



# COSTO\$

## DEL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA EN LA REPÚBLICA DOMINICANA



PROGRAMA DE  
ESTUDIOS  
SOCIO DEMOGRÁFICOS  
UNFPA - **intec**



Fondo de Población de las Naciones Unidas



Instituto Tecnológico de Santo Domingo  
(INTEC)  
Área de Ciencias Sociales y Humanidades  
Centro de Estudios de Género  
(CEG-INTEC)

# **COSTOS DEL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA EN LA REPÚBLICA DOMINICANA**

Presentada al Fondo de Población  
de las Naciones Unidas dentro del  
Programa de Estudios Socio Demográficos

PESD-UNFPA- INTEC



**COSTOS DEL EMBARAZO  
Y LA MATERNIDAD  
EN LA ADOLESCENCIA EN LA  
REPÚBLICA DOMINICANA**

**Santo Domingo, República Dominicana  
Noviembre del 2013**

## COSTOS DEL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

Santo Domingo, noviembre 2013



PROGRAMA DE  
ESTUDIOS  
SOCIO DEMOGRÁFICOS  
UNFPA - Intec



**Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC)**

**Área de Ciencias Sociales y Humanidades**

**Centro de Estudios de Género (CEG-INTEC)**

Lourdes Contreras, Directora CEG-INTEC

Consuelo Cruz, Investigadora CEG-INTEC y coordinadora de la investigación

### **Equipo a cargo de la elaboración del informe:**

#### **Enfoque cuantitativo:**

Jefrey Lizardo, investigador principal

Mariano Jiménez, investigador asociado

Regil Herasme Pérez, investigador asociado

Tahira Vargas García, investigadora cualitativa

Indiana Barinas, investigadora asociada

Agradecemos al personal de salud a cargo de los Programas de Atención Integral de Adolescentes de los centros de salud estudiados



### **Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA):**

Representante Auxiliar: Sonia Vásquez

Oficial Nacional de Programas Población y Desarrollo: Jeremy Freehill

Asistente de Programas: Altagracia García

### **Consejo consultivo:**

Dra. Maritza Martínez | Dr. Pavel Isa Contreras | Dra. Magdalena Rathe

### **Apoyo editorial:**

Correctora de estilo: Rosario Flores

Diseño y diagramación: Karen Cortés

**Impresión:** Gráfica Willian S.R.L.

**ISBN:** 978-9945-015-07-2

Una publicación del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

Av. Anacaona No. 9, Mirador Sur, Santo Domingo

Teléfono: 809 537 0909 | Fax: 809 537 2270

<http://www.unfpa.org.do>

Twitter: @unfpa\_rd | Facebook: UNFPA República Dominicana

Todos los derechos reservados.

## RESUMEN EJECUTIVO

El embarazo y la maternidad de adolescentes en la República Dominicana representan un desafío de gran importancia para las políticas públicas, en vista de los factores macrosociales que inciden en los mismos. La prevalencia del embarazo y la maternidad en adolescentes es muy alta y se ha mantenido sin cambios en la última década. La carga financiera y los impactos indirectos del embarazo y la maternidad en los adolescentes, los hogares y el Estado son muy elevados. Es precisamente uno de los objetivos del presente informe estimar el costo de los servicios de salud en atención al embarazo y la maternidad de adolescentes en el país, así como analizar su impacto sobre el Sistema Nacional de Salud. De la misma manera, este trabajo tiene por fin identificar las fallas de los servicios de atención al embarazo y la maternidad de adolescentes en los principales centros de salud del país.

La caracterización del embarazo y la maternidad adolescente nos muestra la complejidad de la realidad que viven las adolescentes en los barrios urbano-marginales de Santo Domingo, que son el locus del estudio. Estas adolescentes conviven en un contexto social plagado de riesgos en donde la violencia, la vulnerabilidad social, el hacinamiento, la falta de opciones educativas y de movilidad social son parte de su cotidianidad. Las madres adolescentes se encuentran en un tejido social denso totalmente desprotegidas por el Estado, el sistema educativo y el sistema de salud. La ausencia de una conciencia de su rol como madres adolescentes y de su potencial de empoderamiento social tiene que ver con su exclusión del sistema educativo y del sistema de salud, además con la ausencia de espacios de apoyo efectivo hacia esta población.

En los hospitales materno-infantiles de tercer nivel como el San Lorenzo de los Mina o Nuestra Señora de La Altagracia, las fallas en los servicios de atención al embarazo y la maternidad de adolescentes están relacionadas con la fragmentación y discontinuidad de los servicios que se ofrecen, en particular, los relativos a los programas de promoción y prevención. Se observa tal desintegración al interior del hospital, entre el programa de atención a las adolescentes y los demás servicios que ofrecen los hospitales, así como dentro del modelo de atención de salud. Sobre este último aspecto, se supone que las adolescentes embarazadas sean identificadas en sus propias comunidades y pasen por sus respectivas unidades de atención primaria a través de las cuales se les brindarían los servicios correspondientes al primer nivel de atención, así como los medicamentos, si es que no se les detectase en las fases iniciales riesgos asociados al embarazo. Es a la comunidad donde se deben llevar los programas de promoción de las buenas prácticas (como la lactancia) o de reconocimiento temprano del riesgo asociado al embarazo temprano.

Los hospitales de tercer nivel funcionan como hospitales receptores directos de las embarazadas en cualquier etapa de su embarazo, sin considerar el nivel de riesgo asociado al embarazo temprano en adolescentes que muchas veces tienen menos de 15 años de edad. Esta fragmentación en el modelo de atención no permite un seguimiento y detección temprana de aquellos embarazos que tienen altas probabilidades de riesgo, elevando así los costos de atención en todo el proceso del embarazo.

Utilizando una metodología de estimación indirecta, se utilizaron las tarifas que pagan los seguros de salud por tipo de servicio, de acuerdo al protocolo de atención, para estimar el costo de atención del embarazo y la maternidad en adolescentes. Para tal fin se hizo una diferenciación entre un parto normal, uno por cesárea y otro con complicaciones desarrolladas durante el embarazo. El costo promedio estimado fue de \$64,525 en una clínica privada y \$32,419 en un hospital público. De este costo, el mayor porcentaje corresponde al pago de honorarios de médicos y del personal de salud que participa en la atención (51% del costo total en las clínicas privadas versus el 48% en los hospitales públicos). De la misma manera, las labores de parto (ya sea vaginal o por cesárea) son las que absorben mayores recursos (44% en clínicas privadas y 58% en hospitales públicos), seguidas por los controles prenatales o durante el embarazo.

El gasto total directo para los servicios de atención al embarazo y la maternidad en adolescentes se estimó en 2,103.3 millones de pesos anuales, de los cuales el 57% o 1,189.2 millones de pesos corresponden al gasto en los hospitales públicos y el 43% o 914.1 millones de pesos al gasto en clínicas privadas. En comparación con el presupuesto en servicios de salud colectiva con recursos internos (1,235.8 millones de pesos), el gasto total directo estimado en la atención al embarazo y la maternidad de adolescentes fue 1.7 veces mayor. El gasto total directo estimado en los hospitales públicos para la atención del embarazo y la maternidad en adolescentes correspondió al 96% del nivel presupuestado en todos los servicios de salud colectiva del Ministerio de Salud Pública. Comparado con los recursos presupuestados para el programa nacional de promoción y control materno infantil, el gasto total en atención al embarazo y maternidad en adolescentes fue 21 veces mayor, mientras que el gasto total en hospitales públicos fue 11.9 veces mayor. Para el año 2013, el gasto total directo estimado en los servicios de atención al embarazo y la maternidad de adolescentes representó el 5% del gasto público total en salud presupuestado en el país.

El gasto directo de los hogares para la atención de salud relativa al embarazo y maternidad de adolescentes se estimó en un 34.6% del gasto total en dichos servicios; es decir en 728.7 millones de pesos anuales. Es evidente, entonces, que el gasto de bolsillo representa una carga importante para los hogares en el país.

El costo estimado en la atención del embarazo y la maternidad en adolescentes para un año, representa 33 veces la inversión estimada del Plan Nacional de Prevención del embarazo de adolescentes. Estos datos demuestran que la prevención es más costo-efectiva, además, que promueve la inclusión social y disminuye la mortalidad y morbilidad asociada a los embarazos en adolescentes.

Está claro que la sociedad pierde mucho más, puesto que en el presente trabajo no se estiman los costos indirectos e intangibles asociados con la maternidad de adolescentes en el país. Representa así un imperativo tomar las acciones de lugar para que los recursos financieros necesarios para el Plan Nacional de Prevención estén asegurados.

# ÍNDICE

<b>RESUMEN EJECUTIVO.</b>	<b>5</b>
<b>I. <i>INTRODUCCIÓN</i></b>	<b>13</b>
<b>II. <i>EL EMBARAZO ADOLESCENTE EN LA REPÚBLICA DOMINICANA</i></b>	<b>15</b>
2.1 Antecedentes	15
2.2 Las y los adolescentes. Contexto sociodemográfico y determinantes relacionados al embarazo	18
2.3 Lugar de residencia y contexto sociocultural	20
2.4 La educación.	21
2.5 Desigualdades. La situación socioeconómica y el género como determinantes sociales.	22
2.6 Iniciación sexual, edad de la primera unión-nupcialidad y uso de anticonceptivos	24
2.7 Información, educación y acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva	26
2.8 Indicadores estadísticos y tendencias del embarazo en adolescentes	28
2.9 Políticas públicas. Plan nacional de prevención de embarazos en adolescentes, 2011-2016	32
<b>III. <i>OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</i></b>	<b>35</b>

<b>IV. METODOLOGÍA Y DATOS.</b>	<b>36</b>
4.1 Identificación de las brechas de servicios en la atención del embarazo y maternidad en adolescentes	36
4.1.1 Sobre la prestación de servicios de atención del embarazo y maternidad en adolescentes	36
4.1.2 Levantamiento de información sobre la brecha de servicios de atención.	37
4.2 Costos de los servicios de atención del embarazo y maternidad en adolescentes	39
4.2.1 Estimación de costos de servicios de salud y metodología de aproximación	39
4.2.2 Protocolo de atención a partir de las Normas Nacionales	42
4.3 Gastos directos en atención en salud del embarazo y la maternidad en adolescentes para el Sistema Nacional de Salud	48
<b>V. RESULTADOS.</b>	<b>50</b>
5.1 Los servicios de atención al embarazo y la maternidad en adolescentes en los principales centros de salud.	50
5.1.1 Maternidad San Lorenzo de los Mina: Programa exclusivo para adolescentes	53
5.1.2 Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia	62
5.1.3 Hospital Municipal de Engombe	71
5.1.3 Conclusiones	77

5.2 Costeo de los servicios de atención del embarazo y maternidad en adolescentes	79
5.2.1 Parto y maternidad sin riesgo (convencional)	80
5.2.2 Parto y maternidad con riesgo (no convencional)	86
5.2.3 Conclusión: costo de los servicios de atención al embarazo y maternidad en adolescentes	88
5.3 Gastos directos en atención en salud del embarazo y la maternidad en adolescentes para el Sistema Nacional de Salud	90
5.3.1 Estimación de la demanda nacional de servicios de salud relacionados al embarazo y la maternidad en adolescentes.	90
5.3.2 Estimación del gasto directo en servicios de atención al embarazo y maternidad en adolescentes en la República Dominicana	93
5.3.3 Gasto de bolsillo de los hogares en los servicios de atención al embarazo y maternidad en adolescentes	95
5.3.4 Gastos directos en atención en salud del embarazo y la maternidad para el sistema nacional de salud y costos del Plan de Prevención de Embarazos en Adolescentes	97

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>100</b>
-----------------------------------	------------

## I. INTRODUCCIÓN

El embarazo y la maternidad en adolescentes representa uno de los principales desafíos de las políticas públicas en el país, dado su alto nivel de prevalencia y persistencia en la última década (Conani, Mepyd y Unicef, 2013). Su impacto deriva en un aumento en la morbilidad y mortalidad de las madres y los recién nacidos, así como las consecuencias sociales que implica la temprana carga para las madres adolescentes.

Atender a esta población en riesgo requiere una estrategia integral que vincule los servicios de salud en los diferentes niveles de atención, centrandó el esfuerzo en las propias comunidades de dónde provienen. De esta manera se asegura mayor racionalidad en los servicios y capacidades de respuestas en la eventualidad de riesgos asociados al embarazo temprano. Analizar las brechas de servicios de atención del embarazo y la maternidad en adolescentes responde a la necesidad de construir un sistema nacional de salud capaz de evitar la carga que representa las fallas en los servicios.

Por su lado, la carga financiera por la provisión de los servicios de salud para el embarazo y la maternidad en adolescentes en el Sistema Nacional de Salud es significativamente alta; en particular, para el sistema público, como para los hogares. En el país, la más alta concentración de embarazos en adolescentes recae en los hogares más pobres. Esta situación tiende a generar mayores inequidades por los costos asociados directos e indirectos de los mismos, contribuyendo así a la perpetuación del círculo vicioso de la pobreza en dichos hogares.



## II. EL EMBARAZO ADOLESCENTE EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

### 2.1 Antecedentes

A pesar de que la población adolescente (10-19 años)<sup>1</sup> representa aproximadamente una cuarta parte de la población de la República Dominicana, es relativamente reciente que se comienza a reconocer la importancia de prestar atención a este grupo poblacional ante la evidencia del impacto que tienen las y los adolescentes sobre los indicadores de desarrollo, sobretudo en la esfera de la salud sexual y la salud reproductiva, tales como los altos índices de embarazos, asociados a una mayor mortalidad materna e infantil, la elevada prevalencia de infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH, la violencia y los accidentes, entre otros.

Entre las condiciones antes señaladas, el embarazo en adolescentes es en la actualidad motivo de preocupación debido a los efectos negativos que tiene sobre la salud y el desarrollo, no sólo para la mujer adolescente, sino también para su hijo o hija, su embarazador, su familia, e incluso para la comunidad a la cual pertenece la adolescente.

El impacto del embarazo en la adolescencia es sobretudo psicosocial y se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos e hijas, desempleo, fracaso en la relación con la pareja e ingresos inferiores de por vida. Contribuye a perpetuar el ciclo de la pobreza y a la “feminización de la miseria” (Barinas & Flores, 2011).

En la región latinoamericana el tema de la fecundidad adolescente ha sido ampliamente estudiado, destacándose los aportes de las investigacio-

<sup>1</sup> Edades correspondientes a la adolescencia acorde a las definiciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), asumidas por el Ministerio de Salud Pública.

El costeo de la provisión de los servicios de salud para el embarazo y la maternidad en adolescentes representa una herramienta útil para los tomadores de decisiones a fin de determinar el impacto en el Sistema Nacional de Salud, así como para estimar las brechas de financiamiento para una efectiva provisión de los servicios en el país. De la misma manera, para justificar la importancia de priorizar las intervenciones de prevención del embarazo en adolescentes, las cuales son muy costos-efectivas.

El presente documento se centra en responder las siguientes preguntas claves: a) ¿cuáles son las principales brechas de atención al embarazo y la maternidad en adolescentes?, b) ¿qué cuestan dichos servicios?, y c) ¿cuáles son las implicaciones para el gasto nacional en salud?. El informe se divide en tres secciones. La primera parte se enfoca en evaluar los servicios de atención al embarazo y maternidad en adolescentes, la segunda en estimar los costos directos asociados a los servicios de atención, y la tercera en calcular las implicaciones para el gasto nacional en salud.

El presente estudio no pretende abordar todas las aristas del costo social, económico, institucional para los hogares y para el país del embarazo en adolescentes. Se concentrará en los costos directos para el Sistema Nacional de Salud y el gasto de bolsillo de los hogares en salud. La idea es que sirva de insumo para una investigación más amplia que aborde los factores macrosociales del embarazo y maternidad en adolescentes en el país.

nes realizadas por el Centro de Estudios Económicos para América Latina (CEPAL), que ha manejado el tema vinculado al desarrollo social y económico de los países de la región. Estos estudios (CEPAL-UNICEF, 2007; CEPAL, 2013) resaltan como la región sobresale por sus altos niveles de reproducción en la adolescencia; esto a pesar de que en general la fecundidad global ha disminuido de manera marcada en América Latina, como resultado de la influencia de diversos factores, tales como los socioeconómicos (urbanización, migración, industrialización, modernización), culturales (secularización de valores, individualización de proyectos de vida, nuevos estilos de familia), de género (creciente inserción laboral y protagonismo social de las mujeres) y tecnológicos (especialmente en los planos de acceso a la información en general y en el anticonceptivo).

El embarazo en la adolescencia es una de las situaciones en que mejor se evidencian las inequidades sociales, de justicia y de género. Los antecedentes bibliográficos nacionales son coincidentes en señalar que el fenómeno del embarazo y la maternidad adolescente afecta en mayor medida a las adolescentes de escasos recursos económicos, residentes en las regiones más pobres del país, migrantes, residentes de zonas rurales y aquellas con menor educación (ONE, 2008; CESDEM, 2007; Barinas & Flores, 2011).

De acuerdo a los datos de la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (CESDEM, 2007), el porcentaje de adolescentes que ya han sido madres o que están embarazadas por primera vez se registra en un 20%. Una publicación más reciente reporta que el 22.1% de las adolescentes de 15 a 19 años se había embarazado al menos una vez (ONE, 2011).

Cabe señalar que las fuentes antes mencionadas han valorado la magnitud del embarazo en adolescentes, solo tomando en cuenta al segmento poblacional entre los 15 y 19 años<sup>2</sup>, sin referirse al grupo entre los 10 y 14 años; además de que el indicador de la fecundidad en adolescentes contempla solo los nacimientos, es decir que las gestaciones que terminan en abortos no son consideradas.

<sup>2</sup> Sobre la base del parámetro convencional, alejado de la realidad social, que delimita el período fértil de la mujer entre los 15-49 años de edad e identifica a las adolescentes en el rango de los 15-19 años de edad.

Por otra parte, se dispone de algunos estudios nacionales de carácter cualitativo que han permitido profundizar en el conocimiento de la realidad social del embarazo en adolescentes. El Consejo Nacional de Población y Familia (2007), aplicando técnicas cuantitativas y cualitativas, realizó un estudio abordando las condiciones de la maternidad y la paternidad en diferentes estratos sociales, y entre sus conclusiones reporta el dato de que la familia y la escuela presentan patrones homogéneos de tratamiento de la sexualidad caracterizado por sanciones sociales y culturales.

En un estudio cualitativo sobre las implicaciones y significados del embarazo en adolescentes, según género y contextos socioculturales, Barinas (2012) reporta que los patrones de crianza que reproducen las diferencias de género, la limitada información sobre salud sexual y salud reproductiva, la deficiente comunicación en la familia y la violencia; figuran como factores que influyen en el inicio de las relaciones sexuales en condiciones de riesgo para la ocurrencia de embarazos no planificados.

Existe consenso en cuanto a que estamos frente a un fenómeno multicausal, donde convergen una gran variedad de factores y determinantes sociales. Algunos autores (Rodríguez, 2008; Carrasco, 2012), documentan como la causa directa de la resistencia a la baja de la fecundidad adolescente la brecha entre una menarquia y una iniciación sexual que se adelantan (ambos resultados esperados de la modernización) y una tasa de uso de anticonceptivos aún insuficiente y muchas veces inoportuna (lo que revela una modernización trunca en este aspecto). Sin embargo, es señalado que las causas estructurales son mucho más complejas y se relacionan con: Las reticencias institucionales (familiar y social) respecto de la sexualidad adolescente premarital; la falta de oportunidades educativas, laborales y de proyecto de vida autónomos para las adolescentes (en particular las pobres), y; una cultura familista que, a través de diversos mecanismos, amortigua los costos de la reproducción temprana.

El UNFPA (2007) destaca que la manera en la cual la salud sexual y la salud reproductiva (SSy SR) es vivenciada y socializada por las y los adolescentes puede resultar trascendental en la ocurrencia de embarazos y para el resto de sus vidas. Es así como la SSySR de adolescentes se convierte en un área de atención prioritaria para la comunidad internacional, las organizaciones civiles, la academia y los Estados. Sin embargo, a pesar de que

en la República Dominicana se ha avanzado en la definición de políticas públicas encaminadas a la prevención del embarazo en adolescentes, en el contexto de la SSySR, con un enfoque de derechos humanos y perspectiva de género (Barinas & Flores, 2011), a la fecha las y los adolescentes no han recibido suficiente atención, que se refleje en una mayor inversión en su salud y desarrollo.

## 2.2 Las y los adolescentes. Contexto sociodemográfico y determinantes relacionados al embarazo

La adolescencia constituye una etapa biopsicosocial y cultural en el desarrollo humano. Su inicio es fácilmente identificado a partir de los cambios físicos propios de la pubertad, que incluye la maduración sexual; mientras que su finalización depende del alcance del desarrollo en la dimensión psicosocial, con particularidades según el contexto cultural en que crecen e interactúan las personas.

La República Dominicana cuenta con una de las mayores cohortes poblacionales de gente joven en su historia, lo cual constituye un bono demográfico que si es aprovechado tendrá un impacto significativo potenciando el bienestar y el desarrollo social: 1 de cada 5 personas que habita en territorio dominicano es adolescente. De acuerdo al IX Censo Nacional de Población y Vivienda (ONE, 2012) la población total del país es de 9.4 millones, cerca de 2 millones son personas adolescentes, representado el 20.7% del total de la población.

