.06	18.39	31.02	40.42	52.12
Las Terrenas	16.22	21.71	30.6	34.2	49.74	57.59
Dajabón	3.3	10.69	20.64	26.32	43.61	49.83
Loma de Cabrera	10.33	10.4	17.14	34.68	35.09	57.69
Partido	4.41	14.29	20.75	39.13	46.94	54.24
Restauración	8.54	14.12	24.14	42.47	59.68	71.88
El Pino	4.11	15.63	16.98	31.58	44.19	45.95

Municipio de residencia	Edad simple					
	15	16	17	18	19	20
Monte Cristi	7.61	19.75	25.71	37.44	48.53	57.89
Castañuelas	9.95	15.13	28.66	38.95	53.91	62.33
Guayubín	4.4	10.39	23.23	31.4	50.36	59.52
Las Matas de Santa Cruz	7.41	10.38	18.69	39.05	45.95	63.54
Pepillo Salcedo	9.52	15.15	23.76	35.24	54.17	61.29
Villa Vásquez	9.79	13.01	33.33	46.85	50	60.16
San Ignacio de Sabaneta	5.54	6.25	14.95	25.14	29.13	43.48
Villa Los Almácigos	2.33	14.17	23.85	35.56	51.96	55.34
Monción	3.42	8.7	15.57	18.42	31.25	40.22
Mao	7.97	9.94	19.71	28.44	38.86	46.23
Esperanza	6.88	14.98	26.34	38.27	47.37	56.94
Laguna Salada	9.73	13.02	19.13	35.35	40.43	52.21
Azua	8.49	15.58	21.74	34.46	44.81	53.47
Las Charcas	12.7	18.92	26.73	53	44.23	63.03
Las Yayas de Viajama	6.55	24.62	25.29	52.61	63.31	65.96
Padre las Casas	9.84	18.4	19.37	30	52.11	67.43
Peralta	11.29	19.75	26.71	35.33	56.2	56.36
Sabana Yegua	6.83	10.5	34.55	39.34	48.37	54.3
Pueblo Viejo	18.55	15.38	34.55	50.77	49.06	59.09
Tábara Arriba	10.65	13.14	28.35	38.71	50.32	67.07
Guayabal	4.23	11.32	29.03	31.25	58	41.3
Estebanía	18.33	16.67	51.28	52.83	61.11	70.77
Baní	5.69	12.5	20.64	29.71	37.67	47.93
Nizao	5.84	6.69	21.79	28.93	33.06	41.82
San Cristóbal	4.82	11.16	19.62	27.94	36.02	45.04
Sabana Grande de Palenque	7.65	11.24	20.43	29.89	35.95	44.87
Bajos de Haina	4.25	10.93	20.28	27.37	38.39	43.4
Cambita Garabitos	8.09	11.42	17.9	29.59	39.78	44.74
Villa Altagracia	7.24	10.34	24.81	32.29	45.47	51.8

Municipio de residencia	Edad simple					
	15	16	17	18	19	20
Yaguatae	5.81	10.46	16.38	28.95	40.87	48.03
San Gregorio de Nigua	2.06	10.12	19.87	32.21	40.97	51.3
Los Cacaos	15.73	15.38	32.26	35.44	56.67	54.01
San José de ocoa	6	14.29	24.29	30.71	45.31	50.56
Sabana Larga	6.03	12.22	15.22	32.35	35.09	57.81
Rancho Arriba	13.64	11.36	30.14	37.35	56.94	59.79
Neiba	8.71	14.08	24.31	34.13	49.64	57.22
Galván	8.72	12.38	20	34.58	56.12	42.77
Tamayo	7.93	18.84	31.44	41.16	52.85	60.29
Villa Jaragua	3.97	16.94	26.14	40.78	57.14	66
Los Rios	6.38	25	42.71	49.46	54.17	65.96
Barahona	7	12.96	24.84	29.75	38.57	50.29
Cabral	5.14	21.15	27.44	35.66	53.5	62.4
Enriquillo	14.57	16.9	34.17	40.54	64.42	63.64
Paraíso	8.86	13.38	36.67	38.69	55.46	60.77
Vicente Noble	8.61	17.08	27.56	38.75	52.27	50.67
El Peñón	6	22.45	11.76	46.15	47.06	65.85
La Ciénaga	6.03	18.56	34.38	45.87	53.41	70.65
Fundación	7.62	14.47	22.22	31.48	34.52	53.66
Las Salinas	13.43	7.41	17.91	42.59	53.19	60
Polo	19.79	14.67	30.16	48.39	63.46	56.98
Jaquimeyes	7.84	16.67	16.67	23.73	38.46	58.49
Jimaní	6.03	11.68	28.42	29.77	44.91	51.44
Duvergé	7.19	11.82	20.33	30.58	38.1	53.97
La descubierta	15.56	10.13	41.1	40.74	64.29	61.73
Postrer Río	8.96	14.75	41.3	51.28	57.63	68.63
Cristóbal	9.59	24	41.43	42.47	66.67	66.67
Mella	12.5	18.92	7.89	37.14	41.18	50
Pedernales	7.77	19.23	24.66	28.94	50.51	42.65
Oviedo	8	21.62	33.85	58.82	70.59	69.64

