



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

Consecuencias socioeconómicas del

EMBARAZO ADOLESCENTE

en la *República
Dominicana*

*Implementación de la metodología
para estimar el impacto socioeconómico
del embarazo y la maternidad adolescentes
en países de América Latina y el Caribe -*

MILENA 1.0

Septiembre 2022

**165 millones
de razones**

Un llamado a la acción para la inversión
en adolescentes y jóvenes en América Latina
y el Caribe



CONSECUENCIAS SOCIOECONÓMICAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

Santo Domingo, República Dominicana, julio 2021

©Fondo de Población de las Naciones Unidas -UNFPA-

CRÉDITOS

Este estudio se realizó en el marco de la iniciativa regional del UNFPA **“165 millones de razones para invertir en adolescencia y juventud”**.

La INICIATIVA REGIONAL PARA MEDICIÓN DE LAS CONSECUENCIAS SOCIOECONÓMICAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE es impulsada por la Oficina Regional del Fondo de Población de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe (UNFPA LACRO) y coordinada por Federico Tobar, asesor regional en aseguramiento de insumos de salud sexual y reproductiva y sistemas de salud.

El DISEÑO de esta metodología fue realizado por el consultor Iván Rodríguez Bernate y por Federico Tobar, ambos de la Oficina Regional del Fondo de Población de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe (UNFPA LACRO).

La CONSULTORA A CARGO de aplicar la Metodología Milena en República Dominicana fue Marygracia Aquino Pérez.

La COORDINACIÓN Y REVISIÓN de la aplicación de la metodología MILENA en República Dominicana se realizó bajo la coordinación del oficial de Población y Desarrollo, Diógenes Lamarche, y de la oficial de Salud Sexual y Reproductiva, Dulce Chahín y del consultor regional Iván Rodríguez Bernate.

La EDICIÓN del documento fue supervisada por Dania Batista, consultora de Comunicaciones del UNFPA República Dominicana y la corrección y edición final estuvo a cargo de Mariana Papadópulos y Federico Tobar.

AGRADECIMIENTOS

La autora agradece la colaboración de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) por el apoyo brindado en la estimación de la dimensión salud; especialmente, a Leticia Martínez Martiñón, directora de la Oficina de Estudios Actuariales y Estadísticas y a Pamela De Los Santos De León, gerente de Estadísticas de la SISALRIL. De igual forma, a Marvin Cardoza Espinoza, gerente de Riesgos Tributarios de la Dirección General de Impuestos Internos (DGII). Así mismo, a Ramón Antonio González Hernández, subgerente de Cuentas Nacionales y Estadísticas Económicas del Banco Central de la República Dominicana (BCRD).

APOYO EDITORIAL

Diseño y diagramación: **Karen Cortés**

Corrección de estilo: **LKCH**

ISBN: 978-9945-015-46-1



Fondo de Población
de las Naciones Unidas
República Dominicana

AV. ANACAONA NO. 9, MIRADOR SUR, SANTO DOMINGO

809 537 0909 | FAX: 809 537 2270

[HTTP://WWW.DOMINICANREPUBLIC.UNFPA.ORG](http://www.dominicanrepublic.unfpa.org)

@UNFPA_RD | UNFPA REPÚBLICA DOMINICANA

Contenido

RESUMEN EJECUTIVO	5
SIGLAS Y ABREVIATURAS	7
PRÓLOGO	9
INTRODUCCIÓN	12
SECCIÓN 1. CONSECUENCIAS SOCIOECONÓMICAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN LA REPÚBLICA DOMINICANA	15
1.1. La situación del embarazo adolescente en la República Dominicana	16
1.2. Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en República Dominicana	23
1.2.1. Costo de oportunidad educativo vinculado al embarazo en la adolescencia	24
1.2.2. Costo de oportunidad laboral vinculado al embarazo en la adolescencia	27
1.2.3. Costo de oportunidad de ingreso laboral vinculado al embarazo en la adolescencia	29
1.2.4. Costo sanitario del embarazo en la adolescencia	30
1.2.5. Costo fiscal del embarazo en la adolescencia en términos de renuncia sobre los ingresos nacionales	36

Contenido (cont.)

1.3. ¿Qué ha estado haciendo República Dominicana para reducir el embarazo en la adolescencia?	42
1.4. La propuesta del UNFPA: recomendaciones de políticas para prevenir el embarazo en la adolescencia en República Dominicana	45
SECCIÓN 2. MEMORIA DE CÁLCULO DE LA APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA MILENA EN REPÚBLICA DOMINICANA	52
2.1. Definición de la población de estudio	53
2.2. Estimación de la dimensión de educación	55
2.3. Estimación de la dimensión de participación laboral	61
2.4. Estimación de la dimensión de ingreso laboral	65
2.5. Estimación de la dimensión de gastos en salud	67
2.6. Dimensión del impacto fiscal y el costo de oportunidad total	78
REFERENCIAS	84

Resumen ejecutivo

El embarazo en la adolescencia y su consecuencia duradera, la maternidad temprana, pueden comprometer el desarrollo del país, ya que tienen efectos negativos sobre la salud, el desarrollo humano y las posibilidades de progreso económico y social de las mujeres. A su vez, estos fenómenos implican costos para la sociedad en su conjunto y para el Estado, puesto que aumentan el gasto público en asistencia sanitaria y social y producen una disminución de los ingresos fiscales. Sus efectos pueden comprometer las posibilidades que brinda el bono demográfico, fenómeno que ocurre cuando la población en edad productiva supera en cantidad a la población en edad dependiente.

El problema que configura el embarazo en la adolescencia es mayor en República Dominicana que en otros países porque registra una de las tasas de fecundidad adolescente más altas del mundo, y la más alta de la región de América Latina y el Caribe. Los resultados del presente estudio indican que el costo de oportunidad del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana en el país fue de 245 millones de dólares de 2018 (equivalente a 12.151 millones de pesos dominicanos). Ese monto representa el 0,29% del Producto Interno Bruto del mismo año. Para estimar dicha cifra y con el objetivo de estandarizar el costo total del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana en República Dominicana, se aplicó la metodología MILENA 1.0, desarrollada por la Oficina Regional del Fondo de Población de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe (UNFPA LACRO). La metodología estima las pérdidas económicas o los costos de oportunidad que supone este fenómeno tanto para las mujeres como para el Estado. Ese impacto se calcula sobre cinco dimensiones: I. Educación, II. Participación laboral, III. Ingresos laborales, IV. Salud e V. Ingresos fiscales.

La consecuencia más inmediata del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana es la interrupción de las trayectorias educativas de las mujeres. En República Dominicana ser madre en la adolescencia duplica la probabilidad de discontinuidad escolar. Ese menor nivel de escolaridad se traduce luego, al incorporarse en el mercado laboral, en un menor nivel de remuneración. Los ingresos de las mujeres que alcanzan un título superior (licenciatura completa) triplican a los de las mujeres que solo tienen educación primaria completa en el país. Como resultado, el costo de oportunidad educativo vinculado al embarazo en la adolescencia alcanzó en 2018, los 138 millones de dólares estadounidenses o 6,850 millones de pesos dominicanos.

Pero, además, las mujeres que fueron madres tempranas enfrentan mayores niveles de desempleo (9,1% contra 7,4% registrado por las mujeres que fueron madres entre los veinte y los veintinueve años –o madres adultas–). El costo de oportunidad del embarazo en la adolescencia relacionado con el mayor desempleo que registran las madres tempranas fue de 22,9 millones de dólares americanos (1,137 millones de pesos dominicanos). Esto es consecuencia de la frecuente incompatibilidad de las tareas de cuidado doméstico (que se concentra en las mujeres) con las tareas remuneradas dentro del mercado laboral.

Entre quienes participan en el mercado de trabajo, las mujeres que fueron madres adultas perciben ingresos que, en promedio, son un 20,4% mayores que los ingresos de quienes fueron madres en la adolescencia. Esta brecha representó un costo de oportunidad del ingreso laboral de 173 millones de dólares estadounidenses (8,580 millones de pesos dominicanos).

En 2018, el gasto total en salud debido al embarazo en la adolescencia en República Dominicana fue de al menos 21 millones de dólares estadounidenses (1,053 millones de pesos dominicanos). Esto es porque las mujeres adolescentes que cursan un embarazo tienen mayores riesgos de salud que aquellas que postergan su maternidad, y sus hijos suelen requerir más atención médica. A su vez, por las muertes maternas en adolescentes se estima una pérdida social por 3,9 millones de dólares (193 millones de pesos dominicanos).

Los efectos negativos del embarazo en la adolescencia no solo afectan a las mujeres, sino que generan pérdidas económicas para la sociedad en su conjunto. En 2018, el Estado perdió 23,9 millones de dólares (1,185 millones de pesos dominicanos) por recaudaciones no percibidas de Impuesto al Valor Agregado (IVA) e Impuestos sobre la Renta (ISR) que podrían haberse registrado si se hubiera disminuido la cantidad de embarazos en la adolescencia, ya que las mujeres que fueron madres tempranas tienen menores ingresos y, debido a ello, también consumen menos que aquellas que postergan su maternidad a la vida adulta.

Siglas y abreviaturas

ALC:	América Latina y el Caribe
ARS:	Administradora de Riesgos de Salud
AS:	África Subsahariana
AVP:	Años de vida potencial perdidos
AVPP:	Años de vida productiva potencial perdidos
BCRD:	Banco Central de la República Dominicana
CINE:	Clasificación Internacional Normalizada de la Educación
CO:	Costo de oportunidad
DGII:	Dirección General de Impuestos Internos
EA:	Embarazo en la adolescencia
ENCFT:	Encuesta Nacional Continua de Fuerza de Trabajo
ENIGH:	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares
ENHOGAR:	Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples
IFNPI:	Ingresos fiscales no percibidos por impuestos
ISR:	Impuesto sobre la Renta
ITBIS:	Impuesto sobre Transferencia de Bienes y Servicios
IVA:	Impuesto al Valor Agregado
LACRO:	Oficina Regional para América Latina y el Caribe
MHA:	Mujeres que tuvieron su primer hijo en la adolescencia (10-19 años de edad)
MHM:	Mujeres que tuvieron su primer hijo ya maduras (20-29 años de edad)
MILENA:	Metodología de Impacto del Embarazo Adolescente en América Latina
MNC RD:	Marco Nacional de Cualificaciones de la República Dominicana
MSP:	Ministerio de Salud Pública
MT:	Maternidad temprana
ODS:	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONE:	Oficina Nacional de Estadística
PDSS:	Prestaciones de Salud y Riesgos Laborales
PSMMA:	Pérdida Social por la Mortalidad Materna en Adolescentes
RMM:	Razón de Mortalidad Materna
SFS:	Seguro Familiar de Salud
SNS:	Servicio Nacional de Salud
SISALRIL:	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales
TEFA:	Tasa específica de fecundidad adolescente
TMMA:	Tasa de mortalidad materna en adolescentes
UNFPA:	Fondo de Población de las Naciones Unidas



Prólogo

*Los embarazos y la maternidad adolescentes constituyen un reto significativo para la República Dominicana. Al menos **tres de cada diez adolescentes dominicanas están o han estado embarazadas** en algún momento de sus vidas.*

La tasa de fecundidad adolescente nacional es de noventa y dos nacimientos por cada mil niñas de quince a diecinueve años, duplicando la tasa mundial que es de cuarenta y dos¹. En el año 2019, 28 791 niños y niñas nacieron de madres adolescentes, lo que equivale al 24,5% de los partos que ocurrieron en el país².