Los análisis estadísticos proyectan una disminución progresiva de la proporción de niños, niñas y adolescentes, lo cual se explica por la dinámica de transición demográfica en la que se encuentra el país, que determina un envejecimiento progresivo de la población. Por lo tanto, esta oportunidad

demográfica que representa la actual generación de adolescentes es un escenario propicio para el desarrollo de iniciativas educativas, en salud y en el ámbito productivo que en el futuro contribuyan a mejorar las condiciones de vida de la población de la República Dominicana.

Igual que la población en general, un mayor número de adolescentes se concentra en las zonas urbanas del país como consecuencia de una fuerte y antigua tendencia migratoria desde las zonas rurales, ascendiendo al 74% el porcentaje de la población que vive en las ciudades (ONE, 2012).

En diversas publicaciones (Ministerio de Salud Pública, 2010) se hace referencia a como el incremento de la urbanización, aunado al empobrecimiento y la inequidad social, aumenta la vulnerabilidad de las y los adolescentes, estando expuestos múltiples factores de riesgo que se asocian directa o indirectamente a la ocurrencia de embarazos durante la adolescencia, tales como la violencia social e intrafamiliar, el tráfico de drogas, el trabajo infanto-juvenil, la explotación sexual y trata de personas, la falta de acceso a capacitación laboral y empleo, nuevos modelos de familia (predominando las uniparentales y con la mujer como jefa de hogar), el limitado acceso y calidad de los servicios de salud y de educación; y la reproducción de estereotipos de género donde predomina una situación de subordinación en detrimento de las mujeres.

La fuente anterior propone comparar la situación actual de las y los adolescentes de la República Dominicana con la de generaciones anteriores, e identifica mejoras en cuanto al acceso a la educación y los medios de comunicación, así como una mayor posibilidad de ascenso social y en el ejercicio de las libertades individuales; no obstante la sociedad dominicana del siglo XXI resulta más compleja y desafiante para las generaciones actuales de adolescentes, en el contexto de la globalización social, económica y cultural, junto a los elevados niveles de pobreza e inequidad en la distribución de los ingresos.

## 2.3 Lugar de residencia y contexto sociocultural

Diversos autores han descrito la dualidad residencial/cultural del embarazo adolescente (Barinas, 2012; Organismo Regional Andino de Salud, 2008; UNFPA, 2007; Stern, 2005), caracterizando dos patrones diferenciados, marcados por las condicionantes de género, clase social y lugar de residencia. Por un lado, está el patrón “más tradicional” caracterizado por una realidad sociocultural y económica en la que el embarazo adolescente no necesariamente es conceptualizado como una problemática, y más bien forma parte de las prácticas culturales. En este caso, una proporción mayoritaria de los embarazos adolescentes forman parte del proyecto de vida de las y los adolescentes, quienes pertenecen mayoritariamente a grupos residentes en áreas rurales o urbano-marginales y viven en condiciones socioeconómicas desfavorables. Por el otro lado, está un patrón “más moderno”, que se registra en contextos urbanos con una importante proporción de embarazos adolescentes no planificados, en donde el embarazo no responde necesariamente a un proyecto de vida de las personas adolescentes, sino que más bien lo interrumpe.

Las diferencias urbano/rural y geográficas en relación al embarazo en adolescentes en la República Dominicana traducen un escenario de desigualdad. Según los datos reportados por el UNFPA (2013), el porcentaje de adolescentes alguna vez embarazadas en grandes ciudades es 18.9% mientras que en la zona rural es 24.2%.; en la región Enriquillo (Bahoruco, Independencia, Pedernales y Barahona) el embarazo asciende a un 33%, es decir que triplica el porcentaje de adolescentes alguna vez embarazadas de 11.4 que se reporta en la región Cibao Noroeste (Monte Cristi, Dajabón, Santiago Rodríguez y Valverde).

## 2.4 La educación

En el país se ha experimentado mejoras importantes en lo referente a la incorporación de niñas y adolescentes a la educación, con una asistencia escolar que ronda alrededor del 90% en el nivel primario; aunque la deserción escolar sigue siendo alta coincidiendo con el paso de la niñez a la adolescencia, reduciéndose la asistencia escolar a un 74% en el nivel secundario (CESDEM, 2007).

Entre las principales causas asociadas a la deserción escolar en adolescentes figuran el embarazo, la maternidad y el cuidado de hijas e hijos en el caso de adolescentes femeninas.; y la inserción laboral en los varones. La ocurrencia de embarazos precoces, es considerada como una de las mayores causas de la deserción escolar en adolescentes (44%). dato presentado en el último informe sobre la situación de la niñez y la adolescencia en la República Dominicana, publicado conjuntamente por el Consejo Nacional de Niños, Niñas y Adolescentes, Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2013).

A menor educación mayor proporción de embarazo en adolescentes. De acuerdo a los datos proporcionados por el UNFPA (2013), las adolescentes con nivel de instrucción básico o primario presentan un porcentaje de adolescentes alguna vez embarazadas siete veces mayor a las que tienen nivel universitario.

A pesar de que la ley 136-033 protege el derecho de las adolescentes embarazadas a la educación, con el mandato de la no exclusión ni discriminación por parte del sector educativo, existe una mayor probabilidad de deserción escolar durante o después del embarazo, y en consecuencia menores posibilidades de inserción laboral calificada. El hecho que la continuidad escolar se vea obstaculizada y las oportunidades de inserción laboral se vean disminuidas provoca la reproducción intergeneracional de la pobreza (UNFPA, 2012).

3 Código para el Sistema de Protección de los Derechos Fundamentales de Niños, Niñas y Adolescentes. República Dominicana.

## 2.5 Desigualdades. La situación socioeconómica y el género como determinantes sociales

La situación del embarazo en la adolescencia en la sociedad dominicana revela las inequidades que este fenómeno manifiesta, las cuales remiten a un escenario de desigualdades donde las menos educadas, más pobres y residentes en áreas rurales están en desventajas y resultan ser las más afectadas.

Diversos estudios han demostrado que los embarazos en adolescentes se asocian con la pobreza. Según CEPAL-UNICEF (2007) en los países latinoamericanos, incluyendo la República Dominicana, la tasa específica de fecundidad adolescente del quintil más pobre triplica al menos la del quintil más rico. Es decir, que el embarazo en la adolescencia afecta de manera diferenciada a distintos estratos de la población, lo cual constituye un reflejo de la vulnerabilidad a que están expuestas las familias y las adolescentes en situación de pobreza.

Carrasco (2012) estudió los determinantes del embarazo en adolescentes en la población beneficiaria de programas gubernamentales de protección social<sup>4</sup>, y obtuvo información sobre la actividad principal a la que se dedican las madres adolescentes, encontrando que la maternidad temprana en los segmentos pobres impide a las jóvenes superar su condición socioeconómica, puesto que asumen actividades de baja productividad una vez abandonan los estudios. Esta fuente reporta que el 52% de las madres adolescentes estudiadas tenía como actividad principal los “quehaceres del hogar”, el 20% tuvo como actividad principal los estudios, un 14% tenía algún tipo de trabajo y el 12% se encontraba buscando uno. Reporta, además, que en estos hogares pobres, las madres adolescentes son en su mayoría solteras/separadas de la unión (52%). Otro hallazgo interesante es que no se identificaron madres adolescentes como jefas de hogar, puesto que el 96% de estas jóvenes se encontró viviendo con sus familiares de origen, lo cual representa una sobrecarga económica que impacta de manera desfavorable a sus integrantes.

Por otra parte, ha sido ampliamente documentada una relación intergeneracional en el embarazo adolescente, reportándose que el ser madre adolescente aumenta la probabilidad de ser pobre de 16% a 28% (Guzmán et al, citado en UNFPA, 2007). En el estudio cualitativo realizado por Barinas (2012) se plantea la posibilidad de que al igual que en las adolescentes, en los varones adolescentes está presente la transmisión intergeneracional del embarazo en la adolescencia y que en ambos casos esta transmisión intergeneracional estaría fundamentalmente mediada por los patrones de crianza propios del sistema patriarcal que operan construyendo una identidad masculina y femenina que se reproduce a través de los mecanismos de socialización de generación a generación.

De igual forma, en la fuente antes mencionada, se plantea que las prácticas sexuales y reproductivas de las mujeres jóvenes constituyen formas de adaptación (optan por la maternidad) o de resistencia (optan por el aborto) a las normas culturales y estereotipos de género, pero que también representan estrategias relacionadas con sus condiciones materiales de vida y con su situación social. En este sentido, los resultados del estudio establecen que la interrelación género y condición socioeconómica da lugar a respuestas diferentes en un mismo sexo, y mandatos estereotipados como la maternidad suelen ser relegados a un segundo plano si amenazan el estatus social de una adolescente del sector urbano- clase media alta; pero este mismo mandato en una adolescente del contexto rural-tradicional o urbano-marginal le lleva a un embarazo y unión temprana operando como un elemento que le posiciona socialmente y agrega valoración a su condición de mujer.

El género es una determinante social que juega un rol significativo en la forma en que se asume y se vive la sexualidad, y por ende en la ocurrencia de los embarazos durante la adolescencia. La construcción de la masculinidad y la femineidad en la sociedad dominicana, da lugar a una relación desigual entre mujeres y hombres, socializada y aprendida desde la niñez y consolidada en la adolescencia, la cual reproduce roles y estereotipos que restringen el acceso de las adolescentes a información básica sobre su salud sexual y salud reproductiva, socavan su autonomía y las expone a comportamientos de riesgos vinculados a embarazos no planificados. De igual forma, en el caso de los varones adolescentes, la construcción de la masculinidad hegemónica, les insta a tener relaciones sexuales tempranamente y a la multiplicidad de parejas, entre otros riesgos que les expone a ser un “embarazador adolescente” y en muchas ocasiones a la condición de “padre abandonador o padre ausente”.

<sup>4</sup> Programa Solidaridad dirigido por el Gabinete de Coordinación de las Políticas Sociales.

## 2.6 Iniciación sexual, edad de la primera unión-nupcialidad y uso de anticonceptivos

Los patrones de iniciación sexual y de la primera unión o nupcialidad constituyen determinantes próximos al embarazo en la adolescencia, en la medida que ambos eventos en la vida de la mujer las expone al riesgo de una gestación. En República Dominicana, ambas condiciones aparecen en una proporción elevada durante la adolescencia.

El análisis de las tres últimas ENDESAS, correspondientes a los años 1996, 2002 y 2007, confirma que en la República Dominicana la edad mediana de la primera relación sexual ha ido en descenso, verificándose un incremento progresivo en el porcentaje de mujeres que tuvo su primera relación antes de los 18 años, el cual pasó de 44% en el año 1996, a 46% en el año 2002 y a 50% para el año 2007. En el caso de los hombres para el año 2007 se reporta que el 67% ha tenido relaciones antes de los 18 años.

En lo referente a la edad mediana de la primera unión, para las mujeres de 25-49 años se estimó en la ENDESA 2007 en casi 19 años (18.8), es decir durante la adolescencia, Al igual que lo observado en la ENDESA 2002, casi tres de cada cuatro mujeres (72 por ciento) en el mismo grupo se unió antes de cumplir los 22 años. Para los hombres de 25 a 49 años, uno de cada tres hombres (35 por ciento) se había unido antes de cumplir los 22 años, en contraposición a más del doble en las mujeres.

Las desigualdades de género, condición socioeconómica, nivel educativo y residencia también son palpables en relación a esta variable. En América Latina, incluyendo la República Dominicana se ha comprobado que el inicio temprano a las relaciones sexuales y de la primera unión o nupcialidad, así como la maternidad temprana son más comunes entre las adolescentes que viven en la pobreza, en áreas rurales y en aquellas con bajos niveles educativos (UNFPA, 2007).

En relación la actitud preventiva en adolescentes, la misma es considerada como baja según el Ministerio de Salud (2008), a partir de los datos

de ENDESA 2007, referidos al uso de condón o preservativo, reporta que el uso de condón en la primera relación sexual es de apenas un 28.6% de las adolescentes y de un 58.7% de los varones. En adolescentes a mayor edad menor uso de condón, siendo menores los índices de este indicador en la zona rural que en la urbana. Por otra parte, en relación al uso de condón durante la última relación sexual los porcentajes reportados fueron de un 33.9% en las jóvenes de 15-24 años y de un 61.8 % en varones de este mismo grupo de edad, quienes tuvieron dos o más parejas en los últimos 12 meses. La baja percepción de riesgo que es característica durante esta etapa de la vida se relaciona con la baja actitud preventiva, las y los adolescentes, sobretudo en la etapa temprana y media de la adolescencia, asumen los riesgos bajo el supuesto de que a ellas/os *“no les va a pasar”*.

El uso de métodos anticonceptivos y la planificación familiar es considerado como uno de los principales determinantes próximos del descenso de la fecundidad. En República Dominicana prácticamente todas las mujeres conocen o han oído hablar de la existencia de métodos que pueden impedir la concepción de un embarazo, incluyendo algún método moderno. La anticoncepción de emergencia y los implantes, figuran entre los métodos menos conocidos.

Sobre el uso de anticonceptivos en adolescentes, la ENDESA 2007 presenta los siguientes datos: Adolescentes sexualmente activas entre los 15 y 19 años, solo el 30.5% reportó que habían usado algún método anticonceptivo. El 29.5% reportó que había usado métodos modernos, siendo los más utilizados la píldora (18.6%), el condón masculino (16.7%) y las inyecciones (8.7%). El análisis en relación al uso actual de métodos anticonceptivos, indica que en las mujeres de 15-19 años es de un 15.2%, optando por métodos modernos el 14.4% y el 0.9% por métodos tradicionales. Las píldoras (7.0%), las inyecciones (3.6%) y el condón masculino (2.9%) son los más utilizados.

La necesidad insatisfecha de planificación familiar en mujeres unidas o casadas es de un 11%, siendo mayor en los grupos de menor edad ascendiendo a un 28% en el caso de las adolescentes entre los 15 y 19 años (CESDEM, 2007).

Las brechas entre conocimiento y uso de anticonceptivos se han relacionado con barreras institucionales (costos, horarios de servicios, personal no



capacitado, disponibilidad de los insumos anticonceptivos, limitada oferta de consejería, entre otros), y con barreras de tipo socioculturales (vergüenza o temor, mitos y tabúes alrededor de los métodos anticonceptivos, oposición de la pareja, entre otros).

## 2.7 Información, educación y acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva

La información, educación y acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva son reconocidos como elementos claves para el ejercicio de la sexualidad de manera segura, responsable y placentera. Sin embargo, la sociedad dominicana arrastra una deuda social en relación a la oferta de educación en sexualidad, cuyas raíces se vinculan a patrones culturales fuertemente arraigados en la sociedad dominicana que responden, en gran parte, a concepciones religiosas, así como a la hegemonía masculina propia del sistema patriarcal que se apropia del cuerpo de las mujeres.

La información y educación integral en sexualidad tiene efectos directos en la reducción de los embarazos en la adolescencia, en la medida que permite dotar a las y los adolescentes de conocimientos, actitudes y habilidades para la vida que son indispensables para tomar decisiones responsables respecto al inicio de su vida sexual, prevenir el embarazo, negociar las relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos.

Estudios nacionales dan cuenta de que prevalecen mitos y tabúes alrededor del abordaje de la sexualidad y una escasa y ambivalente comunicación proveniente desde la familia y la escuela. (CONAPOFA, 2007).

Pasada la primera década del siglo XXI, la sexualidad es mantenida como un tema tabú, manejándose mitos y prejuicios alrededor de la misma,

en perjuicio de las mujeres. A pesar de que se cuenta con políticas públicas que protegen el derecho de los y las adolescentes a recibir información y educación en sexualidad, prevalecen importantes brechas en lo relativo a su implementación en la educación formal y no formal. Desde hace aproximadamente 15 años el Ministerio de Educación desarrolla el denominado Programa de Educación Afectivo-Sexual, el cual según los datos arrojados por una evaluación reciente solo está llegando a 7% de la población estudiantil (UNFPA, 2013).

En materia de servicios de salud sexual y salud reproductiva, desde el año 1993 opera el Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de Adolescentes (PRONAISA) como instancia responsable de las políticas de salud dirigidas a la población comprendida entre los 10 y 19 años. Si bien desde este Programa se ha impulsado el establecimiento de servicios diferenciados y de carácter “amigable” para adolescentes, contándose con alrededor de 100, distribuidos en las diferentes provincias del país (Ministerio de Salud, 2010), en su mayoría estos servicios funcionan con múltiples limitaciones, reflejo de la escasa inversión en los programas que abordan la salud colectiva y cuyas acciones esenciales están encaminadas a la prevención y a la promoción de la salud.

Es preciso destacar que las coberturas de atención prenatal y del parto superan el 95%, aunque la calidad de la atención es cuestionable, reportándose escaso cumplimiento de las normas, lo cual ha sido asociado a la ocurrencia de muertes maternas por causas evitables. (Ministerio de Salud, 2012). Aunque UNFPA (2013) ha divulgado que los cuidados prenatales de las adolescentes embarazadas son atendidos por médicos generales –en vez de un ginecólogo/a u obstetra– con casi tres veces más frecuencia que en las mujeres más adultas.

La Declaración Ministerial de la Ciudad de México, firmada por ministros/as del sector salud y educación de la región de Las Américas en el 2008, se basa en los fundamentos existentes que reconocen el derecho a la educación sobre la sexualidad y a servicios de salud sexual y reproductiva, establecidos por acuerdos internacionales, incluyendo la Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo, así como los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/Sida. Profamilia (2013) realizó una evaluación reciente sobre el cumplimiento

de esta Declaratoria referidos a la institucionalización de la educación en sexualidad en las escuelas por parte del Ministerio de Educación y a la disponibilidad de servicios de salud sexual y salud reproductiva para adolescentes por parte del Ministerio de Salud, los resultados obtenidos registran un índice de cumplimiento de 27 % para el sector educación y de 36% para el sector salud.

## 2.8 Indicadores estadísticos y tendencias del embarazo en adolescentes

Como ha sido mencionado en párrafos anteriores, la República Dominicana figura entre los países con más altas tasas de fecundidad en adolescentes. Según los datos presentados en una publicación reciente del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2013) la tasa de fecundidad en adolescentes<sup>5</sup> de la República Dominicana duplica la mundial que es 49. La de América Latina es 79 y la de África Subsahariana es de 120. La República Dominicana, con una tasa de fecundidad de 98 se encuentra entre los cinco países con más altas tasas de fecundidad en adolescentes de la región de Latinoamérica y el Caribe solo superado por Nicaragua (109), Honduras (108), Venezuela (101) y Ecuador (100).

La magnitud del embarazo adolescente puede ser apreciada de manera más precisa acudiendo a datos que muestran el porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas. Las últimas estadísticas disponibles, a partir de datos de encuestas nacionales, son los de ENHOGAR 2009-2010, donde es reportado que el 22.1% de las adolescentes de 15 a 19 años se había embarazado al menos una vez, y hacen referencia a que no se evidencia cambios respecto a los resultados de esta misma encuesta para el 2006 (ONE, 2011).

Por su parte, las estadísticas provenientes del Ministerio de Salud Pública (2013), muestran que en el año 2012 del total de nacimientos registrados en el país el 29% fue de madres adolescentes, correspondiendo el 1.6% a menores de 15 años. Del total de cesáreas practicadas para este mismo periodo, el 27.6% correspondieron a adolescentes, de las cuales el 1.5% fueron practicadas a menores de 15 años.

La fuente anterior indica que en el caso de abortos atendidos en establecimientos de salud para el año 2012, un total de 5,987 fueron en adolescentes, representando el 27.8% del total de abortos reportados, de los cuales 1.7% se registraron en el grupo de menores de 15 años. El aborto es una condición ilegal en territorio dominicano, incluso cuando la vida de la mujer está en riesgo, esto a pesar de que constituye una de las principales causas asociadas a la mortalidad materna. En una publicación bajo la firma de Foundeur (2011) y basada en las estadísticas oficiales, se sitúa el aborto inducido como la cuarta causa de mortalidad materna, atribuyéndole un 13% del total de los casos, a la vez que se hace referencia al Análisis de la Situación del Aborto Inseguro realizado en el 2009 por la Sociedad Dominicana de Ginecología y Obstetricia que estimaron la cifra real en 20%. La realidad es que resulta difícil obtener datos certeros en relación a los abortos inducidos, dado el carácter ilegal del mismo.

Es sabido que una proporción significativa de estos embarazos no son planificados, según el UNFPA (2007), en América Latina y El Caribe entre 35 y 52 por ciento de los embarazos de adolescentes no habrían sido planificados, lo cual está vinculado a diversas razones; entre ellas, la falta de conocimientos acerca de la reproducción, la falta de información y acceso a métodos anticonceptivos. Otros aspectos que inciden en la ocurrencia de embarazos no planificados, responden a las características propias de la adolescencia prevaleciendo una baja percepción de riesgo, así como la dificultad que enfrentan las adolescentes para la toma de decisiones, la comunicación asertiva y negociar con la pareja, debido a los roles y estereotipos de género impuestos socialmente. En este contexto, también hay que tener presente los embarazos no planificados producto de coerción, violencia y abuso sexual.