Municipio de residencia	Edad simple					
	15	16	17	18	19	20
Comendador	5.85	11.47	25.75	41.13	42.11	60.16
Bánica	5.38	25.71	29.82	46.25	33.85	64.52
El Llano	3.23	11	23.33	54.12	62.96	74.63
Hondo Valle	21.92	15.46	34.82	45.45	62.67	68.24
Pedro Santana	16.92	14.86	29.63	46.38	56.14	80
Juan Santiago	4	15.56	30.56	27.5	63.64	65.71
San Juan	7.13	13.31	24.83	33.43	40.66	56.9
Bohechio	11.38	11.76	30.68	45.35	60.94	78.57
El Cercado	6.85	14.22	24.67	33.51	58.46	60.99
Juan de Herrera	7.83	15.11	20.38	32.45	43.48	57.5
Las Matas de Farfán	6.99	15.63	20.08	35.78	46.24	59.84
Vallejuelo	4.85	14.55	25.81	36.13	46.08	52.43
El Seibo	7.11	11.87	25.15	35.25	38.25	52.12
Miches	4.35	13.78	32.07	39.58	45.63	67.01
Higüey	8.35	15.34	26.47	36.36	43.98	51.66
San Rafael del Yuma	4.17	13.18	29.06	39.9	47.52	52.07
La Romana	4.5	7.45	16.41	23.5	27.51	35.98
Guaymate	4.74	12.5	23.24	28.42	35.22	52.94
Villa Hermosa	6.27	10.38	19.44	30.3	34.01	48.31
San Pedro de Macoris	3.75	8.69	16.21	22.7	29.74	38.99
Los Llanos	5.2	13.5	24.34	35.5	43.69	48.23
Ramón Santana	6.67	20.21	29.21	43.53	40.85	58.11
Consuelo	4.89	9.62	13.53	25.71	37.74	44.52
Quisqueya	5.29	11.07	15.12	28.7	40.34	42.99
Guayacanes	10.71	12.34	16.67	37.89	53.19	46.1
Monte Plata	6.63	16.57	22.22	33.86	45.64	55.9
Bayaguana	6.37	17.09	20.4	30.56	34.12	53.31
Sabana Grande de Boyá	4.36	16.22	29.43	40.74	43.6	56.55
Yamasá	4.1	15.04	21.61	31.65	41.56	49.38
Peralvillo	7.52	14.5	20.85	24.51	36.99	38.24

Municipio de residencia	Edad simple					
	15	16	17	18	19	20
Hato Mayor	7.45	10.93	17.4	25.89	37.5	43.6
Sabana de la Mar	6.07	11.62	29.12	40.21	45.45	61.01
El Valle	7.62	15.12	20	36.49	32.73	52.38
Santo Domingo de Guzmán	4.16	8.55	14.73	20.27	25.17	31.25
Santo Domingo Este	3.74	8.03	14.54	22.2	28.79	35.02
Santo Domingo Oeste	4.07	10.88	16.21	22.47	30.25	39.22
Santo Domingo Norte	5.25	10.07	18.7	26.88	36.15	44.46
Boca Chica	5.2	11.5	22.28	33.91	43.5	52.82
San Antonio de Guerra	7.32	14.14	20.04	31.15	38.63	49.8
Los Alcarrizos	5.06	12.81	19.31	27.67	38.06	44.45
Pedro Brand	4.96	15.3	21.51	30.23	40.89	48.76

Fuente: IX Censo Nacional de Población y Vivienda 2010.