La evidencia indica que generalmente estos embarazos y la maternidad precoz son propiciados por una carencia sistemática en materia de educación de calidad, servicios de salud integral, igualdad de género y pobreza. En la realidad dominicana prevalecen factores claves que dan origen a estos embarazos. Entre estos la falta de acceso a la salud sexual y reproductiva, al desarrollo socioeconómico, a proyectos de vida que vayan más allá de la maternidad y la carencia de educación integral de la sexualidad. Antes de la pandemia por el COVID-19, sesenta y ocho de cada cien estudiantes no recibían ningún tipo de educación en sexualidad³, pese a que la iniciación sexual es cada vez más temprana, con 41% de las adolescentes dominicanas ya iniciadas. Este último porcentaje aumenta a 60,9 en el caso de las niñas y adolescentes del grupo socioeconómico más bajo⁴.

1 Banco Mundial, BM (2021). Databank (datos de 2019). Recuperado 05-07-2021 https://data.worldbank.org/indicador/SP.ADO.TFRT?end=2019&most_recent_year_desc=false&start=1960.

2 Servicio Nacional de Salud, SNS (2021). Repositorio - Estadísticas y producción (datos del 2019).

3 Ministerio de Educación, MINERD; Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA; y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD (2015). Estudio de línea basal: Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la violencia basada en género en estudiantes del segundo ciclo de educación primaria y en grados de secundaria de escuelas públicas y colegios privados en República Dominicana.

4 Oficina Nacional de Estadística ONE, (2019). Fascículo I: Salud sexual y reproductiva de las adolescentes, basado en la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR-2018).

68 DE CADA **100** ESTUDIANTES
NO RECIBÍAN **NINGÚN TIPO** DE
educación en sexualidad

Otro factor decisivo es el acceso a anticonceptivos, en lo cual el país reporta una necesidad insatisfecha de 27% entre las adolescentes sexualmente activas⁵. También influyen la desigualdad de género y la prevalencia de matrimonios infantiles y uniones tempranas antes de los dieciocho años, lo que se presenta en 36% de las adolescentes dominicanas⁶.

Entre las consecuencias de los embarazos y la maternidad adolescentes se encuentran las muertes maternas y neonatales, la deserción escolar y universitaria, y el desempleo o empleos de baja remuneración. Todo esto, junto a las causas subyacentes, niega, impide o dificulta el desarrollo integral de las niñas, adolescentes y mujeres, lo que afecta a su vez a las familias, a las comunidades y al país.

Esta problemática y sus repercusiones son una preocupación central para el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) como agencia de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) que tiene por mandato contribuir a un mundo donde cada embarazo sea deseado, cada parto sea seguro y cada persona joven alcance su pleno potencial.

Para el organismo, conocer el costo de las consecuencias socioeconómicas del embarazo adolescente y la maternidad temprana es esencial para aportar a la reflexión y al análisis, y promover la implementación y fortalecimiento de las políticas públicas de prevención y atención de estos embarazos.

5 Ministerio de Salud Pública, MSP (2014). Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) 2013.

6 Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA (2021). Estado de la Población Mundial 2021 - Mi cuerpo me pertenece.

Con ese propósito, en 2013, el UNFPA estudió el costo económico de los embarazos en adolescentes en la República Dominicana encontrando que el país gastaba 2,700 millones de pesos al año en cinco servicios de atención a la maternidad y al parto en adolescentes, cifra que representaba un 33% más que la inversión en el financiamiento del plan de prevención de embarazo en la adolescencia. Ese estudio permitió al país contar con datos duros sobre el costo de la atención a esta población, por primera vez.

En 2020 República Dominicana revisita este ejercicio, utilizando la metodología MILENA 1.0 diseñada por la Oficina Regional UNFPA LACRO. Esta metodología permite mayor alcance y profundidad para analizar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de América Latina y el Caribe, calculando las pérdidas económicas o los costos de oportunidad para las adolescentes y el Estado en educación, participación laboral, ingresos, salud e ingresos fiscales.

Esto forma parte de las acciones enmarcadas en el Plan Estratégico Global 2018-2021 del UNFPA, que enfoca esfuerzos, rumbo al 2030, en obtener tres resultados transformadores: 1. poner fin a las muertes maternas evitables; 2. poner fin a las necesidades insatisfechas de planificación familiar; y 3. poner fin a la violencia de género y a todas las prácticas nocivas, incluido el matrimonio infantil, precoz y forzado, cuya prohibición en el país mediante la promulgación de la ley 1-21 representa una gran conquista hacia una sociedad dominicana más justa e igualitaria.

Igualmente, el logro de estos tres ceros contribuye a la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), así como a la consecución de los compromisos de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994, renovados en la Cumbre de Nairobi en 2019, relativos a garantizar la salud sexual y reproductiva, la educación integral de la sexualidad y la igualdad de género, la producción de datos y el establecimiento de alianzas.

Las estimaciones concluyen que las madres adolescentes dominicanas están perdiendo ingresos superiores a 9,718 millones de pesos al año, sin contar los gastos en atenciones médicas a situaciones de riesgo provocadas por las maternidades tempranas.

Esperamos que los datos que aquí se desglosan contribuyan a fortalecer los planes y trabajar de forma constante para su reducción, a fin de lograr una República Dominicana próspera, que sea ejemplo de desarrollo sostenible y respetuosa de los derechos humanos de adolescentes y jóvenes, y de todas las personas.

Sonia Vásquez,
Representante Nacional
UNFPA República Dominicana

Introducción

República Dominicana ha experimentado cambios económicos que han beneficiado los ingresos de la población en los últimos treinta años (Banco Mundial, 2019). A pesar de esto, el país presenta pocos avances en indicadores de bienestar social, como el embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana, cuyas cifras aún son elevadas. El país tiene la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente (TEFA) más alta de América Latina, y ocupa la posición 26 en el mundo, detrás de 25 países de África Subsahariana. Según datos de 2018, una de cada cinco adolescentes de entre quince y diecinueve años ha quedado embarazada (19,1%) y el 13,8% ya es madre (ENHOGAR, 2018; ONE, 2018). Frente a estas cifras, el país compromete su potencial de desarrollo, ya que el embarazo en la adolescencia implica costos de oportunidad que afectan no solo a las mujeres sino al Estado y a la sociedad en su conjunto. La implementación de la metodología MILENA en el país permitió concluir que el costo de oportunidad del embarazo en la adolescencia y de la maternidad temprana en República Dominicana fue de 245 millones de dólares en 2018. Este gasto se podría haber evitado si el Estado multiplicara sus acciones para disminuir los embarazos no planificados en la adolescencia.



Entre sus múltiples consecuencias, el embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana afectan la educación de las adolescentes y limitan su participación en el mercado laboral. Esto se debe fundamentalmente a que las mujeres son quienes más desempeñan roles de cuidado y trabajo dentro del hogar. La encuesta ENHOGAR (2018) registra que, luego de dar a luz a su primer hijo, el 48,7% de las mujeres dominicanas de entre quince y diecinueve años dejaron de asistir a la escuela o la universidad.

El acceso desigual a la educación también acrecienta las brechas de ingreso y de participación laboral entre madres primerizas adolescentes y adultas. Los menores ingresos percibidos por las madres adolescentes a lo largo de su vida pueden ser conceptualizados como potenciales costos de oportunidad o pérdidas económicas que afectan no solo a la mujer y sus familias, sino también al Estado, pues disminuye el potencial de ingresos fiscales por impuestos y contribuciones a los sistemas de seguridad social en salud y pensiones (UNFPA, 2018).

Las adolescentes corren mayores riesgos de morir por causas relacionadas al embarazo, parto o puerperio que las mujeres adultas. Según los registros del Ministerio de Salud Pública (MSP), en el año 2018, la razón de mortalidad materna (RMM) o número de muertes por cada 100 000 nacimientos fue de 122,7 para mujeres de diez a diecinueve años, y se reduce a 90,6 para las mujeres entre veinte y veintinueve años (MSP, 2019). Al mismo tiempo, el embarazo en la adolescencia conlleva a gastos en salud para la adolescente y el o la recién nacido(a) que se financian con recursos públicos o son pagos directamente por la familia.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas ha impulsado y apoyado diversos estudios (UNFPA, 2013; UNFPA 2017; ONE et al., 2020 y más) con el fin de generar evidencia que apoye la creación de políticas públicas que tengan como objetivo la reducción del embarazo en la adolescencia. Estas iniciativas se alinean con los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 de las Naciones Unidas, en los que se insta a los Estados a ejecutar acciones que conduzcan a la contracción de la fecundidad temprana (Naciones Unidas, 2018). Los mismos buscan contribuir al fin de la pobreza (ODS 1), promover vidas saludables y bienestar (OSD 3), el acceso a la educación de calidad (OSD 4), la erradicación de la discriminación de género (ODS 5) y la reducción de las desigualdades (ODS 10) (Naciones Unidas, 2013).