Es preciso resaltar que la mayor proporción de embarazos registrados, corresponden a un “siguiente embarazo”, es decir que son adolescentes que

<sup>5</sup> Tasa de fecundidad en adolescentes: Se calcula como el número de nacidos vivos por cada 1,000 adolescentes de 15 a 19 años, en un año y territorio determinado.



previamente ya han sido madres o han estado embarazadas, con una mayor participación, de alrededor de un 75%, de las adolescentes con edades entre los 17-19 años, correspondiendo a la etapa de la adolescencia tardía; mientras que las menores de 15 años representan un bajo porcentaje del total de los embarazos en la adolescencia (Ministerio de Salud, 2010; Pérez, 2011). No obstante, es importante no subestimar el problema del embarazo en el grupo de adolescentes de 10 a 14 años por su baja incidencia, dado que en muchos casos son el resultado de situaciones de violencia sexual o incesto.

Lo anteriormente expuesto reviste importancia al momento de analizar las tendencias del embarazo en la adolescencia, debiendo tenerse presente que la mayoría de las encuestas siguen basándose en la definición de mujeres en edad fértil (15-49 años), excluyendo al grupo adolescente entre las edades de 10-14 años.

Pérez et al (2011) en el estudio titulado “Embarazo en adolescentes: ¿una realidad en transición?”, al analizar la información obtenida de diferentes fuentes en los últimos 20 años, reporta que en los últimos años se registra un cambio en la dinámica y comportamiento del embarazo en la adolescencia, evidenciado por el descenso de la fecundidad en las mujeres adolescentes y estableciendo que la tendencia observada es hacia la reducción de este indicador. Según esta fuente, no parece haber un aumento en el porcentaje de nacimientos reportados en adolescentes en los últimos veinte años, sobre todo si se toman en cuenta los datos estratificados según la clasificación de adolescencia temprana o tardía. En este sentido, se nota un ‘aumento’ en el porcentaje de nacimientos en adolescentes cuando se excluye el periodo correspondiente a la adolescencia temprana (menor de 15 años), no así cuando las fuentes de información incluyen ambos periodos (adolescencia temprana y tardía). Sin embargo, a pesar de esta tendencia a la baja reportada, la realidad es que a nivel mundial la nación dominicana ocupa un puesto cimero en cuanto a la ocurrencia de embarazos y maternidad en la adolescencia.

La mortalidad materna e infantil constituye problemas prioritarios en la agenda nacional y de salud en particular de cara al alcance de las metas para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, contándose con un plan estratégico nacional dirigido a la reducción de ambas condiciones (Ministerio de Salud, 2012). En este Plan es resaltado el impacto que tiene el

embarazo en adolescentes en las elevadas tasas de mortalidad materna que exhibe el país, reportada en la ENDESA del 2007 en 159 por cada 1000,000 nacidos vivos (CESDEM, 2007), y para el año 2012, según el Sistema Nacional de Vigilancia de la Mortalidad Materna (Ministerio de Salud, 2013) en 106 por cada 1000,000 nacidos vivos, correspondiendo a un 16% las muertes en mujeres menores de 20 años.

Ha sido documentado que la mortalidad materna en adolescentes es mayor que en las mujeres no adolescentes. Sin embargo, al estudiar las tendencias en relación a este indicador a partir del análisis de los resultados de las ENDESA del año 2000 al 2007, se reporta que este indicador muestra una disminución progresiva en el grupo de 10 a 19 años. (Pérez, 2011), aunque sigue siendo muy elevada al comparar este indicador con otros países de la región y donde no existe los niveles de cobertura de atención institucional al embarazo y el parto que existe en la República Dominicana.

La relación entre embarazo-maternidad adolescente y mortalidad infantil se ha documentado, planteando que existe una mayor probabilidad de complicaciones, tales como bajo peso al nacer, desnutrición o de retraso en el desarrollo físico y cognitivo, además de los múltiples riesgos psicosociales. Sin embargo, en el estudio ya antes referenciado de Pérez (2011) se plantea que esta situación está en transición, al analizar las tendencias de los diferentes subtipos de mortalidad infantil en hijos/as de madres adolescentes de 15 a 19 años, reportan que ha habido una reducción sustancial en los diferentes componentes de la mortalidad infantil en hijos/as de madres adolescentes, excepto en el caso la mortalidad postneonatal.

## 2.9 Políticas públicas. Plan nacional de prevención de embarazos en adolescentes, 2011-2016

Si bien es cierto que desde la década de los noventa se impulsan acciones en materia de prevención de embarazos en adolescentes, tanto desde las instancias públicas como desde la sociedad civil, estas respondían a acciones puntuales, no articuladas ni estructuradas bajo una visión de política pública.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994) impulsó de manera notable el reconocimiento de la población adolescente como sujeta de derechos en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. El Programa de Acción de esta Conferencia pone énfasis en la educación en lo que respecta a la salud reproductiva y sexual en la adolescencia, en particular en aspectos tales como los embarazos no deseados, el aborto en condiciones de riesgo y las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH y el sida. La Conferencia expresa la necesidad de contar con servicios de salud que protejan el derecho de los y las adolescentes a la intimidad, a la confidencialidad, el consentimiento informado, respetando los valores culturales y las creencias religiosas. Asimismo, la Conferencia reconoce los derechos y responsabilidades de las madres y padres de entregar a las y los adolescentes orientación en temas de sexualidad y reproducción, e insta a que los países aseguren que los programas y los proveedores de salud no restrinjan el acceso de los adolescentes a los servicios apropiados y a la información que necesiten.

Un año después, la IV Conferencia Internacional de la Mujer (Beijing, 1995) desde el ámbito de los derechos de la mujer, reafirma la importancia de la salud sexual y la salud reproductiva e incluye en su Plataforma de acción directrices para el abordaje de la salud de las mujeres y de adolescentes en particular, desde una perspectiva de género.

A partir de estas dos Conferencias, aunadas a otros compromisos nacionales e internacionales, y los procesos de reformas del Estado Dominicano, las instituciones públicas (Ministerios de salud, de la Mujer, de la Juventud y de Educación, incluye de manera progresiva en sus planes, programas y

proyectos intervenciones enfocadas en la población adolescentes, la SSySR, y en el abordaje del embarazo en las adolescentes.

En la actualidad se cuenta con un marco legal-normativo que apoya estas intervenciones, como es el caso de la Constitución de la República, la Ley de la Estrategia Nacional de Desarrollo, el Código para el Sistema de Protección y los Derechos Fundamentales de los Niños, Niñas y Adolescentes; la Ley General de Juventud y la Ley 295-11, que instituye cada 26 de septiembre como el Día nacional de la prevención del embarazo en adolescentes; entre otras legislaciones. Se cuenta, además, con políticas institucionales específicas como es el caso de las normativas de atención en salud vinculadas a la SSy SR, el Plan Decenal de Salud, el Plan Nacional e Igualdad y Equidad de Género, 2007-2017; el Plan nacional de Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil, 2012-2016 y el Plan nacional de prevención del embarazo en adolescentes 2011-2018 (Plan-EA)

El Plan-EA es una política intersectorial e interinstitucional, la cual es producto de un trabajo concertado, con participación de diferentes sectores con responsabilidades en el abordaje del embarazo en adolescentes, además de que en su elaboración hubo una participación activa de la sociedad civil y de los/as propios/as adolescentes. Recientemente, fue emitido el Decreto del poder ejecutivo No. 264-13, que crea una comisión interinstitucional para coordinar la ejecución de este Plan.

El Plan-EA contiene los siguientes lineamientos estratégicos para el desarrollo de políticas nacionales y locales encaminadas a la reducción del embarazo en adolescentes: Fortalecimiento del marco legal y de políticas públicas en materia de desarrollo de adolescentes, Promoción de la educación sexual y los derechos sexuales y reproductivos, Ampliación de la cobertura de servicios de salud amigables y de calidad para adolescentes, Promoción del empoderamiento de las adolescentes y mujeres jóvenes, Desarrollo de sistemas de información y estadísticas sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes, Fomento de la participación y organización de los y las jóvenes y el Fortalecimiento de las alianzas estratégicas y la colaboración intersectorial.

El Comité Técnico Interinstitucional (2012) responsable de la elaboración y seguimiento a este Plan, realizó un proceso de costeo del mismo,

estimando en un total de 389 millones de pesos dominicanos el costo de su implementación, de los cuales un 17.9% corresponderían a la ejecución del tercer objetivo estratégico: “Ampliación de la cobertura de los servicios amigables y de calidad para adolescentes”, bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud Pública.

En los países desarrollados existe una cultura de investigación en materia de economía y salud, que permite tomar decisiones más certeras en cuanto a la inversión en el ámbito de las políticas públicas. Por ejemplo, la Maternidad adolescente en los Estados Unidos costó a los contribuyentes (federal, estatal y local) al menos \$ 10.9 mil millones en 2008, según un análisis realizado por la Campaña Nacional para Prevenir el Embarazo en Adolescentes (2011). En este estudio se determinó que la mayor parte de los costos de la maternidad adolescente se asocia con consecuencias negativas para los hijos de madres adolescentes, incluido el aumento de los costos de atención de la salud, hogares de guarda, y la pérdida de ingresos fiscales.

En la República Dominicana los estudios referidos a costos en salud son reducidos, aunque se sabe a partir de las cuentas nacionales que la inversión en prevención es baja. En el último informe de las cuentas nacionales en salud suministrado por el Ministerio de Salud Pública (2012) figura la información de que los servicios de prevención y de salud pública constituyeron el 3.76 % (RD\$2,108.50) del gasto en salud, de los cuales la salud materno infantil, (que incluye el componente adolescente), los servicios de atención y consulta en conjunto alcanzaron el 1.74% del total general, mientras que el gasto en atención curativa alcanzó alrededor del 40%. El gasto en salud referido al componente adolescente no se ofrece de manera desglosada, desconociéndose la inversión real que es realizada por el Ministerio de Salud en cuanto a prevención y atención a la salud sexual y salud reproductiva, incluyendo el embarazo y la maternidad en adolescentes.

### III. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

**Los objetivos principales del presente informe son:**

- a) Identificar los servicios de atención al embarazo y la maternidad en adolescentes en los principales centros de salud acorde con el tipo de servicios demandados.
- b) Estimar el costo de provisión de servicios de salud para el embarazo y la maternidad en adolescentes acorde a los protocolos de atención existentes.
- c) Estimar el costo de los servicios de salud para el embarazo y la maternidad en adolescentes en diferentes establecimientos de salud (públicos, públicos descentralizados y privados).
- d) Estimar el costo total de las diferencias que tienen que pagar las adolescentes embarazadas que cuentan con un seguro de salud contributivo.
- e) Estimar el costo de los servicios de salud para el embarazo y la maternidad en adolescentes según tipo de servicio.
- f) Determinar los gastos directos en atención en salud del embarazo y la maternidad para el sistema nacional de salud (controles médicos, exámenes, estudios o procedimientos, medicinas, partos, atención al recién nacido, vacunas, hospitalizaciones, entre otros) y para la familia.

## IV. METODOLOGÍA Y DATOS

La metodología y los datos utilizados para abordar las tres partes centrales en el informe se presentan a continuación.

### 4.1 Identificación de las brechas de servicios en la atención del embarazo y maternidad en adolescentes

#### 4.1.1 Sobre la prestación de servicios de atención del embarazo y maternidad en adolescentes

La prestación de servicios de salud tiene dos ámbitos en el país. El primero es el de la salud colectiva, en donde se promueven acciones para la prevención del embarazo y la maternidad en adolescentes en el país. El segundo ámbito es el de los servicios de salud de carácter individuales, descentralizados en la actualidad en los Servicios Regionales de Salud.

En salud colectiva existe el Programa Nacional de Atención Integral al Adolescente (PRONAIISA) cuyo objetivo es *“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”*. Su ámbito de acción es el de la prevención del embarazo en adolescentes de edad entre 10 y 19 años. Ofrece además servicios directos de apoyo a las adolescentes embarazadas, como la provisión a los hospitales de los medicamentos durante el embarazo.

El PRONAIISA tiene una estructura al nivel central y desconcentradas al nivel provincial, donde tiene coordinación de programas. De la misma manera, el programa tiene una estructura operativa en los 3 niveles de atención que implementa sus acciones en coordinación con la red de servicios.

En el ámbito de los servicios de salud de carácter individual al embarazo y maternidad en adolescentes, la prestación se entrega a través de la red pública de servicios de salud en los tres niveles de atención. Esta red debería estar apropiadamente articulada, con una puerta de entrada, en los centros de atención primaria, donde se les deberían ofrecer los servicios de atención inicial a las adolescentes durante el embarazo, si el mismo no implica riesgos. En el proceso preparatorio del parto entra en acción el segundo o tercer nivel, dependiendo de la complejidad del mismo.

La cartera de servicios referida al embarazo y maternidad en adolescentes por nivel de atención es la siguiente (Sespas, 2005):

- a) **Primer nivel de atención:** Atención a la embarazada y atención al puerperio. Atención al niño sano y vacunaciones. Esto incluye los servicios de planificación familiar y la prevención, detección y tratamiento de enfermedades transmisibles como el VIH, tuberculosis, entre otras; y de enfermedades crónicas.
- b) **Segundo nivel de atención:** Se ofrecen las atenciones especializadas básicas con régimen de internamiento (obstetricia-ginecología y pediatría relacionadas al embarazo y maternidad en adolescentes).
- c) **Tercer nivel de atención:** se ofrecen las atenciones especializadas de mayor complejidad, en particular en aquellos casos que desarrollan riesgos asociados a otras enfermedades (por ejemplo de las adolescentes embarazadas con hipertensión).

#### 4.1.2 Levantamiento de información sobre la brecha de servicios de atención

Para los fines de la identificación de los servicios de atención al embarazo y la maternidad en adolescentes en los principales centros de salud, se seleccionaron inicialmente las dos maternidades más grandes del país, Maternidad San Lorenzo de los Mina y Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, ubicados en Santo Domingo Este, el primero, y en el Distrito Nacional el segundo. Luego de evaluar las características de

estos centros, y el hecho de que representan los dos hospitales de tercer nivel más grandes del país dedicados exclusivamente a los servicios materno-infantil, se consideró ampliar la recolección de información en al menos un centros de salud de segundo nivel de atención. Esto buscaba asegurar un mayor representatividad en el análisis de brechas, por lo que se consideró importante incluir un hospital de segundo nivel. Por razones de tiempo no se evaluaron los servicios en el primer nivel de atención<sup>6</sup>.

Para el análisis de las brechas de servicios, de lo que se oferta y lo que se demanda en los centros de atención seleccionados, se levantaron los datos directamente en dichos centros. Se revisaron las memorias e informes estadísticos disponibles; y se realizaron entrevistas al personal directivo de los mismos. Para facilitar el trabajo de recolección de datos, se aplicó un formulario detallado que recoge datos sobre la calidad y distribución de la planta física disponible para los servicios de atención a las embarazadas adolescentes, los recursos humanos disponibles, la oferta de los servicios, los indicadores de producción y otras características del centro.

Estas informaciones se triangularon con los datos cualitativos obtenidos a través de entrevistas a madres adolescentes usuarias de los servicios de los centros de salud mencionados. Las entrevistas identificaron elementos cualitativos sobre la dinámica en torno al proceso de demanda de los servicios de salud para la atención del embarazo, post-parto y la planificación familiar.

## 4.2 Costos de los servicios de atención del embarazo y maternidad en adolescentes

### 4.2.1 Estimación de costos de servicios de salud y metodología de aproximación

La metodología más frecuente para la estimación de costos de los servicios en salud está referida a la identificación de los costos directos e indirectos asociados a la entrega de un servicio determinado. Los costos directos son los que se incurre con la entrega del servicio e incluye los honorarios al personal que participa en dicha actividad, los insumos médicos, medicamentos, el equipamiento, mobiliario y espacio utilizado, entre otros. Los costos indirectos son los gastos en actividades de apoyo a la entrega del servicio y se refieren normalmente a los gastos de administración y servicios generales (en los que se incluyen aquellos que velan por la calidad en el manejo de los desechos hospitalarios o el control de enfermedades de contagio en el centro de salud). El cálculo de los costos de los servicios de salud puede asociarse a centros de costos dentro del establecimiento de salud, por ejemplo, programa de atención al embarazo y maternidad en adolescentes. De la misma manera, en el cálculo de costos, se pueden identificar los costos fijos, los variables y las fuentes de financiamiento.

A los fines de aplicar la metodología de estimación de costos descrita más arriba se necesita información detallada para un período de tiempo determinado y ser levantada para diferentes tipos de establecimientos de salud. Por ejemplo, para costear la información de los servicios de atención del embarazo y maternidad en adolescentes, en particular, en hospitales con programas exclusivos, se debe levantar información sobre:

a) Personal exclusivo del programa (salarios, beneficios, seguridad social, entre otros). Si el personal que trabaja en el programa no es exclusivo, se debe estimar el tiempo dedicado al mismo aplicando encuestas a dicho personal.

b) Levantamiento del equipamiento (mobiliario y equipos)

<sup>6</sup> El hecho de que los servicios de salud deberían estar vinculados por niveles de atención, el análisis sobre la demanda y oferta de servicios en centros de segundo y tercer nivel de atención, arroja información útil para entender indirectamente cómo están funcionando los centros de salud en el primer nivel de atención.

- c) Insumos y medicamentos utilizados (costeo de guantes, jeringas, etc.).
- d) Medición de espacio y estimación de costos del mismo (una aproximación puede ser asumir una renta por el mismo). Si el espacio es compartido, hay que estimar el % de uso del mismo.
- e) Estimación del gasto en servicios básicos (agua, electricidad, mantenimiento equipos, etc.)
- f) Estimación del gasto administrativo y otros gastos indirectos.

Como se puede observar, esta metodología implica recursos y tiempo, y debe aplicarse al menos a varios centros representativos de la red nacional de servicios de salud, por nivel de atención.

Para la presente consultoría, se utilizó un método aproximado de costeo de los servicios de salud para el embarazo y maternidad en adolescentes y consiste en la utilización de las tarifas de los servicios de salud por tipo de centro.

En base a los protocolos de atención existentes, se identificó el detalle de cada uno de los servicios que comprenden el embarazo y la maternidad en adolescentes. Se utilizaron los datos de costos y tarifas estándar del mercado de aseguradores (administradoras de riesgos de salud), tanto a nivel de hospitales públicos no autónomos, como los descentralizados y clínicas privadas típicas. Las tarifas fueron aplicadas a cada servicio y se totalizaron para obtener el costo global de los servicios de salud del embarazo y la maternidad en adolescente. Para fines de validación del protocolo de atención, se entrevistaron a los responsables de los programas nacionales en los diferentes ámbitos y especialistas médicos ginecoobstetras.

Es importante indicar que desde este abordaje, se podrían estar sobrestimando los costos de la atención al embarazo y maternidad en adolescentes en el país, sin embargo, hay que destacar:

- a) Las tarifas que se pagan en los hospitales públicos provienen de la única ARS que actualmente contrata los servicios de salud en dichos centros, el Seguro Nacional de Salud (SeNaSa). Estas tarifas están subestimadas, dado que los precios no incluyen el subsidio que reciben los hospitales, en particular, el pago centralizado de los sueldos y salarios del personal de salud que trabaja en los mismos. Los costos determinados para los hospitales públicos serán los más bajos en el rango establecido en el presente informe.
- b) Las tarifas que se pagan en los hospitales públicos descentralizados (esto es centros de servicios de salud como el Hospital Vinicio Calventi, el Hospital Marcelino Vélez, entre otros; que se manejan de manera descentralizada y tienen control de todos sus costos) representan unas tarifas más aproximadas a los costos de los servicios.
- c) Las tarifas que se pagan en las clínicas privadas reflejan en su estructura de costos los beneficios o utilidades de la clínica como empresa por la entrega de los servicios. No captan cualquier pago adicional que el paciente estaría pagando fuera de dichas tarifas. Por lo tanto, estos costos serían un máximo en el rango de costos que se presentará a continuación.

Las tarifas fueron levantadas directamente en los centros de salud y se tomó como estándar para la comparación, las tarifas que pagaba el Seguro Nacional de Salud (SeNaSa) en cada uno de los centros contemplados. Se identificó a partir del protocolo de atención, todos los servicios cubiertos en la atención al embarazo y maternidad en adolescentes.

Para los fines del presente costeo, se tomará en cuenta el protocolo de atención hasta la segunda visita de la adolescente en el puerperio<sup>7</sup>. Con relación al recién nacido, se toma el costo únicamente de recibimiento del niño o niña, por lo que no se incluyen los costos asociados a complicaciones posteriores al nacimiento y en el primer año de vida del niño o niña.

<sup>7</sup> Es importante destacar que para los fines del presente estudio solo se estimarán los costos directos asociados a los servicios de atención al embarazo y maternidad en adolescentes. No se incluyen los costos indirectos asociados al embarazo, como costos de transporte para llegar a los centros de salud, o los costos sombras referidos a la deserción escolar, por ejemplo.



De esta manera, se incluirán en el informe, los siguientes dos escenarios:

- a) **Embarazo y maternidad en adolescentes sin complicaciones.** Este es un embarazo que se desarrolla sin que la adolescente embarazada presente algún síntoma de riesgo que derive en un cambio en la aplicación del protocolo de atención.
- b) **Embarazo y maternidad en adolescentes con complicaciones.** En este escenario, se estiman los costos del cambio de atención producto de los riesgos más importantes que pudiera desarrollar una adolescente embarazada.