**Tabla A-2**

REPÚBLICA DOMINICANA: porcentaje de madres adolescentes por zona de residencia, según año de la encuesta. ENDESA 1986-2013

Año de la encuesta	Total	Zona de residencia	
		Urbana	Rural
2013 DHS	16.7	15.3	21
2007 DHS	16.2	14.5	20.4
2002 DHS	18.9	17.1	22.8
1999 DHS	16.8	16.7	17
1996 DHS	18.3	14.4	25.7
1991 DHS	13.4	10.1	20.5
1986 DHS	13.9	12.3	16.7

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA)

**Tabla A-3**  
 REPÚBLICA DOMINICANA: Mujeres adolescentes (15 a 19 años) madres,  
 por nivel educativo según estado conyugal, CENSO 2010

Edad	Estado conyugal	Nivel educativo			
		Preprimaria	Básica	Media	Superior
<b>15</b>	Separada de matrimonio	0.0	0.0	100.0	0.0
	Divorciada	0.0	0.0	100.0	0.0
	Viuda	0.0	100.0	0.0	0.0
	Separada de unión libre	4.6	51.7	43.7	0.0
	Casada	0.0	41.7	61.1	0.0
	Unida	2.8	68.7	28.6	0.0
	Nunca casado ni unido	4.0	58.2	37.9	0.0
	Total	3.3	59.9	36.8	0.0
<b>16</b>		<b>Preprimaria</b>	<b>Básica</b>	<b>Media</b>	<b>Superior</b>
	Separada de matrimonio	0.0	33.3	0.0	66.7
	Divorciada	0.0	100.0	0.0	0.0
	Viuda	0.0	50.0	50.0	0.0
	Separada de unión libre	4.4	69.1	26.5	0.0
	Casada	4.4	44.4	31.1	22.2
	Unida	5.5	65.2	25.9	3.3
	Nunca casado ni unido	5.1	63.8	28.7	2.4
Total	5.1	64.4	26.7	3.8	

Edad	Estado conyugal	Nivel educativo			
		Preprimaria	Básica	Media	Superior
<b>17</b>	Separada de matrimonio	0.0	58.8	47.1	0.0
	Divorciada	0.0	45.5	27.3	36.4
	Viuda	23.1	46.2	23.1	15.4
	Separada de unión libre	2.3	63.4	31.9	2.3
	Casada	4.6	32.4	39.8	23.1
	Unida	4.5	61.2	32.8	1.5
	Nunca casado ni unido	5.3	51.1	39.8	3.8
	Total	4.3	58.4	34.2	3.1
<b>18</b>		<b>Preprimaria</b>	<b>Básica</b>	<b>Media</b>	<b>Superior</b>
	Separada de matrimonio	7.9	52.6	39.5	0.0
	Divorciada	0.0	16.7	50.0	33.3
	Viuda	0.0	52.0	40.0	8.0
	Separada de unión libre	1.9	58.0	37.6	2.5
	Casada	1.6	35.8	40.6	21.9
	Unida	3.3	57.5	37.3	1.9
	Nunca casado ni unido	4.2	47.0	45.3	3.5
Total	3.1	55.1	38.7	3.0	

Edad	Estado conyugal	Nivel educativo			
		Preprimaria	Básica	Media	Superior
19	Separada de matrimonio	0.0	40.3	49.3	10.4
	Divorciada	0.0	45.2	38.7	19.4
	Viuda	3.8	62.3	28.3	5.7
	Separada de unión libre	2.7	52.6	42.0	2.7
	Casada	3.2	37.3	42.4	17.0
	Unida	3.0	54.8	39.7	2.5
	Nunca casado ni unido	4.9	45.8	43.8	5.5
	Total	3.2	52.4	40.8	3.6
Total		<b>Preprimaria</b>	<b>Básica</b>	<b>Media</b>	<b>Superior</b>
	Separada de matrimonio	3.5	42.3	43.7	10.6
	Divorciada	1.5	40.3	37.3	20.9
	Viuda	5.7	56.2	31.4	6.7
	Separada de unión libre	2.5	56.7	38.3	2.4
	Casada	3.0	36.7	41.6	18.7
	Unida	3.5	57.5	36.9	2.2
	Nunca casado ni unido	4.7	49.4	41.9	4.0
Total	3.5	55.1	38.1	3.3	