Buscando medir el impacto del embarazo en la adolescencia para que sus resultados sean comparables entre los países de la región y buscando generar un aporte significativo para la creación de políticas públicas, **la Oficina Regional para América Latina y el Caribe (LACRO) del UNFPA formuló la Metodología de Impactos**

Educativos, en la Nómina y Asistenciales para sistematizar el análisis de las consecuencias socioeconómicas del Embarazo Adolescente en América Latina (MILENA). MILENA estima el costo de oportunidad (CO), es decir, las pérdidas o gastos generados por dicho evento en cinco dimensiones: I. educación, II. participación laboral, III ingresos laborales, IV. salud y, V. ingresos fiscales (UNFPA, 2018). Las primeras tres se miden a partir de las repercusiones directas para las mujeres que experimentaron al menos un embarazo en la adolescencia, mientras que las dos últimas se miden a partir de los gastos que afectan directamente la gestión del Estado y a la sociedad en su conjunto (*ver figura 1*).

FIGURA 1 – DIMENSIONES DE MILENA 1.0.



En esta publicación se presentan los resultados de la implementación de MILENA 1.0 para la República Dominicana, con datos del año 2018. El informe ha sido organizado en dos grandes secciones. En la primera, se presentan al lector las estimaciones de las consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en el país y una propuesta de UNFPA para la creación de políticas públicas. En la segunda, se provee una memoria de cálculo que incluye información técnica de cada paso seguido en la implementación de MILENA, dirigido al público especializado.

SECCIÓN 1.

**Consecuencias socioeconómicas
del embarazo en la adolescencia
en la *República Dominicana***

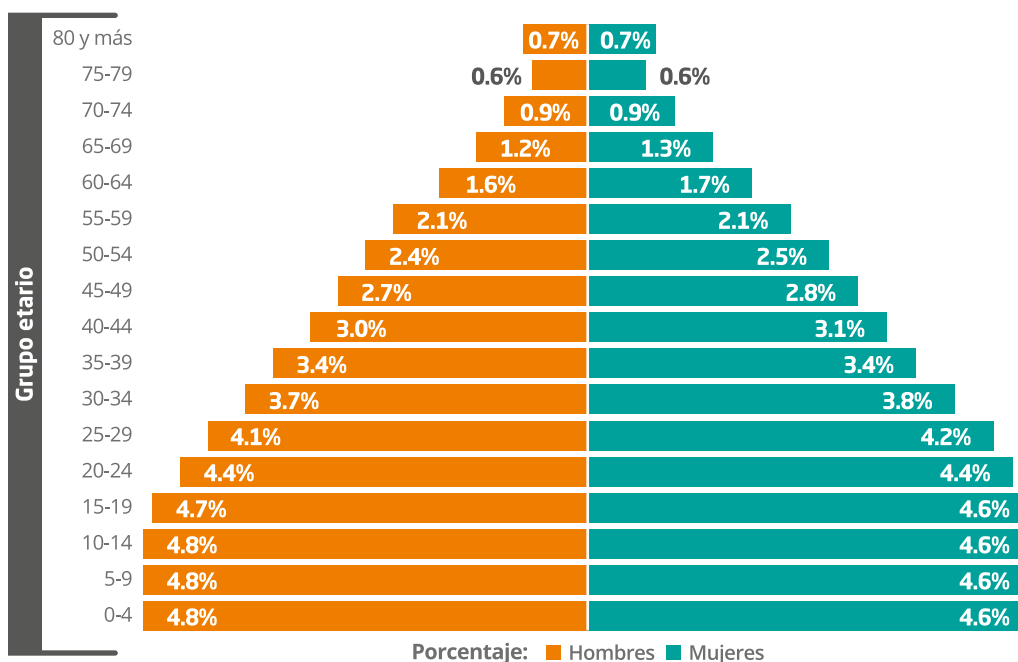


1.1. La situación del embarazo adolescente en la República Dominicana

República Dominicana se encuentra en un momento único para crecer económicamente, ya que está atravesando un período en el que se registra el bono demográfico. Un fenómeno que ocurre cuando la población en edad productiva supera a la población dependiente. El mismo puede resultar en un importante beneficio para el país, potenciando sus oportunidades de crecimiento y bienestar social. Según los datos disponibles, República Dominicana cuenta con cincuenta y cuatro personas dependientes por cada cien personas en edad de trabajar (*ver figura 2*).

FIGURA 2 –

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN, POR GRUPO ETARIO Y SEXO, 2018

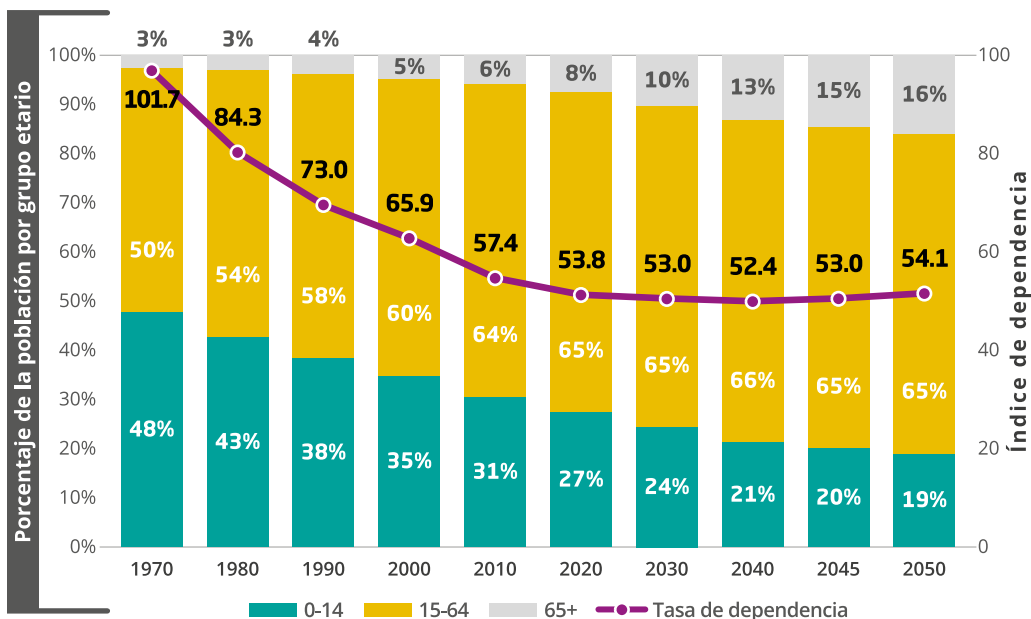


Fuente: UNFPA República Dominicana con datos de la ONE (2014).

Si bien las proyecciones indican que el bono demográfico se extenderá hasta el año 2040, el embarazo en la adolescencia compromete su aprovechamiento pues afecta negativamente las trayectorias educativas y laborales de las adolescentes, perjudicando sus ingresos y sus aportes potenciales a la sociedad (*ver figura 3*). El embarazo en la adolescencia también acrecienta los índices de mortalidad y morbilidad materna y genera gastos adicionales por atención en salud, tanto de las adolescentes como de sus hijos.

FIGURA 3 –

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN, POR GRUPO ETARIO E ÍNDICE DE DEPENDENCIA DE LA REPÚBLICA DOMINICANA, 1970-2050



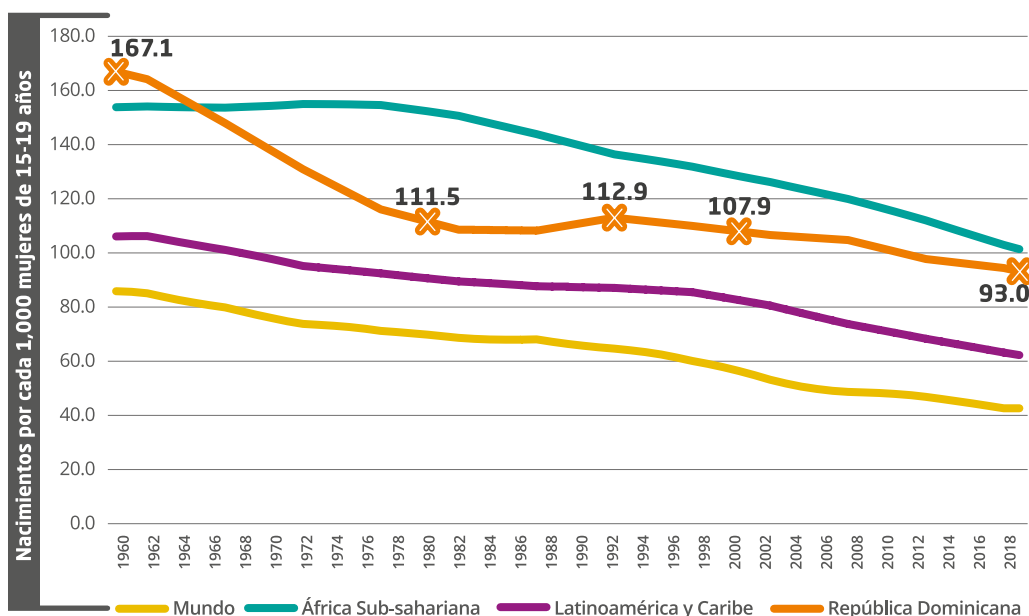
Fuente: UNFPA República Dominicana con datos de las Naciones Unidas (2019).

La prevención del embarazo en la adolescencia en la República Dominicana debe ser una prioridad nacional, ya que no solo afecta a las adolescentes, sino que tiene efectos perjudiciales sobre el desarrollo social y económico del país. Según las cifras de las Naciones Unidas, entre 2015 y 2020, dos de cada diez nacimientos (21,5%) ocurridos en el país son concebidos por madres de entre quince y diecinueve años. Esta proporción es significativamente más alta que el promedio de América Latina y el Caribe (ALC) (cuyo valor equivale a 16%) y el doble que en el resto de los países de ingreso medio.

Además, la proporción de mujeres que son madres en la adolescencia desciende a un ritmo muy lento en el país. Esto se mide a través de la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente –TEFA–, que es el número de nacidos vivos de madres adolescentes por cada mil mujeres entre quince y diecinueve años. Si se analiza su evolución desde la segunda mitad del siglo XX (ver figura 4), se observa que entre el año 1960 y 1980 la TEFA se reduce a la mitad y se estanca desde 1980 hasta el año 2000. Luego comienza un lento descenso desde ese año hasta la actualidad. **Al mismo tiempo en que la economía de República Dominicana crecía a tasas muy superiores al promedio mundial y regional, las conquistas del país sobre la fecundidad adolescente la ubicaban en las últimas posiciones, alejándola de América Latina y el Caribe y acercándola a los valores medios de África.** Desde inicios del siglo XXI, América Latina y el Caribe registró una reducción promedio anual del

orden del 1,5% y los países del África Subsahariana del 1,3%. En ese mismo período, la reducción de la TEFA en República Dominicana ha sido, en promedio, del 0,8% anual. Esto significa que, de no atenderse esta problemática, las brechas entre el país y ambas regiones se harán cada vez más amplias.