Para la estimación del costo del embarazo y maternidad en adolescentes con complicaciones se aplicó un formulario a gineco obstetras que trabajan con las adolescentes embarazadas para identificar los principales riesgos y el tratamiento detallado tanto ambulatorio como en internamiento para ambos casos. Luego se procedió a costear dicho tratamiento. Para los datos del costo en internamiento, se tomó el costo promedio de día cama en una adolescente embarazada proveniente de los registros del Seguro Nacional de Salud (SeNaSa) por tipo de establecimiento.

#### 4.2.2 Protocolo de atención a partir de las Normas Nacionales

Las normas nacionales para la atención integral de adolescentes datan del año 2009 y fueron publicadas bajo la serie de normas nacionales número 13 del Ministerio de Salud Pública. Tienen como objetivo: *“Proporcionar los criterios técnicos-administrativos generales que orientan el desarrollo de la oferta de atención integral a la salud de los y las adolescentes en la República Dominicana y los lineamientos básicos que faciliten la programación, ejecución y evaluación de las acciones dirigidas a los y las adolescentes, en las áreas de promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación; con énfasis en la salud sexual y reproductiva y con base en un enfoque integral, multidisciplinario, intersectorial, con perspectiva de género, de derechos humanos y participación social”.*

En estas normas se definen a los adolescentes a toda la población comprendida entre 10 y 19 años y once meses de edad. Contiene una serie de normativas específicas que orientan la oferta de servicios integrales al adolescente. Las normas específicas del 36 a la 44 se refieren a la atención del embarazo y maternidad en adolescentes.

La normativa No. 36 trata sobre la consulta prenatal y postnatal en la que manda que ***“todas las adolescentes en las que se diagnostique un embarazo tienen derecho a recibir una atención prenatal y postnatal diferenciada que incluya seguimiento a la maternidad/paternidad hasta un año posterior al parto”.*** En la misma se instruye a realizar consejería previa a la prueba confirmatoria de embarazo. Del mismo modo, se indica que ***“la atención del embarazo en la adolescente debe ser abordada por un equipo de salud interdisciplinario, capacitado para la realización de acciones preventivas, educativas, asistenciales durante la gestación y extendida hasta el primer año de vida de su hijo o hija”.***

Otras indicaciones esenciales de la normativa 36 es la invitación a que se integre a la pareja de la adolescente para abordar de manera conjunta las responsabilidades y obligaciones que conlleva el embarazo y maternidad. También incentiva al uso exclusivo de la lactancia materna en la alimentación de su hijo o hija.

La entrevista inicial debe enfocarse a la identificación de factores de riesgo para la salud y de las urgencias, las cuales deben ser manejadas según las normas sobre las urgencias obstétricas.

La normativa No. 37 trata sobre la consulta obstétrica en adolescentes. El personal médico especializado es el responsable de la consulta de obstetricia. Debe:

- a) Llenar la Historia Clínica de Adolescentes y la Historia Clínica Perinatal Base, entregando a la adolescente el carnet perinatal.
- b) Realizar los controles prenatales según las Normas Nacionales de Atención a la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Estas normas datan del año 2008 y publicadas bajo la Series de Normas Nacionales No.5 por el Ministerio de Salud Pública.

En los cuadros siguientes se resume el protocolo de atención del embarazo y maternidad en adolescentes que no desarrollen ninguna afección o factor de riesgo. El mismo contiene en detalle las necesidades de consultas, laboratorios, estudios diagnósticos, vacunas, medicamentos y otros servicios médicos antes, durante y después del embarazo.

### A. Detección del embarazo

Trabajo comunitario para la captación precoz de las adolescentes embarazadas, con participación de la comunidad.

Consultas	Laboratorios	Estudios diagnósticos	Vacunas	Medicamentos	Otros
Consulta de consejería	1. Prueba de embarazo				

### B. Atención durante el embarazo

Consultas	Laboratorios	Estudios diagnósticos	Vacunas	Medicamentos	Otros
<b>Consulta 1</b> Antes de las 12 semanas	1. Grupo y factor rh 2. Hemograma 3. Glicemia 4. Examen de orina completo 5. Reacción para sífilis 6. VIH 7. Hepatitis B 8. Toxoplasmosis 9. Factor RH (si la paciente es Rh negativo, también tipificar al marido).	1. Sonografía obstétrica 2. Papanicolao	Toxide tetánico	Hierro y ácido fólico	1. Evaluación odontológica 2. Examen de mamas 3. Promoción y apoyo a la lactancia materna
<b>Consulta 2</b> Entre 22 y 24 semanas	1. Hemograma 2. Sensibilización de test de Coombs (en pacientes Rh negativo)	Sonografía obstétrica	Toxide tetánico (segunda dosis)	Hierro y ácido fólico	Promoción y apoyo a la lactancia materna
<b>Consulta 3</b> Alrededor de las 32 semanas	1. Hemograma 2. Glicemia 3. Orina 4. Reacción para sífilis			Hierro y ácido fólico	Promoción y apoyo a la lactancia materna
<b>Consulta 4</b> A las 36 semanas	1. Glicemia 2. Orina			Hierro y ácido fólico	Promoción y apoyo a la lactancia materna Promoción plan de parto
<b>Consulta 5</b> A las 37 semanas	1. Hemograma 2. Orina			Hierro y ácido fólico	Promoción y apoyo a la lactancia materna Promoción plan de parto
<b>Consulta 6</b> A las 38 semanas	1. Orina			Hierro y ácido fólico	Promoción y apoyo a la lactancia materna Promoción plan de parto



La norma nacional para la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio indica que en promedio se deben realizar 6 consultas prenatales. Sin embargo, dado los altos riesgos asociados a un embarazo en mujeres de 10 a 19 años de edad el número de consultas promedio es de 8.

En el programa de adolescentes de la Maternidad La Altagracia el cronograma establecido es el siguiente:

Semanas de embarazo	Tiempo de cita en semanas
De 12 a 16 semanas	Cita en 10 semanas
De 17 a 19 semanas	Cita en 8 semanas
De 20 a 25 semanas	Cita en 6 semanas
De 26 a 29 semanas	Cita en 5 semanas
De 30 a 32 semanas	Cita en 4 semanas
De 33 a 35 semanas	Cita en 3 semanas
De 36 a 37 semanas	Cita en 2 semanas
De 38 a 42 semanas	Cita semanal

Como se puede observar, este calendario implicaría más de ocho visitas, sin embargo, dependerá de cuándo llega la embarazada que es normalmente a partir de las 18 semanas, según los encargados de los programas entrevistados.

### C. Parto

El parto puede ser vaginal (normal) o por cesárea. Para fines de cálculo se trata como un paquete, que contiene en detalle los días cama, honorarios médicos, insumos, medicamentos, estudios diagnósticos, laboratorios, entre otros.

### D. Atención del puerperio

Consultas	Laboratorios	Estudios v diagnósticos	Vacunas	Medicamentos	Otros
Consulta 1 Control a los 7 días			Completar esquema de inmunización de la madre		1. Promoción y apoyo a la lactancia materna 2. Consejería en planificación familiar
Consulta 2 Control a los 30 días					1. Promoción y apoyo a la lactancia materna 2. Consejería en planificación familia

### E. Atención al recién nacido

La atención al recién nacido se trata como un paquete en términos de costos, tal como el servicio es contratado por las administradoras de riesgos de salud (ARS). Incluye las intervenciones que son aplicadas por el personal de salud especializado para que el recién nacido tenga una atención neonatal de calidad en el momento del parto. Se refiere, en particular, a vigilar el proceso de adaptación al medio externo de parte del recién nacido, identificando cualquier alteración que se produzca y que no esté en los valores normales aceptados. Este proceso comprende cuatro momentos: atención inmediata al nacer, durante las primeras horas de vida, en el puerperio inmediato de la madre y antes de darle de alta a la madre.

### 4.3 Gastos directos en atención en salud del embarazo y la maternidad en adolescentes para el Sistema Nacional de Salud

Las cuentas nacionales en salud representan el principal insumo para estimar el gasto del Sistema Nacional de Salud en la atención al embarazo y la maternidad en adolescentes. La desagregación del gasto nacional en salud por funciones, fuentes de financiamiento, proveedores y agentes financieros representan el punto de partida para dichas estimaciones. Los estudios realizados en el país sobre las cuentas nacionales en salud (Rathe, 2002; Rathe y Guzmán, 2012; MSP, 2013) presentan los datos muy agregados, en particular los relativos al gasto por funciones en salud. Estos datos se presentan agregados para:

- a) Servicios de atención curativa
- b) Administración de salud y los seguros médicos
- c) Funciones relacionadas con la salud
- d) Productos Médicos dispensados a pacientes ambulatorios
- e) Servicios auxiliares de atención de la salud
- f) Servicios de prevención y de salud pública
- g) Servicios de rehabilitación,
- h) Servicios de atención de larga duración

La estimación del gasto nacional en atención del embarazo y la maternidad en adolescentes a partir de las cuentas nacionales en salud fue desestimada por el tiempo y los recursos disponibles. Los estudios realizados solo disponen de datos parciales desagregados, lo que dejaba como resultado la

necesidad de levantar la información directamente en las fuentes principales para construir las cuentas nacionales en salud, enfocada al gasto del embarazo y maternidad en adolescentes.

Otro medio alternativo de abordaje, fue estimar el gasto en atención en salud del embarazo y la maternidad en adolescentes a partir de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH, 2007-2008). Sin embargo, después de una revisión exhaustiva se encontró que la encuesta no tenía los detalles suficientes para trabajar con el gasto en salud a partir del embarazo en adolescentes.

De esta forma, para la estimación del gasto directo en la atención en salud del embarazo y la maternidad para el Sistema Nacional de Salud se utilizará un método indirecto, a través del costo de los servicios de atención y la población de embarazadas que demandan estos servicios.

Se distribuirá la población de adolescentes embarazadas para un año, según el establecimiento de salud donde demandan los servicios y tipos de seguros de salud que tienen. Se aplicará el nivel de costo de los servicios de salud ajustado por tipo de establecimiento y si tienen seguro o no de salud. La sumatoria total resultará en el gasto directo a nivel nacional en la atención del embarazo y la maternidad en adolescentes. Adicionalmente se aplicarán otros ajustes, en particular, de la probabilidad de que el embarazo tenga o no alto riesgo.

Para los fines de la distribución de la demanda de servicios, se utilizó los datos provenientes de la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR 2009-2010), así como la Encuesta de Evaluación de la Protección Social (EEPS) del año 2010. También se utilizó la Encuesta Demográfica y de Salud (DHS-2007).

## V. RESULTADOS

### 5.1 Los servicios de atención al embarazo y la maternidad en adolescentes en los principales centros de salud

Tal como se explicó en la parte metodológica, en este apartado se presenta la brecha de los servicios de atención al embarazo y la maternidad en la adolescencia en dos centros hospitalarios de tercer nivel y uno del segundo nivel.

Los servicios en los centros de salud presentan las siguientes características:

- a) Existen programas especiales de atención al embarazo en adolescentes.
- b) Estos programas tienen una estructura independiente y desconcentrada dentro de los establecimientos. Los recursos humanos son exclusivos, así como el espacio físico.
- c) Se concentran en la oferta de servicios de salud para las adolescentes que mayormente llegan a dichos programas sin ningún referimiento, ya sea para servicios de planificación familiar o de atención al embarazo.
- d) Los programas brindan servicios desde que la embarazada llegan al lugar, normalmente a través de las citas que se programan al inicio de la primera visita de la embarazada.
- e) Los servicios de parto, ya sean normales o por cesárea son ofrecidos, al igual que las demás embarazadas fuera del programa, con los especialistas y estructura de cada hospital.
- f) Los servicios que ofrecen son consultas prenatales, entrega de medicamentos, consejería y charlas en grupos.

- g) Los espacios físicos son limitados y no tienen salones especializados para las conferencias, por lo que se utilizan las salas de espera. Hay limitaciones en el mobiliario y equipamiento de las diferentes áreas del programa, pero están mejor cuidados que otras áreas de los centros de salud, incluyendo el área de partos.
- h) Los medicamentos durante el embarazo se entregan según disponibilidad. Los mismos son distribuidos por el Programa Nacional de Atención Integral a las Adolescentes (PRONAISA) del Ministerio de Salud Pública. De la misma manera, los servicios de planificación familiar se otorgan según disponibilidad.
- i) Los records médicos de cada paciente son manejados de manera manual en cada programa, no a lo interno del hospital. Esto implica que si la paciente entra por emergencia no se tiene acceso a su historia clínica.

Otras características que se identifican en los servicios desde el análisis cualitativo son los siguientes:

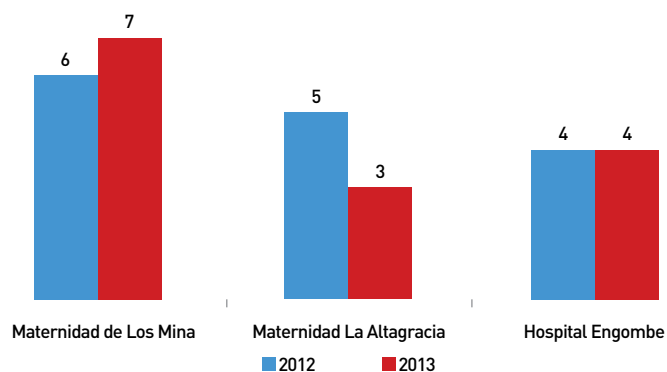
Las entrevistas realizadas muestran distintos patrones de entrada al sistema de salud en los que se afecta notablemente el seguimiento y acompañamiento de la madre adolescente. Las madres adolescentes pasan de un hospital a otro buscando servicios de calidad y se encuentran con deficiencias en la calidad de la atención médica y en la cobertura de las UNAP y hospitales municipales. De ahí que terminan atendiéndose en un centro de tercer nivel como por ejemplo la Maternidad la Altagracia al momento del parto.

Este proceso muestra elementos de riesgos para el embarazo de las adolescentes como son:

- a) Ausencia de un proceso continuo y sistemático de chequeos en todos los meses del embarazo así como de análisis y estudios. Las madres adolescentes entrevistadas presentan un rango de chequeos bajo en todo el embarazo, con casos sin ningún chequeo hasta el momento de parir. Esta discontinuidad en el seguimiento al embarazo es un factor de alto riesgo y tiene que ver con los problemas de cobertura, calidad de atención y contexto socio-económico de las madres adolescentes. De hecho, en la

recopilación estadísticas de los diferentes programas se encontró que el promedio de consulta variaba de 3 en la Maternidad La Altagracia a 7 en Los Minas<sup>8</sup>.

**Gráfico 1.** Número de consultas promedio en los programas de embarazo en adolescentes por centro de salud (2012 y enero-junio 2013)



**Fuente:** Datos estadísticos Programas de Adolescentes Maternidad Los Minas, La Altagracia y Hospital de Engombe.

b) Los chequeos suponen un costo de transporte que las madres adolescentes no pueden cubrir por sus condiciones socio-económicas. Las UNAP les quedan cerca pero presentan deficiencias en su capacidad de atención, equipamiento y servicios. Refiriéndolas continuamente al hospital municipal o a la Maternidad.

<sup>8</sup> Es importante destacar que los controles prenatales pueden ser mayores porque los programas en los tres hospitales no tienen información previa de dónde fue la adolescente antes de su primera cita en los mismos. Muchas llegan a al hospital con un embarazo avanzado sin ningún formulario de referimiento, razón por la cual las estadísticas pueden reflejar menos cantidad de chequeos, otras cuando son captadas tempranamente sobre pasan los ocho chequeos. Las citas para el control pre natal son inversamente proporcional a las semanas de gestación que presente la adolescente, o sea mientras menos semanas de embarazo, más larga es la cita, y mientras mayor cantidad de semanas presente se van acortando las semanas de cita, llegando a la más mínima expresión que es una semana, y que coincide con un embarazo a término

- c) Deficiencias en el manejo de información y orientación sobre las condiciones de alimentación e ingesta de vitaminas y suplementos durante el embarazo. Las madres adolescentes destacan que no recibieron información y orientación sistemática sobre su alimentación, sino algunas charlas aisladas en la Maternidad la Altagracia, las cuales no se registran en los hospitales municipales ni en las UNAP.
- d) Ausencia de una relación médico-paciente personal y continua en las madres adolescentes entrevistadas. Todas las madres adolescentes entrevistadas desconocían al médico con el que dieron a luz, el cual no fue el que las atendió en los pocos chequeos que se realizaron durante el embarazo. Lo que muestra falta de seguimiento a la historia clínica de la paciente y a la evolución de su embarazo.
- e) Cobros de análisis en hospitales municipales genera deserción de madres adolescentes. Sin embargo, una reciente disposición del Ministerio de Salud ordena eliminar el cobro de diferencias o cuotas de recuperación en todos los hospitales públicos.

### 5.1.1 Maternidad San Lorenzo de los Mina: Programa exclusivo para adolescentes

La Maternidad San Lorenzo de los Mina es un centro de salud pública de tercer nivel dedicado exclusivamente a los servicios materno-infantiles y está ubicado en el municipio Santo Domingo Este. Pertenece a la red hospitalaria de la región o de Salud.

Dentro del centro existe un programa exclusivo de atención en salud del embarazo y la maternidad en adolescentes. Este programa funciona en horas vespertinas (2:00-5:00 p.m.). El mismo cuenta con un personal de salud conformado por 5 médicos, de los cuales 3 son gineco obstetras, 1 psiquiatra y 1 médico general. Adicionalmente, una psicóloga y una encargada del programa, así como 1 auxiliar de enfermería; y como personal de apoyo 1 secretaria.

## A.- Infraestructura

El programa de atención a las adolescentes de la Maternidad Los Mina cuenta con 4 consultorios con pisos, paredes, techos, puertas y ventanas en buen estado; una sala de espera con bancos y en buen estado. Dicha área es común para todas las usuarias del servicio de obstetricia. En la actualidad tienen 1 computadora, la cual fue instalada, pero no le dan ningún tipo de uso; los consultorios con escritorios, sillones y sillas de usuarias en buen estado; 1 televisor en la sala de espera sin uso. Las camillas para exámenes médicos en buenas condiciones.

El área de internamiento es común para todas las usuarias embarazadas en tránsito de labor de parto (no hay salas exclusivas para las adolescentes), cuyos pisos y techos están en estado regular; mientras que las paredes, puertas y ventanas en mal estado. Cuentan con agua fría, y no están climatizadas (el aire acondicionado dañado). Se les prometió asignar dos salas para el programa de adolescentes.

Las demás salas durante el internamiento, camas disponibles, y otros servicios, son comunes para todas las embarazadas durante el internamiento, parto, cirujía, puerperio, terapia intensiva, entre otras.

## B.- Servicios

En este programa de la Maternidad de Los Mina se ofrecen servicios exclusivos de planificación familiar a las adolescentes que asisten al programa (ya estén embarazadas o no), prevención del cáncer cérvico uterino, atención al embarazo y el puerperio. Se realizan ocasionalmente actividades de prevención al embarazo del adolescente a través de algunas intervenciones dirigidas a padres y madres y adolescentes de menos de 14 años en las escuelas. Como se observa en el cuadro 1, las adolescentes que asisten al programa además reciben los servicios del centro de salud, pero que no son exclusivos del programa, tales como el programa de inmunizaciones, prevención y atención del VIH-SIDA, educación para la salud, atención al adicto, terapia familiar. De la misma manera, los servicios de atención a los y las adolescentes no embarazadas.

**Cuadro 1.** Servicios se entregan a adolescentes dentro y fuera del programa en el centro de salud

Servicios	Servicio exclusivo del programa	Servicio del centro de salud
Atención al Recién Nacido	X	
Atención al Embarazo – Parto	X	
Prevención del Cáncer Cérvico Uterino	X	
Planificación Familiar	X	
Programa de Inmunizaciones (Vacunación)		X
Infecciones de Transmisión Sexual y Sida*		X
Atención a los y las Adolescentes*		X
Educación para la Salud*		X
Atención al Adicto*		X
Terapia Familiar	X	
Visitas Domiciliarias	ND	ND
Charlas a los Usuarios*		X
Otras Ofertas: Charlas en las escuelas	X	

\*Se les imparten charlas diarias de diferentes temas.

Fuente: Datos suministrados por el Programa

Se cuentan con pocos registros de los datos del número de adolescentes atendidas en cada servicio listado en el cuadro 1, ya que la mayoría se ofrecen en forma de charlas, cuyas beneficiarias y beneficiarios (en caso de que el padre participe) no son sistematizados.

En el cuadro 2 se detalla el número de consultas ofrecidas por el programa de atención del embarazo y maternidad de la adolescentes en el año 2012 y enero-junio 2013, tanto para la atención al embarazo y parto, como para la atención al recién nacido y planificación familiar.

**Cuadro 2.** Total servicios ofertados (Número de consultas)

SERVICIOS O ACTIVIDADES	2013 (ene-jun)	2012
Atención al Recién Nacido	1,429	3,210
Atención al Embarazo – Parto	4,039	7,062
Planificación Familiar	982	1,359

**Fuente:** Datos suministrados por el Programa

En relación a la cartera de servicios médicos, el cuadro 3 muestra el conjunto de servicios de salud que oferta el centro de salud de San Lorenzo de los Mina. Como hospital de tercer nivel, las adolescentes que solicitan los servicios del programa de atención al embarazo y maternidad en adolescentes tienen a disposición los servicios y procedimientos médicos detallados en el cuadro 3.