Fuente: IX Censo Nacional de Población y Vivienda.

#### Anexo A-4

REPÚBLICA DOMINICANA: adolescentes (15 a 19 años) no madres, por nivel educativo según estado conyugal, 2010

Edad	Estado Conyugal	Nivel educativo			
		Preprimaria	Básica	Media	Superior
15	Separada de matrimonio	10.9	52.7	36.4	0.0
	Divorciada	0.0	52.6	47.4	0.0
	Viuda	4.1	57.1	38.8	0.0
	Separada unión libre	3.1	59.1	37.9	0.0
	Casada	6.0	48.9	45.1	0.0
	Unida	2.3	53.8	43.9	0.0
	Nunca casado ni unido	1.5	29.5	69.0	0.0
	Total	1.6	31.7	66.8	0.0
16		<b>Preprimaria</b>	<b>Básica</b>	<b>Media</b>	<b>Superior</b>
	Separada de matrimonio	0.0	39.3	55.7	4.9
	Divorciada	0.0	37.1	51.4	11.4
	Viuda	9.1	47.7	43.2	0.0
	Separada unión libre	2.4	46.7	50.5	0.4
	Casada	3.7	28.1	63.3	4.9
	Unida	2.2	40.6	56.7	0.5
	Nunca casado ni unido	0.9	18.5	79.2	1.4
Total	1.1	21.3	76.3	1.3	

Edad	Estado Conyugal	Nivel educativo			
		Preprimaria	Básica	Media	Superior
17	Separado(a) de matrimonio	3.5	36.5	56.5	3.5
	Divorciado(a)	6.3	31.3	59.4	6.3
	Viudo(a)	10.0	52.5	37.5	0.0
	Separado(a) unión libre	1.4	34.5	62.6	1.5
	Casado(a)	2.6	23.0	63.9	10.6
	Unido(a)	1.4	29.7	66.8	2.1
	Nunca casado ni unido	0.7	12.2	78.5	8.6
	Total	0.8	15.0	76.5	7.6
18	Separada de matrimonio	0.0	24.5	62.7	12.7
	Divorciada	3.7	24.1	55.6	16.7
	Viuda	0.0	24.5	64.2	11.3
	Separada unión libre	1.3	29.1	64.4	5.2
	Casada	1.4	11.9	64.7	22.0
	Unida	1.4	23.1	68.8	6.7
	Nunca casado ni unido	0.5	8.2	66.0	25.3
	Total	0.7	11.2	66.3	21.9

Edad	Estado Conyugal	Nivel educativo			
		Preprimaria	Básica	Media	Superior
19	Separada de matrimonio	3.3	9.9	70.3	17.6
	Divorciada	0.0	27.1	62.5	12.5
	Viuda	0.0	28.1	56.3	15.6
	Separada unión libre	1.3	22.0	63.2	13.5
	Casada	0.8	7.3	51.4	40.5
	Unida	1.1	18.7	64.2	16.0
	Nunca casado ni unido	0.5	5.5	48.6	45.4
	Total	0.6	8.2	51.5	39.7
Total	Separada de matrimonio	3.5	29.7	57.9	8.8
	Divorciada	2.4	32.9	54.8	10.0
	Viuda	4.6	42.0	47.9	5.5
	Separada unión libre	1.8	35.9	57.7	4.6
	Casada	2.0	17.0	57.5	23.4
	Unida	1.6	31.7	61.4	5.4
	Nunca casado ni unido	0.9	16.5	69.8	12.8
	Total	1.0	18.7	68.4	11.9

Fuente: IX Censo Nacional de Población y Vivienda.