FIGURA 4 – TASA DE FECUNDIDAD DE ADOLESCENTES DE 15-19 AÑOS PARA REPÚBLICA DOMINICANA Y REGIONES SELECCIONADAS, 1960-2018



Fuente: UNFPA República Dominicana con datos del Banco Mundial (2018a).

La Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR-2018) de la Oficina Nacional de Estadística (ONE) reveló que, en el año 2018, el 19,1% de las adolescentes dominicanas de quince a diecinueve años estaban o estuvieron embarazadas alguna vez. De forma desagregada, el 13,8% ya eran madres, el 3,4% estaban embarazadas y el 1,9% había abortado¹ o él o la bebe había nacido muerto/a. Además, el 4,4% de las mujeres de este grupo etario habían estado embarazadas en dos o más ocasiones (*ver tabla 1*). En ese sentido, se ha demostrado que las mujeres que dan a luz a temprana edad son más propensas a tener partos muy cercanos entre sí, por lo que tenderán a tener familias más numerosas (OMS, 2004).

1 Esto incluye los abortos espontáneos. Los abortos médicos o quirúrgicos están prohibidos en la República Dominicana, excepto en los casos en que el embarazo ponga en peligro la vida de la madre, según el Código Penal (Ley 550-14).

La prevalencia del embarazo en la adolescencia también se distribuye de forma desigual según área de residencia de la mujer. Según indican los datos analizados, este fenómeno resultó ser más frecuente en la zona rural (23,7%) que en la zona urbana (18,1%) (ver tabla 1), en el año 2018.

TABLA 1 –

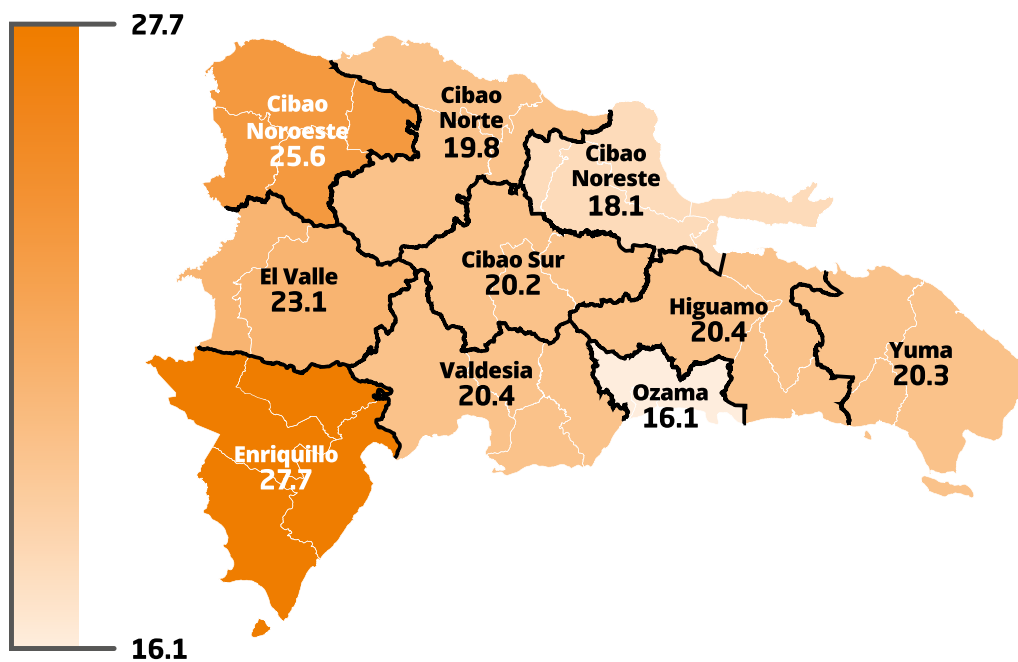
**PORCENTAJE DE MUJERES DE 15-19 AÑOS,
POR EXPERIENCIA REPRODUCTIVA Y ZONA, 2018**

	Total	Rural	Urbana
Alguna vez embarazada	19.1	23.7	18.1
Experiencia reproductiva			
Madre	13.8	18.4	12.8
Actualmente embarazada, no madre	3.4	3.6	3.3
Ha abortado o bebé nació muerto, no embarazada ni madre	1.9	1.6	2.0
Número de embarazos			
Un embarazo	14.5	16.5	14.1
Dos embarazos	3.3	5.1	2.9
Menos de dos embarazos	1.1	1.6	0.9
Sin respuesta	0.2	0.5	0.2

Fuente: UNFPA República Dominicana con datos de la ENHOGAR-2018 (ONE, 2018).

El embarazo en la adolescencia también fue más frecuente en regiones fronterizas del país, donde el 27,7%, 25,6% y 23,1% de las mujeres de quince a diecinueve años de las regiones de Enriquillo, Cibao Noroeste y El Valle, respectivamente, reportaron haber tenido al menos un embarazo (ver figura 5).

FIGURA 5 –

PORCENTAJE DE MUJERES DE 15-19 AÑOS ALGUNA VEZ EMBARAZADAS, POR REGIÓN DE DESARROLLO, 2018


Fuente: UNFPA República Dominicana con datos de la ENHOGAR-2018 (ONE, 2018).

Las adolescentes que viven en condiciones de pobreza registran una probabilidad de quedar embarazadas seis veces mayor que las que viven en hogares de altos ingresos. Las regiones que muestran mayor densidad de embarazo en la adolescencia presentan altas incidencias de pobreza (MEPYD & ONE, 2020), por lo que se puede inferir que existe una asociación entre maternidad temprana y nivel socioeconómico (Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales, 2019; Aquino, Lizardo, & De La Rosa, 2020). Tal como se presenta en la *tabla 2*, según las fuentes consultadas, el 41,4% de las adolescentes en condiciones de pobreza extrema había estado al menos una vez embarazada, cifra que se reduce al 7,1% para aquellas adolescentes que viven en hogares de mayores ingresos. Además, las mujeres haitianas viviendo en República Dominicana fueron las más propensas a atravesar un embarazo durante la adolescencia, ya que la TEFA para esta población fue dos veces mayor que la TEFA nacional (39,8% versus 19,1%).

En República Dominicana la maternidad temprana también está muy vinculada a las uniones matrimoniales tempranas. El 71,1% de todas las adolescentes de quince a diecinueve años que alguna vez estuvieron casadas o unidas, estuvo o estaba embarazada al momento de ser encuestada. En cambio, apenas el 2,8% de las mujeres que nunca se casaron o unieron quedaron embarazadas alguna vez.

TABLA 2 –

**INCIDENCIA DEL EMBARAZO EN MUJERES DE 15 A 19 AÑOS,
POR CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y ZONA, 2018 (%)**

Característica socioeconómica	Alguna vez embarazada	Nunca embarazada
Condición de pobreza		
Pobreza extrema (ICV-1)	41,4	59,6
Pobreza moderada (ICV-2)	31,3	68,7
Vulnerable a la pobreza (ICV-3)	16,5	83,5
Económicamente seguro (ICV-4)	7,1	92,9
Estado civil		
Casada o unida alguna una vez	71,1	28,9
Nunca se ha casado o unido	2,8	97,2

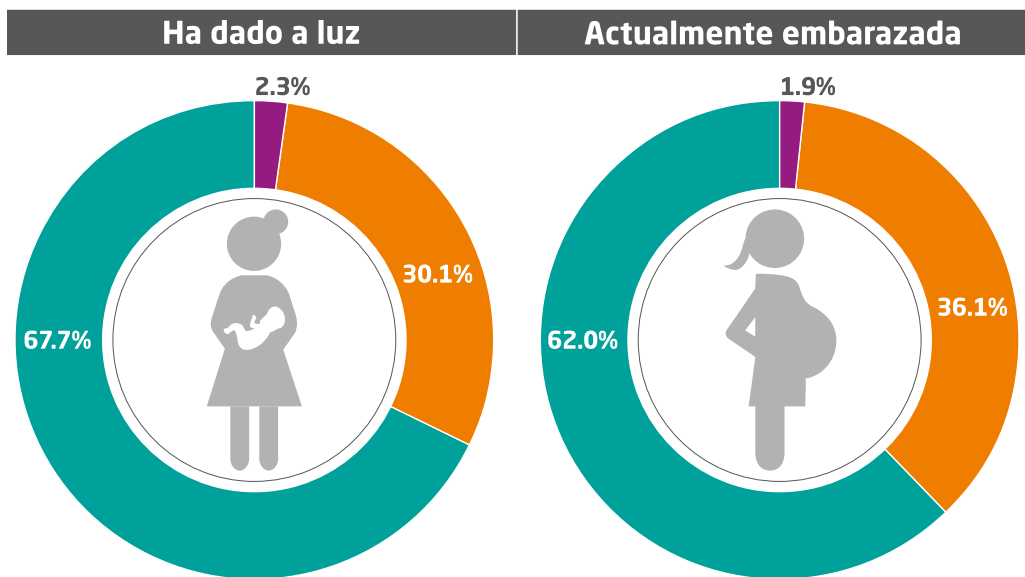
Fuente: UNFPA República Dominicana con datos de la ENHOGAR-2018 (ONE, 2018).

Siete de cada diez embarazos en la adolescencia no son intencionales. Otro hallazgo importante de la ENHOGAR-2018 fue que 69,9% de las adolescentes que habían dado a luz querían quedar embarazadas más tarde o no querían más hijos, mientras que solo el 30,1% deseaba embarazarse en ese momento². Porcentajes similares se encontraron en las adolescentes que estaban embarazadas cuando fueron entrevistadas (*ver figura 6*).

2 El deseo de tener hijos/as en la adolescencia, o el deseo de conformar una nueva familia puede estar relacionado con la intención de escapar de un contexto de vulnerabilidad o de abuso/violencia intrafamiliar, como “pasaporte de salida”. En cualquier caso, desde un enfoque basado en capacidades, la fecundidad adolescente está muy asociada a una percepción individual de bajo costo de oportunidad de un proyecto de vida alternativo; lo que, a su vez, se debe a la falta de capacidades y oportunidades.