**Cuadro 3.** Cartera de servicios y procedimientos médicos disponibles en la Maternidad San Lorenzo de Los Mina

Consultas ambulatorias	X
Internamientos	X
Procedimientos quirúrgicos	X
Unidad de cuidado intensivo adulto (UCI)	X
Unidad de cuidado intensivo neonatal	X
Sala de emergencia	X
Servicios de laboratorio	X
Patología de cuello	x
Rayos X	X
Sonografía	X
Mamografía	X
Tomografía	ND
Resonancia	ND
Colposcopia	X
Cono en Aza Diatérmica Biopsia	X
Monitoreo Fetal	ND
Espectrofotometría de líquido amniótico	ND

**Fuente:** Datos suministrados por el Programa

## C.- Producción

El equipo de 9 personas que pertenecen al programa de atención al embarazo y maternidad de la adolescente en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de los Mina, es el responsable de la atención de 721 nuevas adolescentes embarazadas durante el presente año 2013, de las cuales 33 tienen menos de 15 años; mientras que 688 están entre los 15 y 19 años. En total demandaron 4,039 consultas especializadas durante los primeros 6 meses del presente año, representando una relación de 1,346 consultas por médico gineco obstetra, a un promedio mensual de 224 consultas; y una razón de 6 consultas por cada embarazada adolescente atendida durante el periodo prenatal.

Para el año 2012, este mismo equipo asistió un total de 1,073 nuevas adolescentes embarazadas, las cuales demandaron 7,062 consultas, a una relación de 2,354 consultas por gineco obstetra; y 196 consultas por cada mes; y una razón de 7 consultas prenatal por cada embarazada adolescente.

**Cuadro 4.** Cantidad de embarazadas adolescentes en el programa

Embarazadas	2013 (enero-junio)	2012
< 15 Años	33	71
> 15 Años	688	1002
Total	721	1073
Relación consulta / adolescente embarazada	6	7

**Fuente:** Datos suministrados por el Programa

No existe una discriminación de los servicios que permita clasificar las estadísticas propias de la atención del parto en adolescente, en cuanto a días camas disponibles, días pacientes, porcentaje de ocupación y promedio de estancia, solo se conocen las globales del establecimiento en cuestión.

Durante los primeros seis meses del año 2013, fueron realizados 5,042 partos, de los cuales 2,623 fueron vía vaginal; mientras que 2,419 por vía cesárea; de estos partos, un total de 1,428 correspondieron a

adolescentes, representando el 28%, de los cuales 770 fueron partos vaginales para un 29%, y 658 por vía cesáreas con el 27%. De igual forma se practicaron 1,575 abortos, de los cuales 312 se les realizaron a adolescentes, lo que representa el 20%. Esto significa que el 48% de estas adolescentes han presentado mínimamente un embarazo durante este periodo. Hay que destacar que en cuanto a los nacimientos muertos, en las adolescentes este renglón representa el 26%.

**Cuadro 5.** Indicadores de producción y costos de la Maternidad San Lorenzo de Los Mina

Evento	2013*	2012**
Días camas disponibles	2542	4292
Días paciente	1276	1587
% de ocupación	72%	60%
Promedio de estancia <sup>9</sup>	1 día	2 días

\*Se asume el dato global del servicio de obstetricia del hospital al mes de junio 2013.

\*\*Se asume el dato global del servicio de obstetricia del hospital al mes de diciembre del año 2012.

**Fuente:** Datos suministrados por el Programa

En el cuadro 6 se observa que en el año 2012, en el hospital San Lorenzo de los Mina, se realizaron 11,623 partos, de los cuales 6,388 fueron por vía vaginal, mientras que 5,235 por cesárea. Del total, 3,239 correspondieron a adolescentes, representando el 28%. En adolescentes, se realizaron 1,848 partos vaginales para un 29%, y 1,391 cesáreas con el 27%; igualmente 665 abortos, representando el 22% del total realizado por el establecimiento. En cuanto a los nacidos muertos, para este periodo representaron un 26%.

<sup>9</sup> Para determinar la cantidad de cama disponible durante el mes que se tomó como referencia, se divide la cantidad días camas disponible entre la cantidad de días de ese mes (para el mes de junio del 2013 se divide entre 30; mientras que para el mes de diciembre del 2012, se divide entre 31).

**Cuadro 6.** Atención del parto. Consolidado (enero-junio). Año 2013.

Grupo de edad	Número de partos		Total	Parto gemelar	Nacimientos		Total	Total aborto
	Vaginal	Cesárea			Vivos	Muertos		
>15	21	26	47	0	47	0	47	11
15 – 19	749	632	1381	10	1382	9	1391	301
Otras	1853	1761	3614	46	3608	52	3660	1263
<b>Total</b>	<b>2623</b>	<b>2419</b>	<b>5042</b>	<b>56</b>	<b>5037</b>	<b>61</b>	<b>5098</b>	<b>1575</b>
<b>Total adolescentes</b>	<b>770</b>	<b>658</b>	<b>1428</b>	<b>10</b>	<b>1429</b>	<b>9</b>		<b>312</b>
%	29%	27%	28%	18%	28%	15%		20%

**Fuente:** Datos suministrados por el Programa

**Cuadro 7.** Atención del parto. Consolidado (enero-diciembre). Año 2012.

Grupo de edad	Número de partos		Total	Parto gemelar	Nacimientos		Total	Total aborto
	Vaginal	Cesárea			Vivos	Muertos		
>15	61	60	121	0	121	0	121	30
15 – 19	1787	1331	3118	23	3089	51	3140	635
Otras	4540	3844	8384	102	7750	143	7893	2399
<b>Total</b>	<b>6388</b>	<b>5235</b>	<b>11623</b>	<b>125</b>	<b>10960</b>	<b>194</b>	<b>11154</b>	<b>3054</b>
<b>Total adolescentes</b>	<b>1848</b>	<b>1391</b>	<b>3239</b>	<b>23</b>	<b>3210</b>	<b>51</b>		<b>665</b>
%	29%	27%	28%	18%	29%	26%		22%

**Fuente:** Datos suministrados por el Programa

**Cuadro 8.** Cantidad de consultas externas por año, según grupo de edad 2012- 2013 (enero-junio)

Grupo de Edad	Año 2013	%	Año 2012	%
10 – 19 años	4039	6.99	7062	6.24
Otras edades	53753	93.01	106072	93.76
<b>Total</b>	<b>57792</b>	<b>100</b>	<b>113134</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Datos suministrados por el Programa



#### D.- Brechas en los servicios

La Maternidad San Lorenzo de Los Mina no cuenta con una estructura organizacional que permita llevar a cabo un verdadero programa para embarazo en adolescente, tal como se establecen en las Normas Nacionales, implementadas por el Ministerio de Salud Pública. Esto conlleva a tener:

- Mayor control y supervisión por parte de las autoridades hospitalarias
- Integración de otras áreas de servicios (laboratorio, sonografía, mamografía, etc.)
- Áreas de atención ambulatorias separadas de las demás usuarias y usuarios
- Salón de charlas exclusivas
- Uso de medio de difusión de programas educativos
- Uso de medios electrónicos y programas para la captura de datos y generación de informaciones estadísticas de interés.
- Ampliación del horario (matutino – vespertino), y fortalecimiento del equipo de atención del embarazo en adolescentes con psicólogos y educadores de la salud
- Salas de internamientos separadas de las demás usuarias
- Acondicionamiento de las áreas de internamiento
- Fortalecimiento de los programas de P&P (planificación familiar, vacunación, detección del cáncer cérvico uterino y de mama, VIH/SIDA, lactancia materna, etc.).
- Necesidad de recursos para implementar programas de visitas domiciliarias y seguimiento.

Otras debilidades en los servicios que ofrece la Maternidad San Lorenzo de los Mina que se muestran en el estudio cualitativo son:

- Deficiencias en el manejo de la higiene en este centro hospitalario.

*“Y no quiero pasar más trabajo, yo quiero parir otro, pero lo quiero parir en un sitio con más higiene, mira a*

*mí me subieron a la una de la tarde, y todavía eran las cinco y esa área no la habían limpiado, y la niña mía también nació mala y la doctora me decía que la niña no tenía nada y ella se pasaba el día entero llorando. Ellos me hacían esa limpieza y me decían eso no duele nada, pero me lo hacían como de maldad”.*

- Casos de malas prácticas médicas.

*“Cuando yo parí la niña mía me hicieron cesárea, los que hicieron el parto no limpiaron el área, y eso se me infectó. Cuando me trajeron aquí, yo duré tres días aquí con fiebre, entonces nadie sabía que era de eso, entonces se dieron cuenta porque la herida estaba botando pus, ya por dentro estaba infectada, y después me agarraron a sangre fría y me la limpiaron, porque me subieron para cirugía en silla de ruedas y el camillero me dijo: tu vas para el infierno. Si yo día a luz un veintiuno, y el veinticuatro me tuvieron que llevar otra vez a internarme y entonces me hacían limpiezas a las seis de la mañana a la una de la tarde y a las nueve de la noche”. “Me hacían tres limpiezas al día y me tenían que amarrar”.*



## 5.1.2 Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia

El Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, es un establecimiento especializado de referencia nacional, del tercer nivel de atención, dedicado exclusivamente a los servicios materno-infantiles, y pertenece a la red de hospitales del Ministerio de Salud Pública. Está ubicado en la calle Pedro Henríquez Ureña, del sector de Gazcue en el Distrito Nacional.

Cuenta con un programa exclusivo de atención al embarazo y maternidad en adolescentes. El programa funciona de lunes a viernes en horas matutinas y vespertinas (8:00 a.m.-12:00 m; y de 2:00-5:00 p.m.). El establecimiento dispone de un equipo conformado por 5 médicos gineco obstetras, uno de ellos funge como Encargada del programa; 2 Lic. en Psicología; 4 Lic. en Enfermería; y 5 Auxiliares de Enfermería; 1 Educadora sobre VIH/SIDA; y 3 asistentes (secretarias), cuya distribución garantizan presencia durante las 8 horas diarias de servicios ambulatorios.

En su mayoría las adolescentes van directamente al centro por primera vez y muy pocas son referidas por otros centros, en particular, del segundo nivel de atención. La mayoría llega con menos de 20 semanas de embarazo, es decir, con embarazo temprano.

Llama la atención que las adolescentes en su mayoría provienen de Santo Domingo Norte, del área de Guaricano y Villa Mella. No se dispone de estadísticas precisas sobre el origen de las adolescentes por barrio. El transporte vía el metro facilita la llegada relativamente fácil a la Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia.

### A.- Infraestructura

El programa cuenta con 2 consultorios con pisos, paredes, techos, puertas y ventanas en buen estado; una sala de espera exclusiva para las adolescentes del programa, climatizada y en buen estado. En la actualidad tienen en uso 1 computadora; 2 consultorios, escritorios (5), sillones (2), sillas de usuarias (4) y secretariales (1) en buen estado; computadora (1);

Data Show (1) Pantalla (1); Rotafolio (1), camillas (2), archivos de metal (1), armario (1), vitrina (1) en uso y en buenas condiciones.

El área de internamiento cuenta con 1 sala exclusiva de 11 camas, con pisos, techos, paredes, puertas y ventanas en buenas condiciones. La sala cuenta con agua fría, climatizadas (aire acondicionado). Se les da seguimiento en sala durante el internamiento. Las demás salas durante el internamiento, son comunes para todas las embarazadas (preparto, cirugía, terapia intensiva (UCI), entre otras.

### B.- Servicios

El funcionamiento de los programas de promoción y prevención en las adolescentes embarazadas (atención del embarazo, planificación familiar, prevención del cáncer cérvico uterino, vacunación, y entre otros, charlas sobre los programas establecidos por el Ministerio de Salud Pública), se llevan a cabo en el área asignada para el programa; además de encuentros familiares cuando surgen conflictos o rechazos de los padres. Una particularidad que distingue el programa, es que se les permiten asistir a las charlas y control prenatal acompañadas con sus parejas.

El cuadro 9 presenta los servicios de promoción y prevención exclusivos del programa de adolescentes dentro de la Maternidad y aquellos que se ofertan como parte de la cartera de servicios del centro hospitalario.

**Cuadro 9.** Servicios se entregan a adolescentes dentro y fuera del programa en el centro de salud

Servicios	Servicio exclusivo del programa	Servicio del centro de salud
Atención al Recién Nacido	X	
Atención al Embarazo – Parto	X	
Prevención del Cáncer Cérvico Uterino	X	
Planificación Familiar	X	
Programa de Inmunizaciones (Vacunación)		X
Infecciones de Transmisión Sexual y Sida*		X
Atención a los y las Adolescentes*		X
Educación para la Salud*		X
Atención al Adicto*		X
Terapia Familiar	X	
Visitas Domiciliarias	ND	ND
Charlas a los Usuarios*		X
Otras Ofertas: Charlas en las escuelas	X	

\*Se les imparten charlas diarias de diferentes temas.

**Fuente:** Datos suministrados por el Programa

En el estudio cualitativo se muestran debilidades en los servicios de planificación familiar que se ofrece en la Maternidad la Altagracia según las informaciones ofrecidas por las madres adolescentes entrevistadas. Estas son las siguientes:

- Todas las madres adolescentes entrevistadas tenían desde 2 meses a 1 año de haber parido y no se habían planificado. La Planificación se plantea en algunos casos como una acción futura.
- Algunas de las madres adolescentes destacan que cuando llevaron sus hijos/as a chequearse a la Maternidad le habían informado que tenía que planificarse y que pasaran a consejería. Estas no habían decidido que método utilizar o estaban en conflictos con sus parejas y “entendían” que no necesitaban planificarse.

- Las madres adolescentes entrevistadas no habían recibido charlas sobre planificación familiar sino que las charlas que recibieron estuvieron dirigidas a las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH SIDA y sobre el cuidado del recién nacido y la lactancia materna.
- Las charlas fueron recibidas únicamente en la Maternidad la Altagracia y San Lorenzo de los Minas. Las que asistieron a hospitales municipales y UNAP señalan que no recibieron charlas.

**Cuadro 10.** Total servicios ofertados en la Maternidad La Altagracia (Número de consultas)

SERVICIOS O ACTIVIDADES	2013 (ene-jun)	2012
Atención al Recién Nacido	666	1138
Atención al Embarazo – Parto	4,464	12,633
Prevención del Cáncer Cérvico Uterino	189	524
Planificación Familiar	534	937

**Fuente:** Datos suministrados por el Programa

**Cuadro 11.** Cartera de servicios y procedimientos médicos disponibles en la Maternidad San Lorenzo de Los Mina

Consultas ambulatorias	X
Internamientos	X
Procedimientos quirúrgicos	X
Unidad de cuidado intensivo adulto (UCI)	X
Unidad de cuidado intensivo neonatal	X
Sala de emergencia	X
Servicios de laboratorio	X
Patología de cuello	x
Rayos x	X
Sonografía	X
Mamografía	X
Tomografía	ND
Resonancia	ND
Colposcopia	X
Cono en Aza Diatérmica Biopsia	X
Monitoreo Fetal	ND
Espectrofotometría de líquido amniótico	ND

**Fuente:** Datos suministrados por el Programa

### C.- Producción

En total 20 personas conforman el equipo asistencial, siendo responsable de la atención de 1,359 nuevas adolescentes embarazadas durante el presente año 2013, de las cuales 94 tenían menos de 15 años; mientras que 1,265 tenían edades entre los 15 y 19 años, las cuales demandaron 4,463 consultas especializadas durante los primeros 6 meses del presente año, representando una relación de 893 consultas por médico gineco obstetra, a un promedio mensual de 149 consultas por mes; y una razón de 3 consultas por cada embarazada adolescente atendida durante el periodo prenatal.

Durante el año 2012, este mismo equipo asistió un total de 2,737 nuevas adolescentes embarazadas, las cuales demandaron 12,638 consultas, a una relación de 2,528 consultas por gineco obstetra, prome-

diando 212 consultas por cada mes; a una razón de 5 consultas prenatal por cada embarazada adolescentes.

**Cuadro 12.** Cantidad de embarazadas adolescentes en el programa<sup>10</sup>

EMBARAZADAS	2013 (ene-jun)	2012
<15 Años	94	209
> 15 Años	1265	2528
<b>Total</b>	<b>1359</b>	<b>2737</b>
Relación consulta / adolescente embarazada	3	5

**Fuente:** Datos suministrados por el Programa

Durante los primeros seis meses del año 2013, fueron realizados 7,656 partos, de los cuales 3,444 fueron vía vaginal; mientras que 4,212 por vía cesárea; de estos partos, un total de 2,198 partos correspondieron a adolescentes, representando el 29%, de los cuales 996 fueron partos vaginales para un 30%, y 1,193 por vía cesáreas con el 28%. De igual forma se practicaron 1,025 abortos, de los cuales 229 se les realizaron a adolescentes, lo que representa el 22%. Cabe destacar que los partos en adolescentes representaron el 29% del total de partos realizados por el establecimiento y el 22% del total de abortos realizados, esto significa que 51% de estas adolescentes han presentado mínimamente un embarazo durante este periodo. Hay que destacar que en cuanto a los nacimientos muertos, y nacimientos de bajo peso en las adolescentes representaron el 26% respectivamente.

En el año 2012, en este hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, fueron realizados 17,601 partos, de los cuales 8,541 fueron por vía vaginal, mientras que 9,060 por cesárea; de estos 5,134 corresponden a adolescentes, representando el 29%. En adolescentes, se realizaron 2,473 partos vaginales para un 29%, y 2,661 cesáreas con el 29%; igualmente 389

<sup>10</sup> No existe una discriminación de los servicios que permita clasificar las estadísticas propias de la atención del parto en adolescente en cuanto a días camas disponibles, días pacientes, porcentaje de ocupación y promedio de estancia, solo se conocen las estadísticas globales del servicio en el establecimiento de salud. Sin embargo mensualmente se generan ciertas estadísticas asistenciales contempladas en el Formulario R-8 solicitado por el Ministerio de Salud Pública.

abortos, representando el 24% del total realizado por el establecimiento. En cuanto a los nacidos muertos, para este periodo representaron un 24%; y el 27% de los nacimientos de bajo peso durante el periodo.

Hay que destacar que se llevan algunos controles en cuanto a los programas de promoción y prevención tales como: prevención del cáncer cérvico uterino y de planificación familiar, en los demás programas no se llevan sistemáticamente los registros estadísticos.

**Cuadro 13.** Indicadores de producción y costos

EVENTO	2013*	2012**
DÍAS CAMAS DISPONIBLES	1470	4092
DÍAS PACIENTE	3565	4433
% DE OCUPACIÓN	86.1	108
PROMEDIO DE ESTANCIA	2.7	3.0

\*Se asumen el dato global del servicio de obstetricia del hospital al mes de junio 2013.

\*\*Se asume el dato global del servicio de obstetricia del hospital al mes del año 2012.

Fuente: Datos suministrados por el Programa

**Cuadro 14.** Atención del parto. Consolidado (enero-junio). Año 2013

Grupo de edad	Número de partos		Total	Parto gemelar	Nacimientos		Total	Total aborto	Bajo peso al nacer
	Vaginal	Cesárea			Vivos	Muertos			
>15	39	39	78	0	74	4	78	20	14
15 - 19	957	1154	2111	14	2088	37	2125	209	328
Otras	2448	3019	5467	73	5424	117	5541	796	949
<b>Total</b>	<b>3444</b>	<b>4212</b>	<b>7656</b>	<b>87</b>	<b>7586</b>	<b>158</b>	<b>7744</b>	<b>1025</b>	<b>1291</b>
Total adolescentes	996	1193	2198	14	2162	41		229	342
%	30%	28%	29%	16%	28%	26%		22%	26%

Fuente: Datos suministrados por el Programa

**Cuadro 15.** Atención del parto. Consolidado (enero-diciembre). Año 2012

Grupo de Edad	Número de Partos		Total	Parto gemelar	Nacimientos		Total	Total aborto	Bajo peso al nacer
	Vaginal	Cesárea			Vivos	Muertos			
>15	114	97	211	2	205	6	211	34	32
15 - 19	2,359	2,564	4,923	42	4902	60	4962	355	730
Otras	6,068	6,399	12,467	160	12364	239	12603	1269	2046
<b>Total</b>	<b>8,541</b>	<b>9,060</b>	<b>17,601</b>	<b>204</b>	<b>17471</b>	<b>305</b>	<b>17776</b>	<b>1658</b>	<b>2808</b>
Total adolescentes	2473	2661	5134	44	5107	66		389	762
%	29%	29%	29%	22%	29%	22%		24%	27%

Fuente: Datos suministrados por el Programa

**Cuadro 16.** Cantidad de consulta externa por año según grupo de edad (enero-junio). 2012-2013

Grupo de Edad	Año 2013	%	Año 2012	%
10-19 años	4,463	8	12,638	13
Otras edades	54,072	92	83,031	87
<b>Total</b>	<b>58,535</b>	<b>100</b>	<b>95,669</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos suministrados por el Programa

#### D.- Brechas en los servicios

El establecimiento de salud, cuenta con una estructura organizacional que permita llevar a cabo programa de embarazo en adolescente, tal como se establece en las Normas Nacionales, implementadas por el Ministerio de Salud Pública, aunque se observan las siguientes limitantes o brechas:

- Limitado apoyo y supervisión por parte de las autoridades hospitalarias
- Fragmentación de otras áreas de servicios con el programa de adolescentes (laboratorio, sonografía, mamografía, etc.)
- Congestionamiento en el salón de espera y necesidad de recursos para la educación durante la espera (como una TV plana).

- Necesidad de más consultorios apropiadamente equipados.
- Necesidad de equipos de computadoras y personal para la captura y digitación del dato, a fin de generar informaciones de producción y estadísticas del programa.
- Discontinuidad en el suministro de insumos en los programas de P&P (planificación familiar, vacunación, detección del cáncer cérvico uterino y de mama, VIH/SIDA, lactancia materna, etc.)
- Necesidad de recursos para implementar programas de visitas domiciliarias, seguimiento, y comunicación a fin de garantizar que las adolescentes asistan a sus citas y puedan tener el número de consultas prenatales establecidas en las normas.

Desde el análisis cualitativo se identifican otras brechas en los servicios de la Maternidad la Altagracia desde las informaciones ofrecidas por las madres adolescentes entrevistadas como son:

- Desinformación sobre las decisiones médicas y suministro de medicamento a las pacientes. Todas las adolescentes entrevistadas desconocían las condiciones de su parto, las razones por las que se les hizo cesárea así como el tipo de medicamentos suministrados y la razón de los mismos.
- Retención de madres adolescentes porque no contaba con recursos para pagar medicamento. “Yo duré un mes interna en la maternidad porque me pusieron una inyección y a la niña le pusieron sangre. No me dijeron que problemas yo tenía. Mi mamá no tenía cuartos para la inyección y me dejaron un mes hasta que mi mamá buscara los cuartos”.
- Ausencia de orientación a las madres adolescentes sobre el proceso de atención postparto. La totalidad de madres adolescentes entrevistadas no había regresado a la Maternidad porque “nadie le dijo que tenía que volver a chequearse”.

### 5.1.3 Hospital Municipal de Engombe

El Hospital Municipal de Engombe, es un establecimiento del segundo nivel de atención, perteneciente a la red de Hospitales del Ministerio de Salud Pública, ubicado en el ensanche Iván Guzmán Klang. Santo Domingo Oeste.

El funcionamiento de los programas de promoción y prevención en las adolescentes embarazadas (atención del embarazo, planificación familiar, prevención del cáncer cérvico uterino, vacunación, y entre otros, charlas sobre los programas establecidos por el Ministerio de Salud Pública), no se llevan a cabo de manera exclusiva en el hospital, utilizan el espacio de la Unidad para Adolescentes para la consulta, y hacen uso común de las áreas del hospital.

Las consultas prenatal en embarazadas adolescentes, funciona los días martes y viernes en horas vespertinas (de 2:00 p.m.-5:00 p.m.). Cuentan con un equipo conformado por 2 médicos gineco obstetras, los cuales consultan una vez por semana cada uno; el otro personal labora en hora matutina en una Unidad de Adolescentes, desde donde refieren a las adolescentes que se embarazan a la consulta especializada antes señalada.

Estos dos gineco obstetras fueron los responsable de la atención de 504 nuevas adolescentes embarazadas durante el presente año 2013, cuales demandaron 1974 consultas representando una relación de 252 adolescentes embarazada por médico, y una razón de 4 consultas por cada embarazada adolescente atendida durante el periodo prenatal, a un promedio mensual de 329 consultas por mes.

Durante el año 2012, este mismo equipo asistió un total de 977 nuevas adolescentes embarazadas, las cuales demandaron 3,633 consultas, a una relación de 488 consultas por gineco obstetra, promediando 303 consultas por cada mes; a una razón de 4 consultas prenatal por cada embarazada adolescentes.

### A.- Infraestructura

El programa de atención a las adolescentes dispone de un consultorio con piso, paredes, techo, puertas y ventanas en estado regular, con una pequeña sala de la unidad de adolescentes con 6 sillas; climatizado y en buen estado. En la actualidad tienen no tienen computadora; escritorio (1), sillones (1), sillas de usuarias (2). El área de internamiento es de uso común con 11 camas, con pisos regular, techo y paredes en malas condiciones, puertas y ventanas en condiciones regular. La sala cuenta con agua fría, e iluminación. Las demás salas y servicios durante el internamiento, son comunes para todas las embarazadas (parto, parto, cirugía, laboratorio), entre otras.

### B.- Servicios

El hospital ofrece servicios de atención a las adolescentes embarazadas, controles prenatales, partos, atención al recién nacido, y los servicios de planificación familiar. Como hospital de segundo nivel no cuenta con Unidad de cuidado intensivo neonatal o Unidad de cuidado intensivo adulto.

**Cuadro 17.** Cartera de servicios y procedimientos médicos disponibles en el Hospital Municipal de Engombe

Consultas ambulatorias	X
Internamientos	X
Procedimientos quirúrgicos	X
Unidad de cuidado intensivo adulto (UCI)	
Unidad de cuidado intensivo neonatal	
Sala de emergencia	X
Servicios de laboratorio	X
Patología de cuello	X
Rayos X	
Sonografía	X
Mamografía	
Tomografía	
Resonancia	
Colposcopia	
Cono en Aza Diatérmica Biopsia	X
Monitoreo Fetal	X
Espectrofotometría de líquido amniótico	

**Fuente:** Datos suministrados por el Programa

### C.- Producción

No existe una discriminación de los servicios que permita clasificar las estadísticas propias de la atención del parto en adolescente en cuanto a días camas disponibles, días pacientes, porcentaje de ocupación y promedio de estancia, solo se conocen las estadísticas globales del servicio en el establecimiento de salud, sin embargo mensualmente se generan ciertas estadísticas asistenciales contempladas en el Formulario R-8 solicitado por el Ministerio de Salud Pública.

Durante los primeros seis meses del año 2013, fueron realizados 353 partos, de los cuales 210 fueron vía vaginal; mientras que 143 por vía cesárea; de estos partos un total de 66 partos correspondieron a adolescentes, representando el 19%, de los cuales 43 fueron partos vaginales para un 20%, y 23 por vía cesáreas con el 19%. De igual forma se prac-

ticaron 211 abortos, de los cuales 46 se les realizaron a adolescentes, lo que representa el 22%. Cabe destacar que los partos en adolescentes representaron el 20% del total de partos realizados por el establecimiento y el 22% del total de abortos realizados, esto significa que 42% de estas adolescentes han presentado mínimamente un embarazo durante este periodo. Hay que destacar que en cuanto a los nacimientos muertos, y nacimientos de bajo peso en las adolescentes representaron el 2.7% y 12.5% respectivamente.

En el año 2012, en este hospital, fueron realizados 749 partos, de los cuales 509 fueron por vía vaginal, mientras que 240 por cesárea; de estos 165 corresponden a adolescentes, representando el 22%. En adolescentes, se realizaron 100 partos vaginales para un 20%, y 65 cesáreas con el 27%; igualmente 96 abortos, representando el 23% del total realizado por el establecimiento. En cuanto a los nacidos muertos, para este periodo representaron un 33.3%.

Hay que destacar que se llevan algunos controles en cuanto a los programas de promoción y prevención tales como: prevención del cáncer cérvico uterino y de planificación familiar, sin registros estadísticos que discrimine a esta población.

**Cuadro 18.** Cantidad de embarazadas adolescentes en el programa

EMBARAZADAS	AÑO 2013*	AÑO 2012
<15 Años	504	977
>15 Años		
Total	504	977
Relación consulta/adolescente embarazada	4	4
CONSULTA GENERAL DE OBSTETRICIA	3014	5539

\*Incluye hasta el mes de junio.

Fuente: Datos suministrados por el Programa

**Cuadro 19.** Indicadores de producción y costos

EVENTO	2013*	2012**
DÍAS CAMAS DISPONIBLES	300	310
DÍAS PACIENTE	161	150
% DE OCUPACIÓN	55	48
PROMEDIO DE ESTANCIA	1	1

\*Se asume el dato global del servicio de obstetricia del hospital al mes de junio 2013.

\*\*Se asume el dato global del servicio de obstetricia del hospital al mes de diciembre del año 2012.

Fuente: Datos suministrados por el Programa

**Cuadro 20.** Atención del parto. Consolidado (enero-junio). Año 2013

Grupo de Edad	Número de Partos		Total	Parto gemelar	Nacimientos		Total	Total aborto	Bajo peso
	Vaginal	Cesárea			Vivos	Muertos			
>15									
15 – 19	43	23	66	1	66	1	67	46	1
Otras	167	120	287	57	232	36	268	165	7
<b>Total</b>	<b>210</b>	<b>143</b>	<b>353</b>	<b>58</b>	<b>298</b>	<b>37</b>	<b>335</b>	<b>211</b>	<b>8</b>
%	20.5	16.1	18.7	1.8	22.1	2.7	20.0	21.8	12.5

Fuente: Datos suministrados por el Programa

**Cuadro 21.** Atención del parto. Consolidado (enero-diciembre). Año 2012

Grupo de Edad	Número de Partos		Total	Parto gemelar	Nacimientos		Total	Total aborto
	Vaginal	Cesárea			Vivos	Muertos		
>15	2	1	3		3		3	
15 – 19	98	64	162	2	163	1	164	96
Otras	409	175	585	1	583	2	585	327
<b>Total</b>	<b>509</b>	<b>240</b>	<b>749</b>	<b>3</b>	<b>749</b>	<b>3</b>	<b>752</b>	<b>423</b>
<b>Total adolescentes</b>	<b>100</b>	<b>65</b>	<b>165</b>	<b>2</b>	<b>166</b>	<b>1</b>	<b>167</b>	<b>96</b>
%	19.65	27.1	22.0	66.7	22.2	33.3	22.1	22.7

Fuente: Datos suministrados por el Programa



**Cuadro 22.** Cantidad de consulta externa por año según grupo de edad (2012-2013)

Grupo de Edad	Año 2013	%	Año 2012	%
10 – 19 años	1974	65.5	3633	65.6
Otras edades	1040	34.5	1906	34.4
<b>Total</b>	<b>3014</b>	<b>100.0</b>	<b>5539</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Datos suministrados por el Programa

## D.- Brechas en los servicios

El establecimiento de salud, no cuenta con una estructura organizacional que permita llevar a cabo un programa de embarazo en adolescente, de acuerdo a lo establecido en las Normas Nacionales, implementadas por el Ministerio de Salud Pública.

Se observan las siguientes limitantes o brechas:

- Falta de un equipo multidisciplinario que organice, coordine y dirija el programa de adolescente.
- No reciben apoyo del nivel central para el fortalecimiento y desarrollo de los programas relacionados con el embarazo en adolescente.
- No existe un apoyo decidido por parte de las autoridades hospitalarias
- El espacio físico es muy limitado para la Unidad de Adolescente
- Necesitan la ampliación y equipamiento de la sala de espera
- Falta de medios audiovisuales
- Se deben habilitar y equipar otros consultorios
- Proporcionar computadoras y asignar personal para la captura y digitación del dato, a fin de generar informaciones de producción y estadísticas del programa.

- Fortalecimiento y suministro de insumos en los programas de P&P (planificación familiar, vacunación, detección del cáncer cérvico uterino y de mama, VIH/SIDA, lactancia materna, etc.)
- Proporcionar recursos para implementar programas de visitas domiciliarias, seguimiento, y comunicación a fin de garantizar que las adolescentes asistan a sus citas y puedan tener el número de consultas prenatales establecidas en las normas.

## 5.1.3 Conclusiones

En los hospitales materno-infantiles de tercer nivel como el San Lorenzo de los Mina o Nuestra Señora de la Altagracia, las brechas en los servicios de atención al embarazo y maternidad en adolescentes están relacionadas a la fragmentación y discontinuidad de los servicios que se ofrecen, en particular, los relativos a los programas de promoción y prevención. Esto se explica por la existencia de programas exclusivos dirigido a las adolescentes embarazadas. Esta situación se presenta en los hospitales pequeños de segundo nivel.

Se observa fragmentación a lo interno del hospital, entre el programa de atención a las adolescentes y los demás servicios que ofrecen los hospitales; así como fragmentación a nivel del modelo de atención en salud. Sobre este último aspecto, se supone que las adolescentes embarazadas son captadas en las propias comunidades y deben pasar por sus respectivas unidades de atención primaria, a través de la cual se les brindarán los servicios correspondientes al primer nivel de atención, así como los medicamentos, en cuanto no se detecten en sus fases iniciales riesgos asociados al embarazo. Es en la comunidad donde se le debe llevar los programas de promoción de las buenas prácticas, como la lactancia, o reconocimiento temprano del riesgo asociado al embarazo temprano.

Los hospitales de tercer nivel funcionan como hospitales receptores directos de las embarazadas en cualquier etapa de su embarazo. No importa el nivel de riesgo asociado al embarazo temprano en adolescentes que muchas veces tienen menos de 15 años de edad. Esta fragmentación



en el modelo de atención no permite un seguimiento y detección temprana de aquellos embarazos que tienen altas probabilidades de alto riesgo.

La fragmentación a lo interno del hospital se da porque los programas exclusivos se manejan de manera separada y es interesante hacer notar que los casos de aborto, que en su gran mayoría entran por emergencia, las mujeres no son referidas al programa de atención al embarazo y maternidad en adolescentes, para acciones futuras de prevención y acompañamiento. De esta manera, una adolescente que llega a emergencia de estos hospitales de tercer nivel con un aborto en curso, se le trata y despacha a sus casas, sin pasar por el programa para su debida consejería.

Otra debilidad detectada es que los servicios de promoción y prevención no se ofrecen de manera sistemática. La limitación de recursos constituye una barrera para un mayor alcance de los programas dentro de los hospitales del 3er nivel.

Los elementos cualitativos que emergen de las entrevistas realizadas a madres adolescentes que fueron atendidas en la Maternidad la Altigracia y San Lorenzo de los Mina muestran serias deficiencias en la atención preparto y postparto hacia esta población.

Los patrones de entrada al sistema están marcados por los cambios continuos de centros de salud desde la atención primaria, hospital municipal y la Maternidad. Los cambios tienen que ver con las deficiencias de estos centros en la cobertura y calidad de atención.

Las maternidades a su vez se muestran también con deficiencias de calidad, casos de malas prácticas, desinformación-desorientación a las madres adolescentes y manejo poco transparente de los cobros de medicamentos.

Las madres adolescentes entrevistadas tenían varios meses de haber parido y no se habían planificado porque no habían regresado al centro hospitalario. Desconocían por completo el proceso que debían llevar de postparto con los chequeos y la planificación familiar. Estas orientaciones no fueron recibidas en los dos centros hospitalarios según estas señalan.

La ruptura con el sistema de salud tiene que ver con los problemas planteados. La falta de orientación e información a las madres adolescentes sobre su proceso de embarazo, parto y postparto por el personal de salud las subsume en condiciones de alto riesgo en todo el proceso que afecta su morbilidad y mortalidad materna.

No existe una relación individual médico-usuaria de salud así como tampoco un seguimiento a su historia clínica. Las madres adolescentes están desprotegidas en sus derechos a una atención de calidad y el acceso a esta atención de calidad supondría un alto costo para las familias que no pueden sustentarlo.

## 5.2 Costeo de los servicios de atención del embarazo y maternidad en adolescentes

En la parte metodológica se explicó que para costear los servicios de atención del embarazo y maternidad en adolescentes se utilizaron las tarifas promedio<sup>11</sup> de mercado para cada uno de los servicios comprendidos en la guía o protocolo de atención definidos por el Ministerio de Salud Pública. Los servicios incluyen:

- a) Honorario por consulta y servicios de promoción
- b) Honorarios médicos por el parto normal o por cesárea
- c) Honorarios médicos por el recibimiento del recién nacido
- d) Laboratorios

<sup>11</sup> Los datos fueron levantados directamente en los establecimientos de salud. Se tomó la tarifa de SeNaSa como referente de mercado.

- e) Estudios diagnósticos
- f) Medicamentos ambulatorios y en internamiento
- g) Vacunas
- h) Material gastable
- i) Habitación
- j) Uso de sala de parto

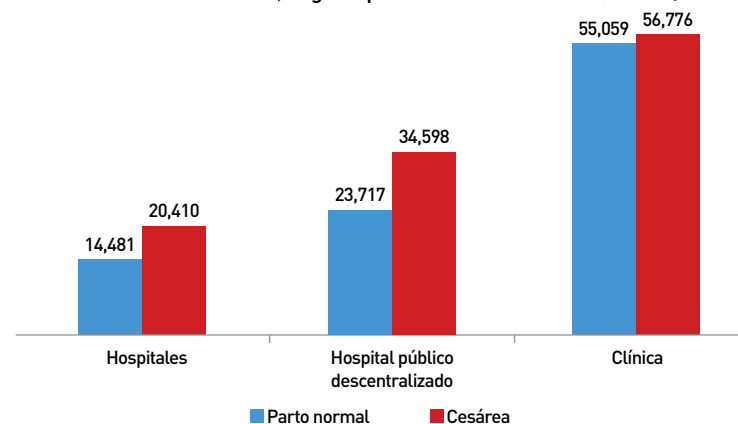
Para los fines del presente estudio, no se consideró el costo de los servicios de planificación familiar posteriores al parto, tampoco los servicios de salud relativos al primer año de vida del recién nacido (incluyendo el costo de las complicaciones del recién nacido).

### 5.2.1 Parto y maternidad sin riesgo (convencional)

El costo promedio de los servicios de atención al embarazo y maternidad en adolescentes según el protocolo para eventos sin complicaciones tiene un rango de RD\$14,481 para un parto normal en los hospitales públicos, a RD\$55,059 en una clínica privada. En todos los casos el servicio de atención integral a través del parto por cesárea es más costoso que el parto normal. En los hospitales públicos el costo del servicio es mayor en un 41% cuando se utiliza la cesárea. En los hospitales descentralizados este porcentaje es 46%. En el caso de las clínicas privadas, la diferencia es casi imperceptible, de un 3%. Es decir, que el parto normal es tan caro en las clínicas privadas como un parto con cesárea.

El costo de los servicios en los hospitales públicos es el más bajo porque tal como se ha explicado anteriormente, reflejan tarifas mínimas que no incluyen otros gastos que son asumidos directamente por el Ministerio de Salud Pública. En tal sentido, el costo de referencia público para el presente trabajo será el de los hospitales públicos descentralizados.

**Gráfico 2.** Costo promedio servicios de salud del embarazo y maternidad en adolescentes, según tipo de establecimientos (En RD\$ corrientes)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos levantados en los centros de salud

Los cuadros que se presentan más abajo desglosan el costo por tipo de servicios. Se observa que los gastos de atención durante el embarazo y el parto (atención prenatal) representan entre un 30 a un 45% del costo total del servicio de atención al embarazo y maternidad en adolescentes. El mayor porcentaje de costo lo absorbe la labor de parto, ya sea normal o por cesárea. En el cuadro 23 se observa que en un parto por cesárea, la labor de parto absorbe un 57-58% en los hospitales públicos y un 44% en las clínicas privadas.

**Cuadro 23.** Costo servicios de salud embarazo-cesárea y maternidad en adolescentes por tipo de establecimientos (En RD\$)

Servicios	Hospitales	Hospital público descentralizado	Clínica
Detección del Embarazo	224.0	374.3	510.0
Atención durante el Embarazo	6,476.0	10,212.5	23,193.0
Cesárea	11,531.8	20,011.1	24,973.0
Atención al Puerperio	800.0	1,200.0	2,600.0
Atención al Recién Nacido/a	1,378.0	2,800.0	5,500.0
<b>Totales</b>	<b>20,409.7</b>	<b>34,597.9</b>	<b>56,776.0</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de datos levantados en los centros de salud

Por su parte, en un embarazo por parto normal (vaginal), en la clínica privada el parto absorbe el 43% del costo total del servicio de atención del embarazo y maternidad en adolescentes. La diferencia incluso es mínima en comparación con el parto por cesárea. En el caso de los hospitales públicos, el parto por cesárea absorbe el 38-39% del costo total.

**Cuadro 24.** Costo servicios de salud embarazo-parto normal y maternidad en adolescentes por tipo de establecimientos (en RD\$)

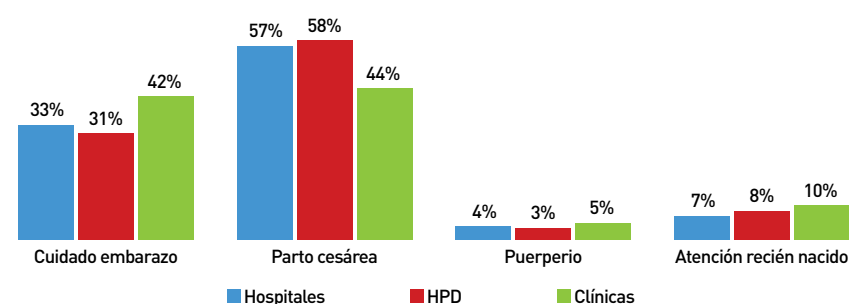
Servicios	Hospitales	Hospital público descentralizado	Clínica
Detección del Embarazo	224.0	374.3	510.0
Atención durante el Embarazo	6,476.0	10,212.5	23,193.0
Parto Normal	5,603.0	8,929.9	23,756.1
Atención al Puerperio	800.0	1,200.0	2,600.0
Atención al Recién Nacido/a	1,378.0	3,000.0	5,000.0
<b>Totales</b>	<b>14,481.0</b>	<b>23,716.7</b>	<b>55,059.1</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de datos levantados en los centros de salud

En el gráfico 3 se presenta la distribución porcentual del costo total de la atención del embarazo y maternidad en adolescentes para los partos que incluyen cesárea destacándose el alto peso del evento parto por cesárea, en particular, en los costos de los hospitales públicos descentralizados y las clí-

nicas privadas. La atención durante el puerperio y el recibimiento del recién nacido entre el 11 al 15% del costo total.