FIGURA 6 –

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 15-19 AÑOS, POR DESEO DE QUEDAR EMBARAZADA EN REPÚBLICA DOMINICANA, 2018



■ No quería más hijos ■ Quería embarazarse más tarde ■ Quería embarazarse en ese momento

Fuente: UNFPA República Dominicana con datos de la ENHOGAR-2018 (ONE, 2018).

Esto debe funcionar como alerta para la sociedad en su conjunto, ya que puede indicar no solo un acceso deficiente a métodos anticonceptivos (ya sea por dificultad para adquirirlos debido a sus bajos ingresos, por desconocimiento o por limitaciones para acceder a través de los servicios de salud)³, sino también la presencia de violencia y abuso sexual. Miles de adolescentes son víctimas de este tipo de violencia en la región y es importante que el Estado garantice las condiciones para que todas las niñas y adolescentes puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos sin que su vida corra riesgo.

Para evitar que las consecuencias negativas del embarazo en la adolescencia se transmitan a la próxima generación de mujeres y afecte el desarrollo del país, resulta imprescindible incorporar políticas tanto preventivas, para evitarlo, así como también políticas que amortigüen sus consecuencias. Además de tender al bienestar y cuidado social de su población, si el Estado invirtiera en la prevención

³ El estudio realizado por el Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales (2019) encontró una alta demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos para las adolescentes, lo cual puede explicar la cantidad de embarazos en la adolescencia.

del embarazo en la adolescencia, podría redirigir el gasto destinado a la atención de estas emergencias y aumentar su recaudación fiscal, lo que se traduciría en mejoras en la calidad de vida y el desarrollo de la sociedad en su conjunto.

1.2. Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en República Dominicana

Para estimar el impacto del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana en República Dominicana, se tomó como población de estudio a las mujeres que fueron madres y que al momento de ser encuestadas se encontraban en edad laboral, es decir, que tenían entre veinte y cincuenta y nueve años⁴. Esta población se dividió en dos grupos de análisis. El primero fue conformado por las madres tempranas, es decir por aquellas mujeres que tuvieron su primer/a hijo/a en la adolescencia⁵. Mientras que el segundo grupo fue conformado por mujeres que se convirtieron en madres durante la primera década de su vida adulta, de acuerdo con la metodología definida por UNFPA (2018).

De este modo, los dos grupos de análisis fueron los siguientes:

- **Grupo 1. Madres tempranas (o MHA):** jefas de hogar de veinte a cincuenta y nueve años que tuvieron su primer/a hijo/a en la adolescencia, es decir, entre los diez y diecinueve años de edad.
- **Grupo 2. Madres adultas (o MHM):** jefas de hogar de veinte a cincuenta y nueve años que tuvieron su primer/a hijo/a en la primera década de su vida adulta, es decir, entre los veinte y los veintinueve años de edad.

Para realizar las estimaciones se utilizaron principalmente datos de la Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo (ENCFT) de 2018. La ENCFT es una encuesta de hogares y personas por conglomerados o segmentos censales que tiene como objetivo revelar información sobre los principales indicadores del mercado de trabajo. Por su diseño, la ENCFT solo reporta el parentesco del jefe o de la jefa de hogar

4 En República Dominicana el derecho a la jubilación por vejez se adquiere a partir de los 60 años, según lo estipulado en el Art. 45 de la Ley 87-1, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social.

5 Según Naciones Unidas (2019), la adolescencia está comprendida entre los 10 y los 19 años, por lo que las personas de 20 años o más son consideradas adultas (UNICEF, 2019).

con los demás miembros que viven con él o ella, por lo que los datos que arroja solo permitieron identificar como madres a aquellas mujeres que fueran jefas de hogar. Para subsanar esa limitación, se ponderaron los resultados obtenidos y se expandieron al resto de los hogares con jefatura masculina. Para estimar los costos en salud se tomaron datos proporcionados por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), el Ministerio de Salud y la Oficina Nacional de Estadística (ONE). Por último, para estimar el gasto fiscal se utilizaron datos de la Dirección General de Impuestos Internos (DGII).

1.2.1. Costo de oportunidad educativo vinculado al embarazo en la adolescencia

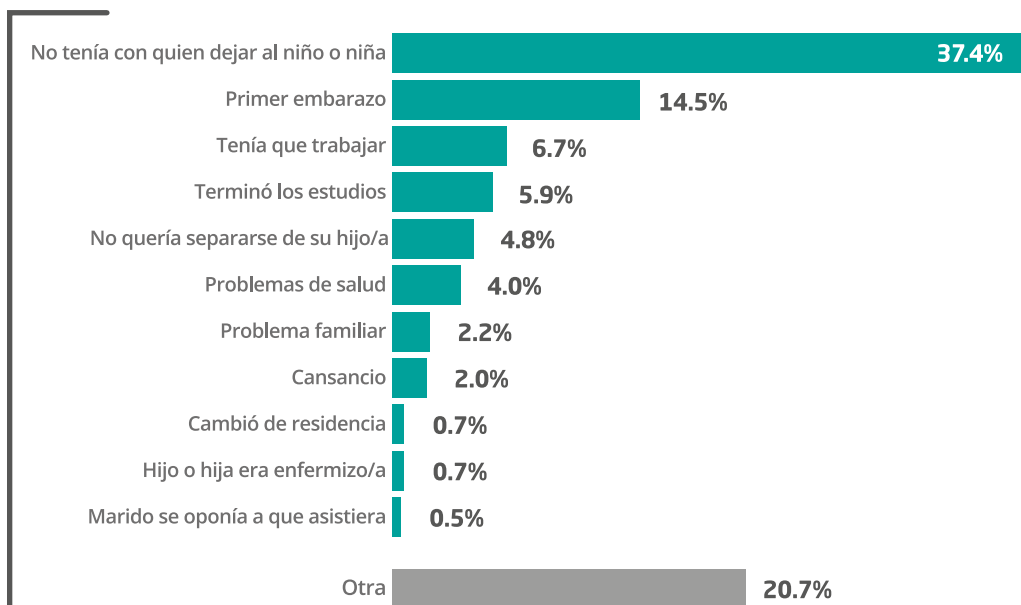
El embarazo en la adolescencia implica un costo de oportunidad educativo para las niñas y adolescentes, ya que existe una correlación significativa entre la maternidad temprana y bajas tasas de graduación de la secundaria y de entrada a la educación postsecundaria. Esto se debe a la incompatibilidad entre el estudio y las tareas de cuidado y mantenimiento del hogar del que se suelen ocupar las mujeres, lo cual responde a expectativas de género específicas. A su vez, las trayectorias educativas de las mujeres que son madres en la adolescencia se ven alteradas por riesgos y problemas de salud, tanto de la madre como de su hijo/a. Como resultado, este fenómeno restringe las oportunidades laborales futuras de las jóvenes madres (Azevedo & et. al., 2012).

Ser madre en la adolescencia duplica la probabilidad de discontinuidad escolar. En República Dominicana, datos de la ENHOGAR-2018 muestran que, del conjunto de adolescentes que asistía a la escuela o la universidad (74,8%), un tercio (33,5%) declaró que no pudo continuar asistiendo durante el embarazo de su primer/a hijo/a. A la vez, aproximadamente la mitad (48,7%) no regresó a estudiar a la escuela o la universidad después del nacimiento de su primer hijo/a.

Las razones más destacadas por las adolescentes para no seguir asistiendo a la escuela o la universidad fueron porque no contaban con una persona para dejar a la niña o niño (37,4%), porque era su primer embarazo (14,5%) y porque tenían que trabajar (6,7%) (ver figura 7).

FIGURA 7 –

MOTIVOS DE LA INTERRUPCIÓN DE ESTUDIOS FORMALES EN MUJERES DE 15-19 AÑOS DESPUÉS DEL NACIMIENTO DEL PRIMER/A HIJO/A, 2018

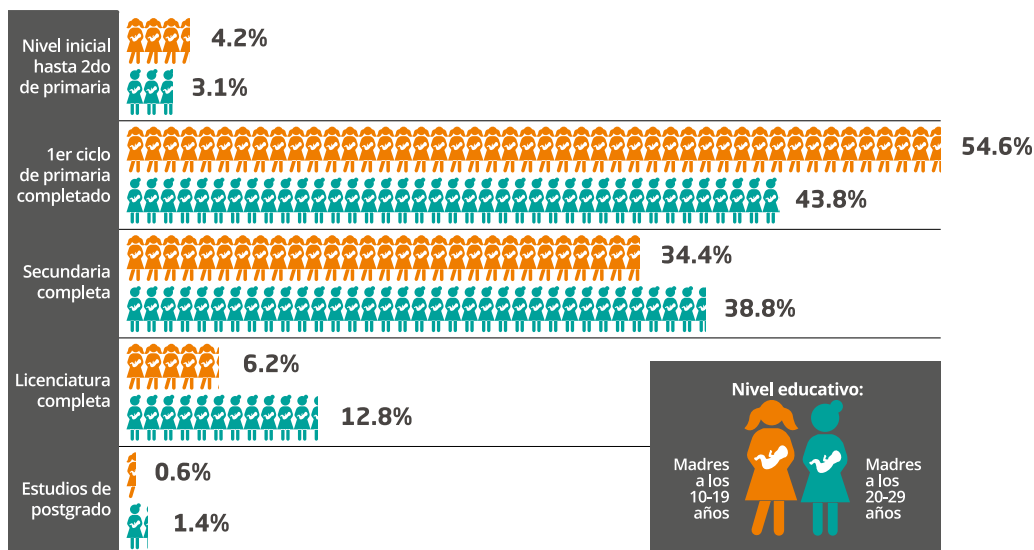


Fuente: UNFPA República Dominicana con datos de la ENHOGAR-2018 (ONE, 2018).