**Gráfico 3.** Distribución porcentual de costo por tipo de servicios y tipo de establecimientos para la atención del embarazo y maternidad en adolescentes (a través de cesárea)

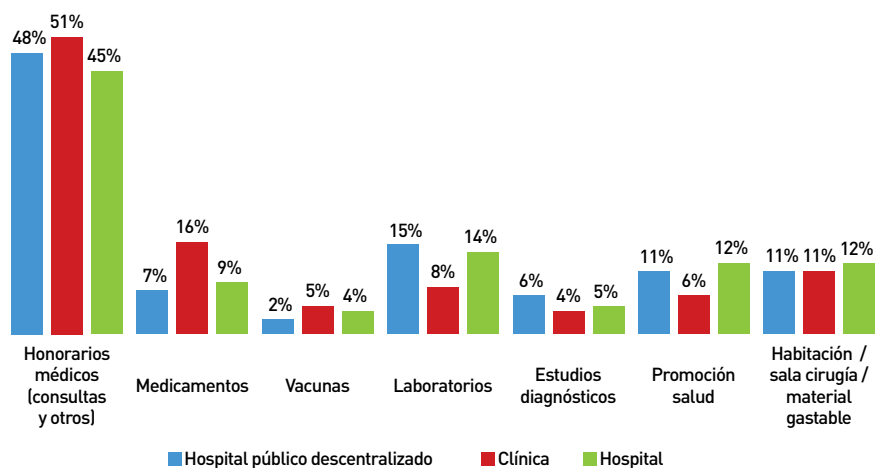


Fuente: Elaboración propia a partir de datos levantados en los centros de salud

El gráfico 4 presenta la distribución del costo de la atención del embarazo y maternidad en adolescentes por tipo de insumos y establecimiento de salud, para un parto normal. Tanto para los hospitales públicos, los públicos descentralizados, como las clínicas, el insumo que absorbe mayor costo son los honorarios médicos, que van de 45% en un hospital público a un 51% en una clínica privada. Los demás insumos, medicamentos, vacunas, laboratorios, estudios diagnósticos, promoción de la salud y habitación, sala de cirugía y materiales gastables tienen el restante peso (49% a 55%). En el caso de los medicamentos, el peso en el costo es mayor en las embarazadas que van a las clínicas privadas, un 16% del costo total, ya que los medicamentos ambulatorios son adquiridos en las farmacias. Las vacunas tienen un peso en el costo total de 2% a 5%, mientras los laboratorios de 8% a 15%. Los estudios diagnósticos a lo largo de la atención del embarazo y maternidad en adolescentes tienen un peso en el costo total de 4% a 6%, dependiendo el tipo de establecimiento de salud. El costo por la habitación en internamiento, la sala de cirugía y el material gastable en las labores de parto absorbe entre el 11% y el 12% del costo total del embarazo y maternidad en adolescentes.

Llama la atención que según el protocolo de atención, el peso de las consejerías en salud y la promoción de un parto saludable y la lactancia materna tienen un costo que absorbe del 4 al 12% del costo total.

**Gráfico 4.** Desglose del costo de la atención del embarazo y maternidad en adolescentes (parto normal) por tipo de insumos y establecimiento



Fuente: Elaboración propia a partir de datos levantados en los centros de salud

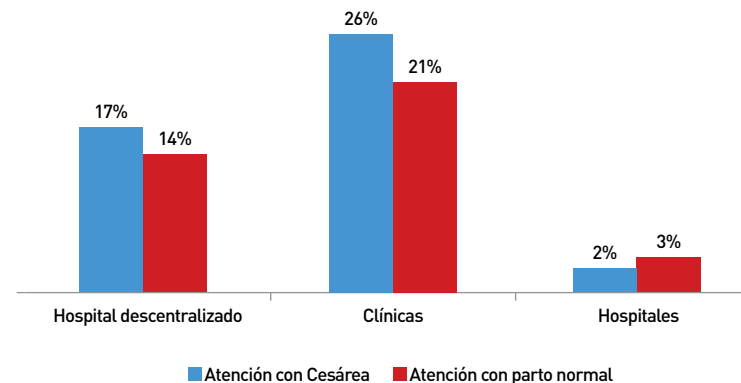
Del costo total en la atención del embarazo y la maternidad en adolescentes, ¿cuánto deben disponer los hogares? Es decir, cuál es el nivel de copago en dichos servicios.

El gráfico 5 muestra que el nivel de copago o recursos que provienen directamente de los bolsillos de los pacientes es muy alto para la atención del embarazo y la maternidad en adolescentes, en particular para las adolescentes embarazadas que se tratan en clínicas privadas y los hospitales descentralizados. En el caso de los hospitales, el copago se estima entre un 2% a 3% del costo total, si las embarazadas tienen que comprar sus suplementos vitamínicos y no visitan los centros de atención primaria de sus comunidades o no son provistas directamente en los hospitales. Este es un

nivel de copago mucho más bajo de lo previsto, ya que el costeo coincidió con la implementación de la medida de eliminación de las cuotas de recuperación en los hospitales.

En el caso de los hospitales públicos descentralizados el nivel de copago alcanza del 14 al 17%. Sin embargo, en las clínicas privadas el copago va del 21% al 26%. El alto nivel de copago en los hospitales públicos descentralizados tiene que ver con la débil aplicación de la estrategia de atención primaria, los escasos vínculos entre la atención primaria y el segundo y tercer nivel de atención y el hecho de que las cuotas de recuperación no han sido eliminadas en estos establecimientos de salud. En el caso de las clínicas privadas, el copago es muy alto para el tipo de servicio, puesto que sobrepasa el 20% para las atenciones ambulatorias y el 15% para las atenciones en internamiento.

**Gráfico 5.** Nivel de copago en los servicios de atención al embarazo y maternidad en adolescentes por tipo de establecimientos



Fuente: Elaboración propia a partir de datos levantados en los centros de salud

## 5.2.2 Parto y maternidad con riesgo (no convencional)

El costeo de los servicios de atención del embarazo y maternidad en adolescentes con niveles de riesgos se construyó a partir de las entrevistas realizadas a los encargados de programas y gineco obstetras sobre las complicaciones más frecuentes que desarrollaban las adolescentes embarazadas. Por su temprana edad, las adolescentes tienden a tener altos riesgos durante y en el embarazo, aspecto que ha sido muy documentado en la literatura relacionada al tema (Díaz, et. al, 2002). En la República Dominicana no se cuenta con estadísticas detalladas sobre los riesgos más comunes que enfrentan las adolescentes embarazadas.

Según los especialistas entrevistados, 7 de cada 10 adolescentes sufrirá durante el embarazo de anemia, que en los casos más severos deberá internarse. Así también, 6 de cada 10 desarrollará alguna infección del tracto urinario y cerca de 4 de cada 10 sufrirá de hipertensión gestacional o lo que se llama pre eclampsia. Estas fueron las 3 complicaciones más frecuentes. También se mencionó el retardo del crecimiento intrauterino (RCIU).

Estas complicaciones tienen repercusiones adicionales para el recién nacido, en particular, porque normalmente nacen de muy bajo peso. En el caso de las pre eclampsia, alrededor del 25% de las adolescentes que la presentan deben internarse. La anemia normalmente se maneja de manera ambulatoria. Sólo en caso de severidad, la paciente debe ingresarse.

A partir de la información levantada con los especialistas sobre los casos más comunes de complicaciones en los embarazos en adolescentes, el tipo de tratamiento, los insumos requeridos, días camas de internamiento en los casos que lo ameritaban, entre otros; se construyó una matriz con los servicios adicionales que la paciente necesitaba para fines de costeo. Se utilizaron las tarifas pagadas por los seguros en los establecimientos de salud para calcular los costos por tipo de complicación.

El cuadro 23 presenta el costo del manejo de las complicaciones más comunes, ya sea ambulatorio o ingresada en el centro de salud por tipo de establecimiento. Se puede observar que los costos mayores están aso-

ciados al manejo en internamiento de la hipertensión gestacional o pre eclampsia y de la anemia severa. Por ejemplo, un caso de pre eclampsia manejado en internamiento tiene un costo promedio de \$40,950 en una clínica privada versus \$25,645 en un hospital público descentralizado. Una anemia tratada en internamiento, tiene un costo promedio de \$20,700 en una clínica privada y \$12,115 en un hospital público descentralizado.

El costo de tratamiento ambulatorio de las complicaciones más comunes son menores, pero no deja de ser significativo, en particular, porque el número de casos es mayor. El tratamiento ambulatorio de una pre eclampsia implica un gasto adicional de \$9,750 en una clínica privada por ejemplo.

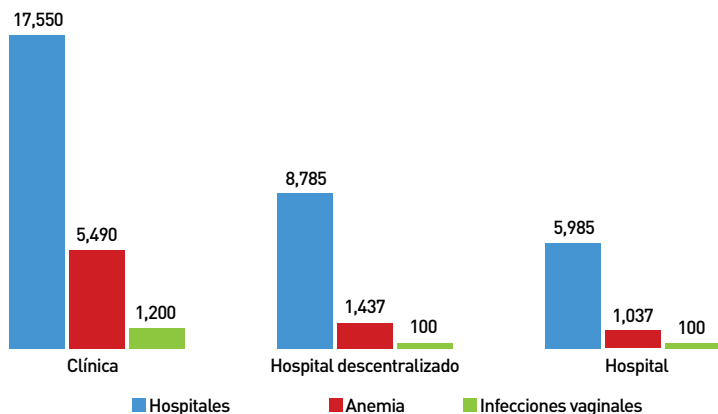
**Cuadro 25.** Costo promedio del manejo de las complicaciones más comunes por tipo de centro si es ambulatorio o en internamiento (en RD\$ por caso)

Complicaciones internamiento	Clínica	Hospital público descentralizado	Hospital
Pre eclampsia	40,950.00	25,645.00	16,845.00
Anemia	20,700.00	12,115.00	7,915.00
Infecciones vaginales	-	-	-
Complicaciones ambulatorio	Clínica	Hospital público descentralizado	Hospital
Pre eclampsia	9,750.00	3,165.00	2,365.00
Anemia	5,100.00	875.00	675.00
Infecciones vaginales	1,200.00	100.00	100.00

**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos levantados en los centros de salud

El gráfico 6 presenta el costo promedio del manejo de las 3 complicaciones más comunes en el embarazo de adolescentes. La pre eclampsia tiene un costo promedio de manejo (suponiendo que el 75% de los casos se tratan de manera ambulatorio) que van desde \$17,550 en una clínica privada a \$5,985 en un hospital público. El costo del manejo de la anemia promedio es de \$5,490 en una clínica privada y \$1,037 en hospital público. El costo del tratamiento de las infecciones vaginales es mucho más bajo puesto que el 100% se maneja de manera ambulatoria.

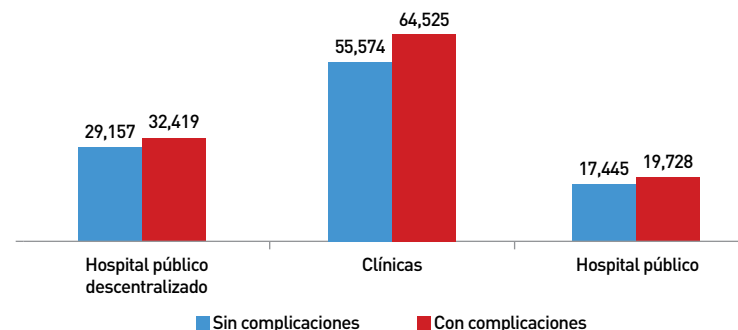
**Gráfico 6.** Costo promedio del manejo de las 3 complicaciones más comunes en adolescentes embarazadas por tipo de establecimiento



Fuente: Elaboración propia a partir de datos levantados en los centros de salud

tales públicos descentralizados estas cifras son \$29,157 y \$32,419 pesos respectivamente. Por último, en los hospitales públicos, el costo total de los servicios de atención al embarazo y maternidad en adolescentes es de \$17,445 sin complicaciones y \$19,728 con complicaciones.

**Gráfico 7.** Costo total de atención al embarazo y maternidad en adolescentes por tipo de establecimiento y si el embarazo se desarrolla sin o con complicaciones



Fuente: Elaboración propia a partir de datos levantados en los centros de salud

### 5.2.3 Conclusión: costo de los servicios de atención al embarazo y maternidad en adolescentes

El gráfico 7 presenta los resultados del costo total de la atención al embarazo y maternidad en adolescentes por tipo de establecimientos y si el embarazo se desarrolla con o sin complicaciones<sup>12</sup>. El costo promedio de las atenciones del embarazo y maternidad en una situación de riesgo aumenta los costos entre un 11 a un 16%, dependiendo del establecimiento.

En el caso del costo de los servicios en una clínica privada, el costo total es mucho mayor alcanzando \$55,574 pesos si no hay complicaciones y \$64,525 pesos si hay complicaciones. Mientras que para los hospi-

<sup>12</sup> Para el caso de las adolescentes que van a clínicas privadas, se asumió que el 70% tendrán parto por cesárea y un 30% parto normal. En el caso de las que van a un hospital público o uno descentralizado, se asume que el 50% tendrán partos normales y un 50% por cesárea.

## 5.3 Gastos directos en atención en salud del embarazo y la maternidad en adolescentes para el Sistema Nacional de Salud

### 5.3.1 Estimación de la demanda nacional de servicios de salud relacionados al embarazo y la maternidad en adolescentes

En el país se estima que anualmente se producen 220,128 nacimientos y de los cuales se registran 184,010 (datos quinquenales provenientes de las estimaciones realizadas por la ONE) (UAAES, 2012). Del total de nacimientos estimados, alrededor del 22% corresponden a embarazos en adolescentes, esto es 48,428 nacimientos estimados de madres adolescentes. Estas estadísticas podrían estar subestimando la magnitud de los embarazos en adolescentes, en particular, porque no toma en cuenta los abortos en esta población.

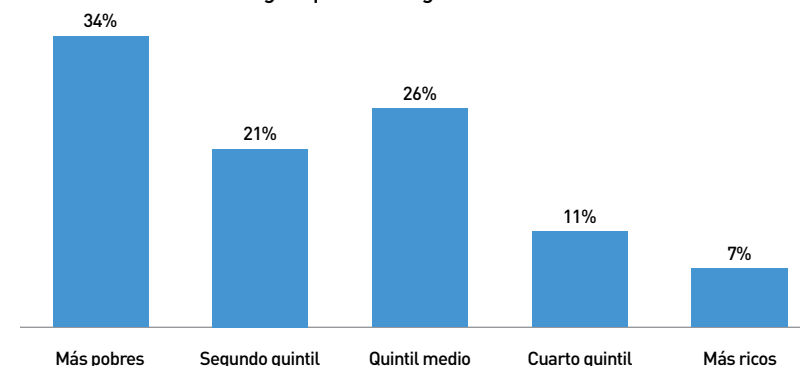
Para los fines del presente trabajo y para estimar el gasto directo anual en la atención en salud del embarazo y la maternidad en adolescentes para el Sistema Nacional de Salud, se ajustó en una proporción<sup>13</sup> para incluir los abortos en la población de adolescentes embarazadas de 12 a 19 años que demandan servicios de atención en salud en el país.

Según la encuesta ENHOGAR 2009-2010, el 56% de los embarazos en adolescentes se produce en hogares más pobres (34% en el quintil

más bajo y 21% en el segundo quintil). Y el 82% en los tres quintiles más bajos. Tal como se observa en el gráfico 8, solo el 18% de los embarazos en adolescentes (esto es menos de 2 de 10) ocurre en los hogares más ricos (cuarto y quinto quintil).

Este dato es muy importante para estimar dónde las mujeres embarazadas demandan sus servicios de salud y sus implicaciones en términos de costos. Precisamente el gráfico 9 muestra la distribución porcentual de embarazadas adolescentes por quintil de ingresos y si asisten a hospitales públicos o clínicas privadas. Según la encuesta de Evaluación de la Protección Social (EEPS-2010), las embarazadas adolescentes más pobres (las pertenecientes a los quintiles 1 y 2 en la distribución de ingresos), en un 86% asisten a los centros públicos para seguimiento y realización del parto y el 14% va a una clínica privada o centro de salud sin fines de lucro.

**Gráfico 8.** Distribución porcentual de las embarazadas adolescentes según quintil de ingresos 2009-2010



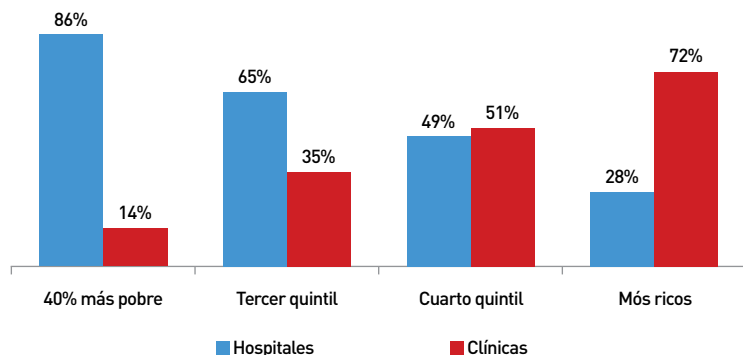
Fuente: ENHOGAR 2009-2010

A partir de los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA-2007) se estimó el % de embarazadas adolescentes que asisten a un centro de salud público o clínica privada para los quintiles de ingresos 3 al 5to (más rico). Como se puede observar en el gráfico 9, a nivel general, el 72% de las embarazadas adolescentes demanda servicios en un centro asistencial público y el restante 28% en una clínica privada.

<sup>13</sup> De acuerdo a las estadísticas levantadas en los tres centros de salud, el % de embarazadas adolescentes que llegaron por aborto en los centros va de un 8-10% en la Maternidad La Altagracia, a 21-22% en Los Minas y el alto porcentaje de 58-70% en Engombe. Estas cifras no discriminan si las adolescentes embarazadas que abortaron han tenido los controles prenatales en los mismos hospitales. Tampoco se tiene información del número de semanas de embarazo en la que ocurre el aborto, ni las causas. Por lo tanto, se aplicó un ajuste de 5% al número de mujeres embarazadas, estimándose en 50,849 para un año.



**Gráfico 9.** Distribución porcentual de atención de las embarazadas adolescentes según quintil y tipo de establecimientos



**Fuente:** Encuesta Evaluación de la Protección Social (EEPS-2010) y Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA-2007)

De acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA-2007), El 72% de las embarazadas asiste a un centro de salud privado en el quintil más rico, versus el 86% que va a un centro de salud público en los quintiles más pobres.

En el siguiente cuadro se presenta la estimación del número absoluto de embarazadas que demandan servicios de salud por tipo de establecimiento para los fines de cálculo del gasto total a nivel del país.

**Cuadro 26.** Estimación del número de adolescentes embarazadas que demandan servicios de salud por tipo de establecimiento (al año 2013)

Quintil de ingreso	Hospitales	Clínicas	Total
40% más pobre	24,341	3,982	28,323
Tercer quintil	8,527	4,612	13,139
Cuarto Quintil	2,823	2,985	5,808
Más ricos	992	2,588	3,580
<b>Total</b>	<b>36,682</b>	<b>14,167</b>	<b>50,849</b>
En %	72%	28%	100%

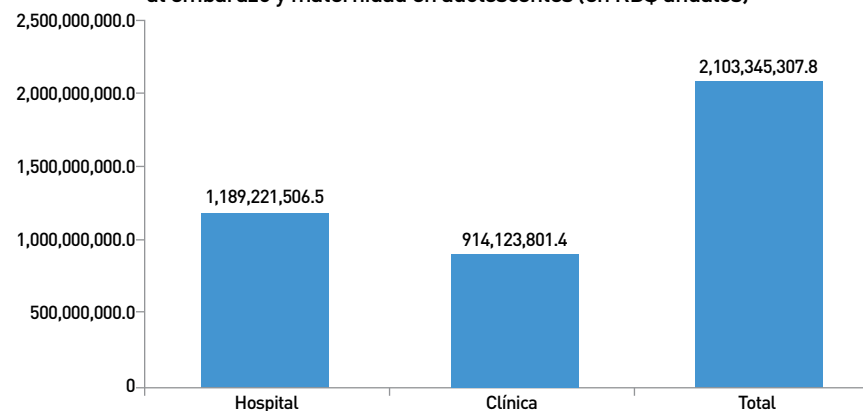
**Fuente:** Estimación propia en base a datos ONE, ENDESA-2007 y EEPS-2010

### 5.3.2 Estimación del gasto directo en servicios de atención al embarazo y maternidad en adolescentes en la República Dominicana

Con los datos del costo promedio de los servicios de atención al embarazo y la maternidad en adolescentes, se puede determinar los gastos directos en atención en salud del embarazo y la maternidad para el sistema nacional de salud y las familias. Para los fines de cálculo, para los hospitales públicos se utilizó el costo promedio correspondiente a un hospital público descentralizado, puesto que refleja el valor real del costo en el nivel público<sup>14</sup>.