La probabilidad de que una madre temprana alcance un título universitario es la mitad que la registrada por una madre adulta. La interrupción en la trayectoria educativa de las mujeres que fueron madres en la adolescencia las lleva a acumular menos años en el sistema educativo que sus pares que tuvieron un hijo en la edad adulta. Según la ENCFT-2018, estas últimas tienen una mayor participación porcentual en los niveles educativos más altos, en comparación con sus pares que fueron madres en la adolescencia. **Mientras el 12,8% de quienes fueron madres adultas alcanzó licenciatura completa, solo el 6,2% de quienes fueron madres en la adolescencia alcanzó este nivel. Respecto al nivel de posgrado, mientras el 1,4% de quienes fueron madres en edad adulta alcanzó este nivel, solo el 0,6% de quienes lo fueron en la adolescencia lo logró. En contraste, quienes fueron madres en la adolescencia concentran su participación porcentual en los menores niveles educativos, puesto que el 54,6% de ellas tuvo como máximo logro educativo el primer ciclo de primaria (ver figura 8).**

FIGURA 8 –

PORCENTAJE DE JEFAS HOGAR DE 20-59 AÑOS, POR NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO, SEGÚN INICIO DE LA MATERNIDAD, 2018

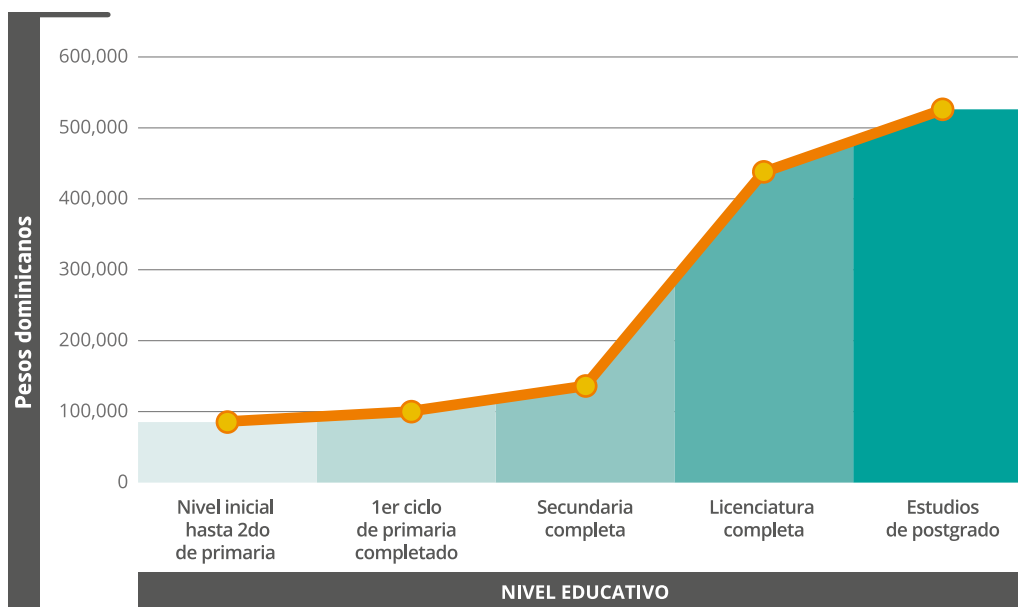


Fuente: UNFPA República Dominicana usando ENCFT-2018 (BCDR, 2018).

La educación formal no solo es importante para el desarrollo intelectual y emocional de las mujeres, sino que también afecta su acceso al mercado de trabajo y sus ingresos. La ENCFT-2018 confirmó que **los ingresos anuales promedio de las mujeres asalariadas de entre veinte y cincuenta y nueve años son más altos cuanto mayor sea el nivel educativo**. Esta relación es más evidente cuando las mujeres pasan de ser bachilleres a ser universitarias, puesto que los ingresos laborales de las mujeres que ingresaron a la universidad son, en promedio, tres veces más altos que las que solo alcanzaron primaria (ver figura 9).

FIGURA 9 –

INGRESO LABORAL ANUAL PROMEDIO DE LAS MUJERES DE 20-59 AÑOS (RD\$), 2018



Nota: Se tomó el ingreso de las asalariadas.

Fuente: UNFPA República Dominicana usando ENCFT-2018 (BCRD, 2018).

En total, el costo de oportunidad del embarazo en la adolescencia sobre la educación fue de 6,850,484,688 pesos dominicanos (US\$ 138,351,426) en 2018. Esta cifra se obtuvo a partir de estimar las brechas de escolarización entre los dos grupos de mujeres y sus respectivos ingresos laborales anuales. Si el Estado invirtiera en la reducción del embarazo en la adolescencia, las mujeres alcanzarían mejores niveles educativos y tendrían mejores ingresos ya que sus trayectorias educativas no se verían interrumpidas para realizar tareas de cuidado dentro de hogar.

1.2.2. Costo de oportunidad laboral vinculado al embarazo en la adolescencia

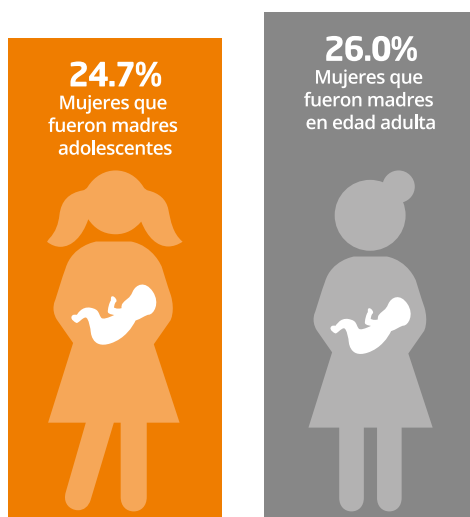
El embarazo en la adolescencia genera pérdidas económicas por una menor participación laboral de las mujeres. La evidencia revela que tener un hijo reduce el número de horas de trabajo remunerado (Gómez & Vázquez, 2011), y aumenta las horas de trabajo no remunerado. El hecho de que históricamente las mujeres participen más activamente en las tareas de cuidado que los varones, resulta en que “estas deben o bien excluirse del mercado laboral o bien enfrentar mayores dificultades que sus pares masculinos para conciliar trabajo productivo y reproductivo” (Batthyany, 2009). De esta forma, las mujeres que fueron madres en la adolescencia vivencian una incompatibilidad del empleo con el cuidado in-

fantil (UNFPA, 2019b). Además, este grupo también tiende a tener menos acumulación de capital humano si se lo compara con las mujeres que fueron madres en la vida adulta (INEI, 2006).

Es por esto que la metodología MILENA contempla la medición de las consecuencias del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana sobre la participación en el mercado laboral desde dos dimensiones específicas: disponibilidad para trabajar (medida a través de la tasa de inactividad laboral) (dimensión 2.1) y empleo (dimensión 2.2).

La tasa de inactividad laboral de las jefas de hogar que fueron madres en la adolescencia fue ligeramente inferior a la de aquellas que postergaron la maternidad a la primera década de la adultez (24,7% versus 26%, respectivamente) en el año 2018 (*ver figura 10*). Esta evidencia contrasta con la bibliografía especializada que afirma que las mujeres que fueron madres en la adolescencia son más propensas a permanecer inactivas económicamente con respecto a las madres adultas (UNFPA, 2019b) y con los hallazgos de los estudios en los que se aplicó la metodología MILENA en otros países de la región (UNFPA, 2020b). En conclusión, no se evidencia una pérdida económica o costo de oportunidad de la disponibilidad laboral generada por dicho fenómeno en la República Dominicana.

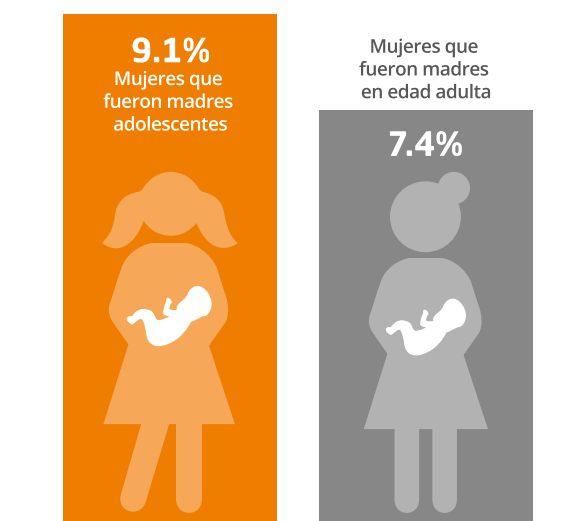
FIGURA 10 – TASA DE INACTIVIDAD LABORAL DE JEFAS DE HOGAR DE ENTRE 20 Y 59 AÑOS, SEGÚN LA EDAD EN LA QUE FUERON MADRES (2018)



Fuente: UNFPA República Dominicana usando ENCFT-2018 (BCRD, 2018).

Las madres tempranas jefas de hogar enfrentan niveles de desempleo 23,3% mayores que aquellas que lo fueron en la edad adulta. Como se observa en la figura 11, la tasa de desempleo de las mujeres que fueron madres en la adolescencia fue 9,1%, mientras el de las madres adultas fue de 7,4%, lo que se traduce en una diferencia de 1,7 puntos porcentuales (pp).

FIGURA 11 – TASA DE DESEMPLEO DE JEFAS DE HOGAR DE ENTRE 20 Y 59 AÑOS SEGÚN LA EDAD EN LA QUE FUERON MADRES (2018)



Fuente: UNFPA República Dominicana usando ENCFT-2018 (BCRD, 2018).

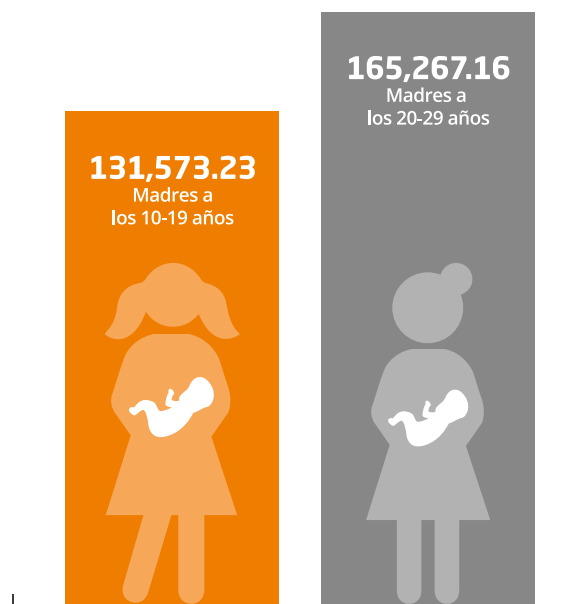
Se estima que el mayor desempleo de las madres tempranas generó un costo de oportunidad de embarazo en la adolescencia de RD\$ 1,137,511,287 (US\$ 22,973,018) (Ver detalle de cálculo en la sección 2.3.). Esta cifra es resultado de estimar las brechas de participación en el mercado laboral entre las mujeres que fueron madres en la adolescencia y aquellas que postergaron su maternidad a la vida adulta.

1.2.3. Costo de oportunidad de ingreso laboral vinculado al embarazo en la adolescencia

Las mujeres que tuvieron un hijo en su vida adulta perciben, en promedio, 20,4% más ingresos que aquellas que fueron madres en la adolescencia (ver figura 12). Esto resulta de la consecuencia combinada de una mayor propensión al desempleo y una menor acumulación de capital humano de estas últimas en comparación con aquellas que se convirtieron en madres en la adultez. Las cifras de la

ENCFT-2018 indican que los ingresos anuales asalariadas de las madres tempranas jefas de hogar fueron, en promedio RD\$ 131,573.00, mientras que para las madres adultas fueron RD\$ 165,267.16.

FIGURA 12 – INGRESO LABORAL ANUAL PROMEDIO DE LAS JEFAS DE HOGAR DE 20 A 59 AÑOS (DOP), SEGÚN INICIO DE LA MATERNIDAD, 2018



Fuente: UNFPA República Dominicana usando ENCFT-2018 (BCRD, 2018).





El costo de oportunidad del embarazo en la adolescencia sobre el ingreso laboral de las mujeres que fueron madres tempranas fue de 8,580,775,251 pesos dominicanos (US\$ 173,296,131) en el año 2018 (ver detalle de cálculo en la sección 2.4.). Esta cifra se obtuvo a partir de estimar las brechas de ingresos entre el grupo de mujeres que fueron madres en la adolescencia y quienes postergaron su maternidad.

1.2.4. Costo sanitario del embarazo en la adolescencia

Por registrar una mayor mortalidad materna y por involucrar la gestación y el parto de las adolescentes riesgos médicos mayores, el embarazo en la adolescencia involucra también costos sanitarios. La metodología MILENA considera estos costos contemplando los costos de oportunidad por los años de vida perdidos en forma prematura atribuibles a la mortalidad materna sumados a los costos asistenciales directos del cuidado y la atención sanitaria del embarazo, parto, puerperio y los recién nacidos de las madres adolescentes.

En el año 2018, fallecieron treinta y cinco adolescentes de diez a diecinueve años por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, según las cifras oficiales del Ministerio de Salud Pública (MSP). En consecuencia, la razón de mortalidad materna (RMM) para este grupo etario fue de 122.7 muertes por cada cien mil nacimientos (ONE, 2019). Dicha cifra supera la cantidad de muertes maternas de mujeres entre veinte y veintinueve años, cuya RMM fue de 90.6⁶ (ver figura 13).

FIGURA 13 – NÚMERO DE MUERTES MATERNAS POR CADA 100,000 NACIMIENTOS, SEGÚN EDAD DE LA MADRE AL MOMENTO DEL NACIMIENTO DEL HIJO O DE LA HIJA, 2008 Y PROMEDIO 2014-2018.

Año 2018	122.7	 MADRES DE 10-19 AÑOS
	90.6	 MADRES DE 20-29 AÑOS
Promedio entre 2014-2018	98.9	 MADRES DE 10-19 AÑOS
	96.9	 MADRES DE 20-29 AÑOS

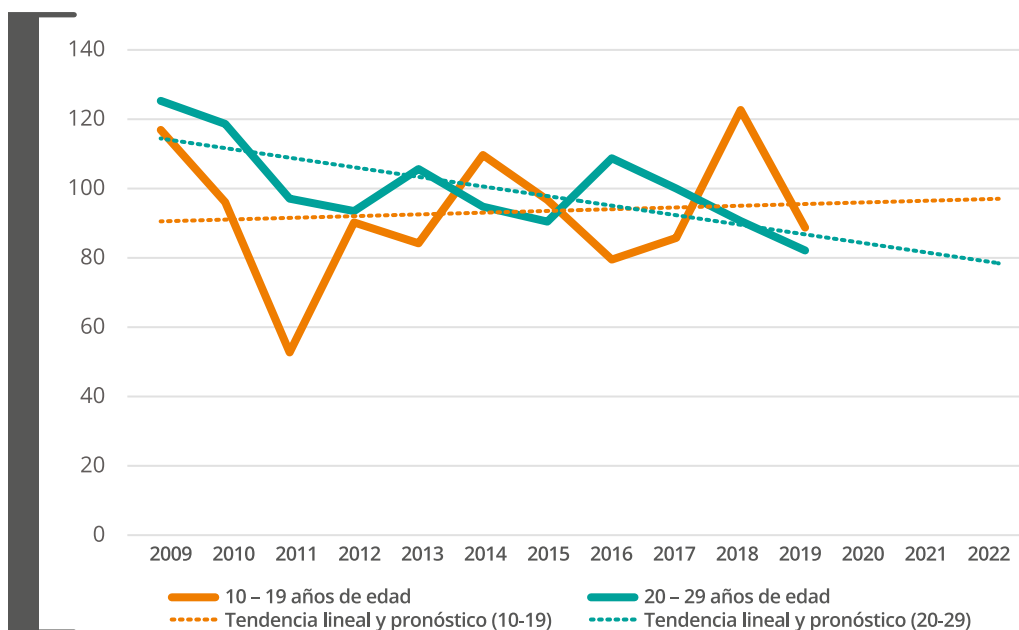
Fuente: UNFPA República Dominicana con datos del MSP (2019) y la ONE (2014).

Nota: También conocido como razón de mortalidad materna (RMM).

La proporción de muertes maternas en adolescentes ha permanecido estanca en la última década y no se proyectan cambios para el próximo año. Esto se diferencia de la tendencia que sigue la razón de mortalidad materna en mujeres de entre veinte y veintinueve años, la cual se espera que continúe decreciendo en los próximos tres años. Como se observa en la figura 14, si bien en el año 2009, la razón de mortalidad materna de las mujeres de entre veinte y veintinueve años era ligeramente superior a la de adolescentes, en la actualidad esta tendencia se ha revertido.

⁶ La RMM se calculó tomando el número de muertes maternas por grupo etario suministrado por el MSP (2019) y dividiéndolo por el número de nacimientos del grupo etario en cuestión que reporta la ONE (2019). Luego se multiplica todo por 100.000.

FIGURA 14 – NÚMERO DE MUERTES MATERNAS POR CADA 100,000 NACIMIENTOS, SEGÚN EDAD DE LA MADRE AL MOMENTO DEL NACIMIENTO DEL HIJO O DE LA HIJA, 2009-2019



Fuente: UNFPA República Dominicana con datos del MSP (2019) y la ONE (2014).

Nota: También conocido como razón de mortalidad materna.

La *tabla 3* desglosa las causas de las muertes maternas para el grupo etario de diez a diecinueve años entre los años 2014 y 2018. Las principales causas de muerte materna (durante embarazo, parto y puerperio) en la adolescencia fueron el edema, la proteinuria y los trastornos de hipertensión, teniendo lugar en el 33,6% de los casos.

TABLA 3 –

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUERTES MATERNAS PARA MUJERES DE 10-19 AÑOS, SEGÚN LA CAUSA DE MUERTE, 2014-2018

Causas de muertes maternas ⁷	2014	2015	2016	2017	2018	Promedio
Muertes maternas directas	81,1%	71,0%	87,0%	76,0%	77,1%	78,4%
Edema, proteinuria y trastornos hipertensión en el embarazo, parto y puerperio (O10-O16)	29,7%	16,1%	47,8%	40,0%	34,3%	33,6%
Embarazo terminado en aborto (O00-O08)	5,4%	9,7%	8,7%	20,0%	8,6%	10,5%
Hemorragia del ante parto, del parto y postparto (O20, O44-O46, O72)	8,1%	0,0%	0,0%	0,0%	8,6%	3,3%
Muerte obstétrica de causa no especificada (O95)	5,4%	3,2%	8,7%	4,0%	5,7%	5,4%
Otras complicaciones del embarazo y del parto (O21-O43, O60-O71, O73-O75)	2,7%	9,7%	8,7%	0,0%	0,0%	4,2%
Otras complicaciones del puerperio (O87-O92)	10,8%	16,1%	8,7%	4,0%	11,4%	10,2%
Sepsis y otras infecciones puerperales (O85-086)	18,9%	16,1%	4,3%	8,0%	8,6%	11,2%
Muertes maternas indirectas	18,9%	29,0%	13,0%	24,0%	22,9%	21,6%
Enfermedades del sistema respiratorio que complican el embarazo, el parto y el puerperio (O995)	10,8%	12,9%	0,0%	0,0%	5,7%	5,9%
Enfermedad por VIH, SIDA (O987)	0,0%	0,0%	4,3%	4,0%	0,0%	1,7%
Otras causas obstétricas indirectas (O98-O99)	8,1%	16,1%	8,7%	20,0%	17,1%	14,0%
Número de muertes	37	31	23	25	35	30,2

Fuente: UNFPA República Dominicana con base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) del Ministerio de Salud Pública (MSP) (2019).