El gasto total directo estimado en los servicios de atención al embarazo y maternidad en adolescentes asciende a 2,103.3 millones de pesos anuales, de los cuales el 57% o 1,189.2 millones de pesos corresponde al gasto en los hospitales públicos y el 43% o 914.1 millones de pesos en clínicas privadas.

**Gráfico 10.** Gasto total directo estimado en los servicios de atención al embarazo y maternidad en adolescentes (en RD\$ anuales)



**Fuente:** Estimación propia en base a datos ONE, ENDESA-2007, EEPS-2010 y datos de costos estimado para el estudio

<sup>14</sup> El costo promedio en los hospitales públicos está subestimado porque no refleja el gasto del gobierno central en los servicios de atención directa a las personas, en particular, los gastos en personal de salud y administrativos, medicamentos e insumos médicos, entre otros.

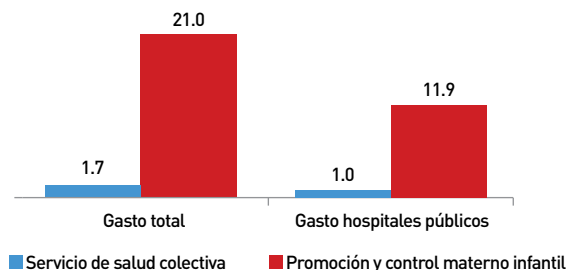
A pesar de que el costo de atención del embarazo y la maternidad en adolescentes es mucho mayor en los centros públicos (alrededor de 50% del costo en los centros privados), la carga financiera de la atención directa a la maternidad en adolescente es muy alta.

En comparación con el presupuesto en servicios de salud colectiva con recursos internos (1,235.8 millones de pesos), el gasto total directo estimado en la atención al embarazo y maternidad en adolescentes fue 1.7 mayor. El gasto total directo estimado en los hospitales públicos de la atención al embarazo y maternidad en adolescentes correspondió al 96% del nivel presupuestado en los servicios de salud colectiva del Ministerio de Salud Pública.

Si comparamos el gasto total directo en servicios de atención al embarazo y maternidad en adolescentes con los recursos presupuestados para el programa nacional de promoción y control materno infantil, el gasto total fue 21 veces mayor que el programa nacional, y el gasto total en hospitales públicos fue 11.9 veces mayor que el programa nacional.

Para el año 2013, el gasto total directo estimado en los servicios de atención al embarazo y maternidad en adolescentes representan el 5% del gasto público total en salud presupuestado en el país.

**Gráfico 11.** Gasto total directo estimado en la atención al embarazo y maternidad en adolescentes en comparación con el nivel presupuestado en los servicios de salud colectiva y en el programa materno infantil 2013



**Fuente:** Estimación propia en base a datos de DIGEPRES, ONE, ENDESA-2007, EEPS-2010 y datos de costos estimado para el estudio.

### 5.3.3 Gasto de bolsillo de los hogares en los servicios de atención al embarazo y maternidad en adolescentes

Al año 2013 alrededor del 53.4% de la población tenía un seguro de salud, correspondiendo al 24.6% a la población afiliada al Seguro Familiar de Salud del régimen subsidiado. El restante 28.8% está asegurado en el Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo o en planes voluntarios pagados por las empresas o los propios afiliados.

De las embarazadas que van al sector público, el gasto directo de los hogares representa un 3%, por el desmonte de las cuotas de recuperación en los hospitales. Ese 3% corresponde a compras directas de medicamentos por parte de los hogares<sup>15</sup>.

En el caso de las embarazadas que tienen el seguro familiar de salud, el nivel de copago se estimó en 25%<sup>16</sup> del costo total de los servicios que reciben.

Para los fines de estimar el pago directo de las adolescentes embarazadas y sus familiares por los servicios de atención al embarazo y maternidad, se tomaron los datos de cobertura del régimen subsidiado, contributivo del seguro familiar de salud y otros seguros voluntarios por quintil de ingresos provenientes de la Encuestas de Fuerza de Trabajo del Banco Central de la República Dominicana para el año 2012.

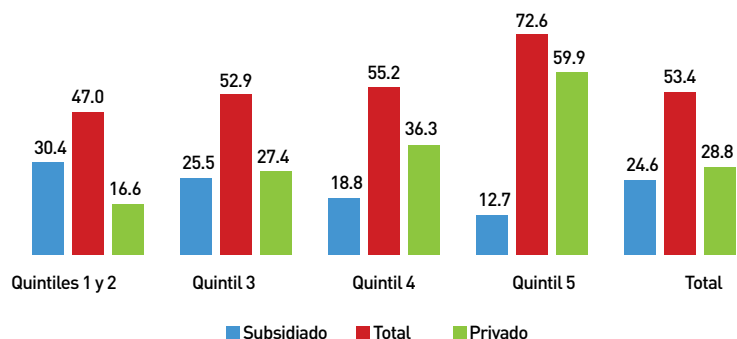
El gráfico 12 presenta la distribución de la cobertura de seguros de salud por parte de la población en la República Dominicana por quintil

**15** Es importante tener en cuenta que esta estimación no incluyen los gastos indirectos asociados a la demanda de los servicios de salud, como el gasto en transporte. Tampoco estima el gasto de bolsillo producto de la ausencia del servicio en el centro de salud, lo cual es muy frecuente por la cartera de servicios en muchos de los hospitales públicos, particularmente del segundo nivel. Cuando no existe el servicio, no se tiene el insumo o el equipo está dañado, es muy probable que la paciente lo compre en el sector privado.

**16** En el caso de las embarazadas que tienen seguro familiar de salud, el nivel de copago estimado no incluye cualquier pago directo que tenga que hacer la mujer embarazada. La DIDA ha documentado prácticas muy frecuentes de pagos directos a los médicos, por ejemplo, por parte de los afiliados.

de ingresos. Se observa que a pesar de la expansión del seguro familiar de salud en el régimen subsidiado, su cobertura todavía es relativamente baja en los hogares de los quintiles 1 y 2. En el quintil más rico, el 72.6% de la población tiene un seguro de salud, identificándose un porcentaje importante de filtración de personas en el quintil cinco con seguro familiar de salud del régimen subsidiado.

**Gráfico 12.** Cobertura de seguros de salud de la población por quintiles de ingresos y tipo de seguro. Octubre 2012



**Fuente:** Encuesta de Fuerza de Trabajo del Banco Central de la República Dominicana. Octubre 2012

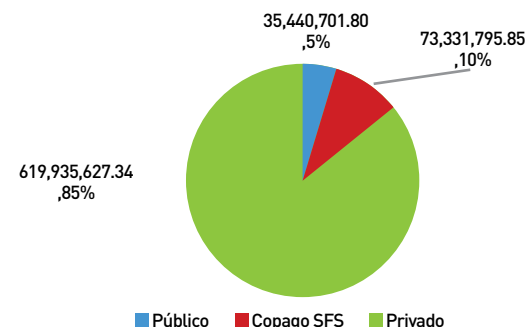
Con la información desagregada de las embarazadas por quintil de ingresos, se asumió que tenían la misma cobertura de seguros de salud por quintil que para toda la población según se observa en el gráfico 12<sup>17</sup>. Con el dato de la población con o sin seguro de salud y el tipo de seguro, se estimó el nivel de copago.

El gasto directo de bolsillo de los hogares en los servicios de salud para la atención del embarazo y maternidad en adolescentes se estimó

en un 34.6% del gasto total en dichos servicios; es decir en 728.7 millones de pesos anuales. Es evidente que el gasto de bolsillo representa una carga importante para los hogares en el país.

Tal como se observa en el gráfico 13, el mayor % de gasto corresponde a los hogares que no tienen seguro de salud, esto es el 85.1% del gasto directo de los hogares, correspondiendo a 619.9 millones de pesos anuales.

**Gráfico 13.** Gasto directo de los bolsillos de los hogares en los servicios de atención al embarazo y maternidad en adolescentes



### 5.3.4 Gastos directos en atención en salud del embarazo y la maternidad para el sistema nacional de salud y costos del Plan de Prevención de Embarazos en Adolescentes

Hacia finales del año 2011 se lanzó y puso en marcha el Plan Estratégico Nacional de Prevención del Embarazo 2011-2016 cuya visión es “Al 2016 en la República Dominicana funciona en el ámbito nacional y local un sistema integral de prevención del embarazo en adolescentes, de carácter intersectorial e interinstitucional; con enfoque de derechos humanos; perspectiva de género y participación social, aplicado en las políticas, programas y servicios de Educación, Salud, Justicia, Recreación y Apoyo Social; los cuales garantizan a las y los adolescentes sus derechos y responden a sus necesidades en materia de salud sexual

<sup>17</sup> Este es un supuesto muy conservador, pues sabemos que la cobertura de salud de las adolescentes embarazadas puede ser menor o porque ya cumplieron los 18 años o porque los padres que tienen seguros voluntarios no la tienen incluidas.

*y salud reproductiva, contribuyendo a la reducción del embarazo en adolescentes”.*

El Plan de Prevención definió siete líneas estratégicas que enmarcan el conjunto de acciones para el logro de los objetivos planteados. Esas líneas de acción son:

- a) “Fortalecimiento del marco legal y de políticas públicas en materia de desarrollo de Adolescentes*
- b) Promoción de la educación sexual y los derechos sexuales y los derechos reproductivos.*
- c) Ampliación de la cobertura de servicios de salud amigables y de calidad para adolescentes.*
- d) Promoción del empoderamiento de las adolescentes y mujeres jóvenes.*
- e) Desarrollo de sistemas de información y estadísticas sobre salud sexual y salud reproductiva de adolescentes.*
- f) Fomento de la participación y organización de los y las jóvenes.*
- g) Fortalecimiento de las alianzas estratégicas y la colaboración intersectorial”.*

Las actividades vinculadas a cada línea de acción fueron costeadas para el período 2011-2016, totalizando 388.6 millones de pesos, con una inversión promedio anual de 64 millones. En los 3 primeros años del plan se prevé la mayor necesidad de inversión, por lo que el conjunto de acciones para dicho período fue estimado en 269 millones, equivalente al 69% del costo total del plan.

El costo estimado en la atención del embarazo y la maternidad en adolescentes para un año, representa 33 veces la inversión estimada del Plan Nacional de Prevención del embarazo en adolescentes. Estos da-

tos demuestran que la prevención es más costo-efectiva, además, que promueve la inclusión social y disminuye la mortalidad y morbilidad asociada a los embarazos en adolescentes.

Está claro que la sociedad pierde mucho más, puesto que en el presente trabajo no se estiman los costos indirectos e intangibles asociados con la maternidad en adolescentes en el país. Representa así un imperativo tomar las acciones de lugar para que los recursos financieros necesarios para el plan nacional de prevención estén asegurados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial (2011) *Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe*. Recuperado en: [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)

---

Barinas, I. (2012) *Adolescentes y Embarazo. Una aproximación a la realidad juvenil, a partir del estudio del significado y las implicaciones del embarazo en adolescentes, según género y contextos socioculturales en la República Dominicana*. Santo Domingo, República Dominicana.

---

Barinas, I. & Flores, M. (Ed). (2011) *Prevención del embarazo en adolescentes con perspectiva de género y enfoque de derechos humanos: Hacia una política nacional*. Santo Domingo, República Dominicana.

---

Carrasco, H. (2012). *El embarazo adolescente en hogares pobres de la República Dominicana: Evidencias a partir de la EEPS 2010*. Banco Central de la RD, Gabinete de Coordinación de las Políticas Sociales y Banco Interamericano de Desarrollo. Santo Domingo, República Dominicana.

---

CESDEM- Centro de Estudios Sociales y Demográficos (2007) *Encuesta Demográfica y de Salud - 2007*. República Dominicana.

---

CEPAL/Centro de Estudios Económicos para América Latina (2013) *Notas para la Igualdad No.6. Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y El Caribe*. Recuperado en: <http://www.cepal.org/oig/>

---

CEPAL-UNICEF y Centro de Estudios Económicos para América Latina-Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2007). “Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe. Tendencias, problemas y desafíos”. En: *Desafíos, Boletín de la infancia y la adolescencia*. CEPAL-UNICEF. Santiago de Chile, Chile.

---

Comité Técnico Interinstitucional (2012) *Costos estimados y presupuesto anual para implementación del Plan nacional prevención embarazos en adolescentes 2011-2016*. República Dominicana.

---

Consejo Nacional de Niños, Niñas y Adolescentes, Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2013). *Análisis de la Situación de la Infancia y la Adolescencia en la República Dominicana 2012*. Santo Domingo, República Dominicana.

---

Consejo Nacional de Población y Familia (2008) *Maternidad y Paternidad en Adolescentes*. Editora de Revista, S. A. República Dominicana.

---

Díaz, et. Al (2002). “Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas”. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, vol. 67, núm., 6 Santiago de Chile, Chile.

---

Díaz, R. & Olivo, K (2011). *Determinantes de la fecundidad en las adolescentes de República Dominicana: evidencia a partir de la Encuesta Demográfica y de Salud 2007*. Premios de la Biblioteca Juan Pablo Duarte 2011. Banco Central de la República Dominicana (BCRD)

---

Foundeur, L. (2011) *El Aborto en República Dominicana*. Recuperado En: <http://elnacional.com.do/el-aborto-enrepublica-dominicana/>

---

Ministerio de Salud Pública (s.f.). *Normas Nacionales para la Atención Integral de Adolescentes*. Serie de Normas Nacionales No. 13, República Dominicana.

---

Ministerio de Salud Pública (2013). *Cuentas Nacionales de Salud de la República Dominicana. Informe del Gasto Público en Salud 2011*. Viceministerio de Planificación y Desarrollo. Santo Domingo, República Dominicana.

---

Ministerio de Salud Pública (2013) *Anuario Estadístico de Salud-2012*. República Dominicana. Recuperado En: [www.salud.gob.do](http://www.salud.gob.do)

---

Ministerio de Salud Pública (2012) *Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil*. República Dominicana. Recuperado En: [www.salud.gob.do](http://www.salud.gob.do)

---

Ministerio de Salud Pública (2012) *Cuentas Nacionales de Salud República Dominicana. Informe Gasto Público en Salud 2011*. República Dominicana. Recuperado En: [www.salud.gob.do](http://www.salud.gob.do)

---

Ministerio de Salud Pública (2010) *Situación Actual de la Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes y Jóvenes en la República Dominicana*. Editora Omnimedia, República Dominicana.

---

Ministerio de Salud Pública (2010) *Plan Estratégico Nacional de Salud Integral de Adolescentes, 2010-2015*. Editora Omnimedia, República Dominicana.

---

National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy (2011) . *The Public Costs of Teen Childbearing: Key Data*. Recuperado en: [www.thenationalcampaign.org/costs](http://www.thenationalcampaign.org/costs)

---

ONE-Oficina Nacional de Estadísticas (2012). *Informe Básico del IX Censo Nacional de Población y Vivienda 2010*. Boletín núm. 29 de la ONE. República Dominicana. Recuperado en: <http://www.one.gob.do/index.php?module=articles&func=view&catid=181>

---

ONE- Oficina Nacional de Estadística (2011), *Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples ENHOGAR 2009-2010*. Informe General. Santo Domingo, República Dominicana.

---

ONE- Oficina Nacional de Estadísticas (2008). *Madres adolescentes en la República Dominicana*. Omnimedia. Santo Domingo, República Dominicana.

---

Organismo Regional Andino de Salud - Convenio Hipólito Únanse (2008). *El embarazo en adolescentes en la Subregión Andina*. Recuperado en: <http://orasconhu.org/documentos/Diagnostico%20Final%20-%20Embarazo%20en%20adolescentes.pdf>

---

Pérez, E. et al. (2011). *El embarazo en adolescentes en la República Dominicana: ¿Una realidad en transición?* Profamilia y CENISMI. Santo Domingo, República Dominicana.

---

Profamilia (2013) “Empodérate, impulsando el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos”. Boletín trimestral No. 3 año 3, septiem-

---

bre 2013. República Dominicana. Recuperado en: [www.profamilia.org.do](http://www.profamilia.org.do)

---

Rathe, M. (2005). *Análisis de las Cuentas Nacionales de Salud de la República Dominicana, 2002*. Fundación Plenitud. Santo Domingo, República Dominicana.

---

Rathe, M. y Guzmán, D. (2012). *Estimación del Gasto Nacional en Salud de la República Dominicana 1995-2011*. Fundación Plenitud. Santo Domingo, República Dominicana.

---

Rodríguez, J. (2008) *Reproducción en la Adolescencia en América Latina y el Caribe: ¿Una Anomalía a Escala Mundial?* Centro Latinoamericano y Caribeño de Población (CELADE)-División de Población de la CEPAL. Presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, Argentina, 2008. Recuperado en: [http://www.alapop.org/2009/images/DOCSFINAIS\\_PDF/ALAP\\_2008\\_FINAL\\_21.pdf](http://www.alapop.org/2009/images/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2008_FINAL_21.pdf)

---

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. *Normas Nacionales de Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio*. 2da edición, 2008. Serie de Normas Nacionales No. 5. República Dominicana.

---

Stern, Claudio (2005). “Poverty, social vulnerability, and adolescent pregnancy in Mexico: a Qualitative analysis”. En: *Reproductive Health, Unmet Needs, and Poverty*. Paris. UNFPA -Fondo de Población de las Naciones Unidas (2013). *Día Internacional de la Juventud-2013*. Recuperado en: [www.unfpa.org.do](http://www.unfpa.org.do)

---

UNFPA- Fondo de Población de las Naciones Unidas (2013). *Día Internacional de la Juventud 2013*. Recuperado en: <http://www.unfpa.org.do/>

---

UNFPA-Fondo de Población de las Naciones Unidas, Abogacía ICPD+15 CHI1R11A y Universidad Central de Chile, (2012). *Prevención del Embarazo en la Adolescencia*. Boletín 3, Santiago, Chile: mayo, 2012. Recuperado en: [www.unfpa.org](http://www.unfpa.org)

---

UNFPA- Fondo de Población de las Naciones Unidas (2007). *Análisis de situación del embarazo adolescente en la Región Andina*. Equipo de Apoyo Técnico del UNFPA para América Latina y el Caribe”. México, D.F., México.

Se terminó de imprimir en  
el mes julio del año 2014  
en los talleres de **Gráfica Willian S.R.L.**,  
C/Arzobispo Meriño No. 261, Zona Colonial.  
Santo Domingo, República Dominicana.



COSTOS EMBARAZO **MATERNIDAD** ADOLESCENCIA COSTOS EMBARAZO  
MATERNIDAD ADOLESCENCIA **COSTOS** EMBARAZO MATERNIDAD  
ADOLESCENCIA COSTOS **EMBARAZO** MATERNIDAD ADOLESCENCIA  
COSTOS EMBARAZO MATERNIDAD **ADOLESCENCIA** COSTOS EMBARAZO  
**MATERNIDAD** ADOLESCENCIA COSTOS EMBARAZO MATERNIDAD  
ADOLESCENCIA **COSTOS** EMBARAZO MATERNIDAD ADOLESCENCIA  
COSTOS EMBARAZO MATERNIDAD ADOLESCENCIA COSTOS **EMBARAZO**  
MATERNIDAD **ADOLESCENCIA** COSTOS EMBARAZO MATERNIDAD  
ADOLESCENCIA COSTOS EMBARAZO **MATERNIDAD** ADOLESCENCIA  
**COSTOS** EMBARAZO MATERNIDAD ADOLESCENCIA COSTOS EMBARAZO  
MATERNIDAD ADOLESCENCIA COSTOS **EMBARAZO** MATERNIDAD  
**ADOLESCENCIA** COSTOS EMBARAZO MATERNIDAD ADOLESCENCIA  
COSTOS EMBARAZO **MATERNIDAD** ADOLESCENCIA COSTOS EMBARAZO  
MATERNIDAD ADOLESCENCIA **COSTOS** EMBARAZO MATERNIDAD  
ADOLESCENCIA COSTOS **EMBARAZO** MATERNIDAD ADOLESCENCIA  
COSTOS EMBARAZO MATERNIDAD **ADOLESCENCIA** COSTOS EMBARAZO  
**MATERNIDAD** ADOLESCENCIA COSTOS EMBARAZO MATERNIDAD  
ADOLESCENCIA **COSTOS** EMBARAZO MATERNIDAD ADOLESCENCIA  
COSTOS EMBARAZO MATERNIDAD ADOLESCENCIA COSTOS **EMBARAZO**  
MATERNIDAD **ADOLESCENCIA** COSTOS EMBARAZO MATERNIDAD  
ADOLESCENCIA COSTOS EMBARAZO **MATERNIDAD** ADOLESCENCIA  
**COSTOS** EMBARAZO MATERNIDAD ADOLESCENCIA COSTOS EMBARAZO  
MATERNIDAD ADOLESCENCIA COSTOS **EMBARAZO** MATERNIDAD  
**ADOLESCENCIA** COSTOS EMBARAZO MATERNIDAD ADOLESCENCIA  
COSTOS EMBARAZO **MATERNIDAD** ADOLESCENCIA COSTOS EMBARAZO  
MATERNIDAD ADOLESCENCIA **COSTOS** EMBARAZO MATERNIDAD  
ADOLESCENCIA COSTOS **EMBARAZO** MATERNIDAD ADOLESCENCIA