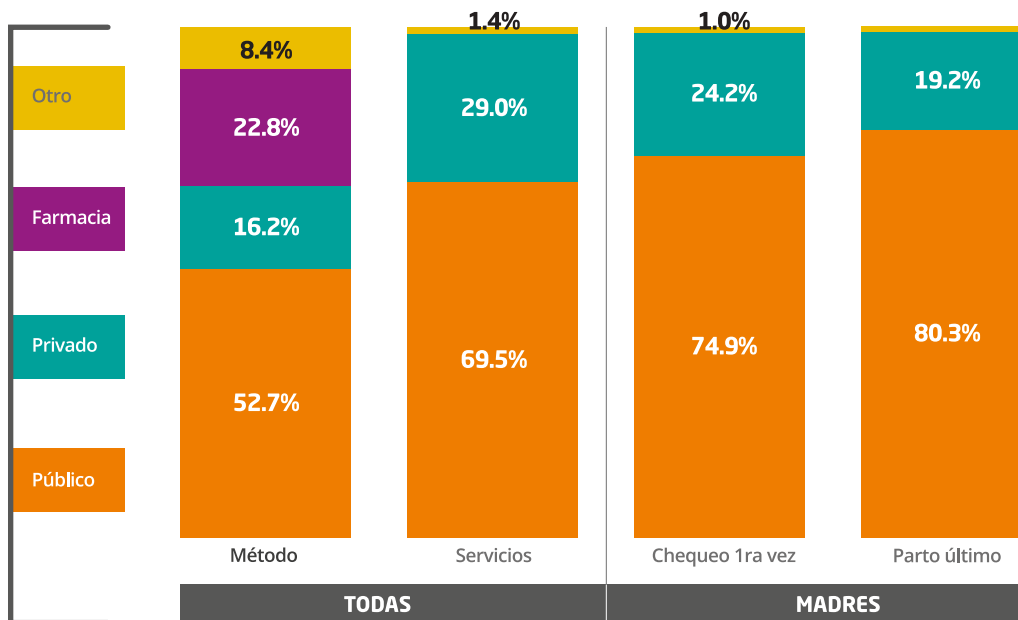
La pérdida social por la mortalidad materna en adolescentes fue de 193,412,645 pesos dominicanos (US\$ 3,906,135) en el año 2018. Esto es resultado de las treinta y cinco adolescentes fallecidas en 2018 por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio de quienes tenían, en promedio, 17.3 años de edad. Dado que, en ese mismo año, la esperanza de vida al nacer de las mujeres dominicanas era 77.2 años (Banco Mundial, 2018b), esas treinta y cinco muertes significaron 2,096.7 años potenciales de vida perdidos. Asimismo, supuso la pérdida de 1,470 años de vida productiva potencial, asumiendo que iniciarían a trabajar a los 18 años y se jubilarían a los sesenta años, tal y como lo contempla la legislación local.

A ello se debe añadir los costos directos del cuidado y la atención sanitaria del embarazo, parto, puerperio y los recién nacidos de las madres adolescentes. Según los datos de la ENHOGAR-2018, los centros de salud públicos son los principales proveedores de salud sexual y reproductiva para mujeres de entre quince y diecinueve años. En particular, el 80,3% de las mismas indicaron que el parto de su

7 Categorías retomadas de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la WHO.

último hijo fue en un hospital público (ver figura 15).

FIGURA 15 – DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE ENTRE 15 Y 19 AÑOS, SEGÚN EL TIPO DE SERVICIO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA UTILIZADO, 2018

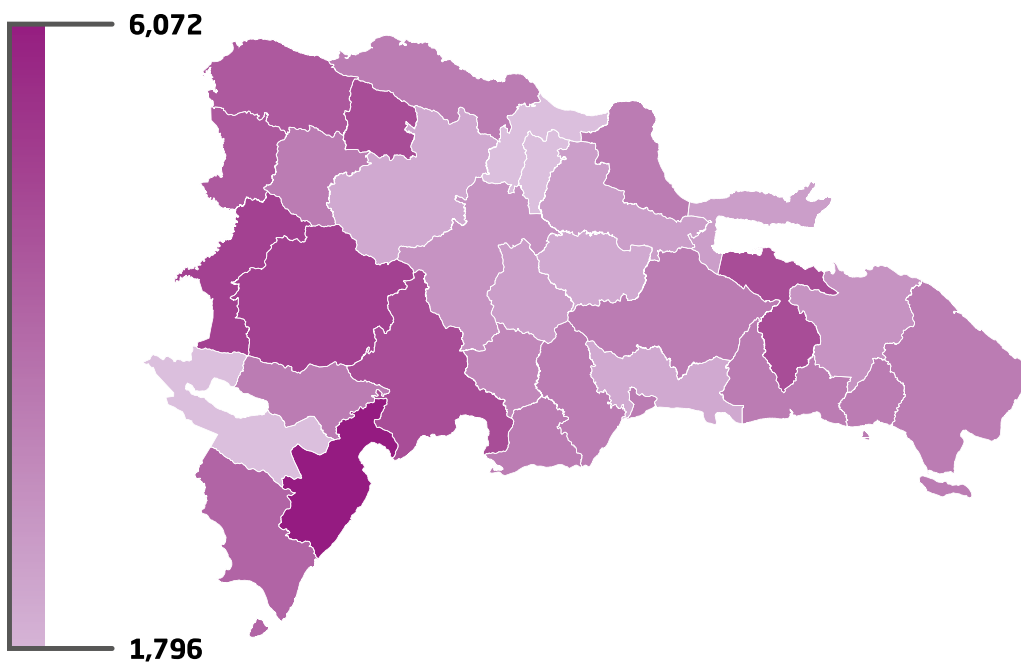


Fuente: UNFPA República Dominicana con datos de la ENHOGAR-2018 (ONE, 2018).

Según los datos del Servicio Nacional de Salud (SNS), en 2018 se registraron 30,001 partos asistidos en la red de hospitales públicos en adolescentes de diecinueve años o menos. Tal como muestra la figura 16, la zona fronteriza sur del país tuvo los mayores números de partos en centros públicos por cada cien mil mujeres de entre diez y diecinueve años, siendo las provincias de Barahona, San Juan y Elías Piña las regiones que concentran mayor densidad⁸.

⁸ Estas tres provincias se localizan en las dos regiones de desarrollo con las tasas de pobreza monetaria más altas del país (MEPYD & ONE, 2020).

FIGURA 16 – NÚMERO DE PARTOS EN CENTROS PÚBLICOS POR CADA 100,000 MUJERES DE 10-19 AÑOS DE EDAD, 2018



Fuente: UNFPA República Dominicana con datos del SNS (2019) y ONE (2014).

En 2018, el gasto total en salud debido al embarazo en la adolescencia en República Dominicana fue de 1,053,851,122 pesos dominicanos (US\$ 21,283,42). Esta cifra se obtuvo tomando como referencia el modelo de estimación de costos en salud sexual y reproductiva de UNFPA (2018). El mismo integra cinco grandes rubros: I) los cuidados prenatales y durante el parto, II) los partos, III) las complicaciones obstétricas, IV) otras afecciones de la maternidad, y V) las intervenciones por recién nacido.

Los valores del modelo se estimaron usando los registros del Seguro Familiar de Salud (SFS) provisto por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SI-SALRIL), tanto para el régimen subsidiado como para el régimen contributivo. Se consideró como proxy del costo de atención el monto promedio pagado por la Administradora de Riesgos de Salud (ARS) a las prestadoras de salud por servicios otorgados a la afiliada. Para conocer el número de adolescentes atendidas, se tomó como referencia el número de afiliadas atendidas en las líneas de atención sanitaria que contempla el modelo y se proyectaron los casos faltantes asumiendo cobertura nacional de seguros médicos para las adolescentes de diez a diecinueve años.

1.2.5. Costo fiscal del embarazo en la adolescencia en términos de renuncia sobre los ingresos nacionales

Como consecuencia de los menores ingresos de las madres tempranas, en 2018, el Estado dejó de recaudar 1,185,508,725 pesos dominicanos (US\$23,942,368) a través del Impuesto al Valor Agregado (IVA) y el Impuestos sobre la Renta (ISR). Como se evidenció en las secciones anteriores, las madres tempranas registran mayores niveles de desempleo y generan menos ingresos laborales en comparación con las mujeres que fueron madres en la primera década de su vida adulta. En consecuencia, consumen menos bienes y servicios y pagan menos Impuestos al Valor Agregado (IVA). A la vez, les corresponde pagar menos Impuestos sobre la Renta (ISR).

Para estimar el impacto del embarazo en la adolescencia sobre la recaudación de IVA, se partió desde la agregación de los costos de oportunidad de la disponibilidad laboral, del empleo y del ingreso laboral⁹, cifra que ascendió a 3,652 millones de pesos dominicanos (US\$73 millones) en el año 2018. Este monto representa la pérdida total de ingresos que dejaron de percibir las jefas de hogar que fueron madres tempranas solo en 2018. Luego se expandió esta cifra incluyendo a todos los hogares dominicanos. Como resultado, el costo de oportunidad productiva total atribuido al embarazo en la adolescencia fue estimado en 9,718 millones de pesos dominicanos (US\$196 millones), en 2018.

A partir de estimar el costo de oportunidad del embarazo en la adolescencia sobre el empleo y el ingreso laboral, se calculó que el Estado deja de recaudar 341 millones de pesos dominicanos (US\$6.9 millones) por conceptos de IVA. Esta cifra resulta de calcular la proporción de ingresos que las mujeres destinan a consumo gravable por este impuesto. En el caso dominicano, se tomó el Impuesto sobre Transferencia de Bienes y Servicios (ITBIS) que equivale a 18% (DGII, 2020) como impuesto asimilable al IVA. La Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH-2007) reveló que el 52% de los gastos de los hogares no están exentos de ITBIS (OECD, 2013; ONE, 2007). Al incluir a todos los hogares, es decir, los que tienen jefatura femenina y los que no, esta cifra ascendió a 909 millones de pesos dominicanos (US\$18.3 millones).

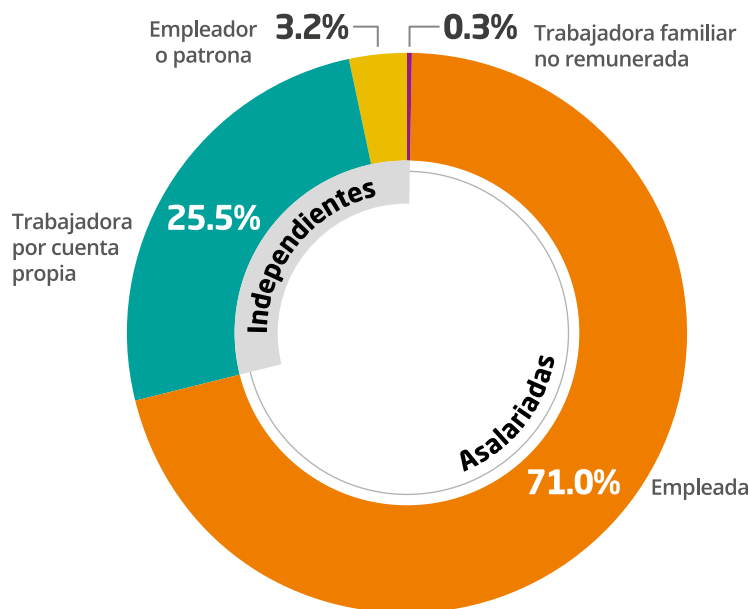
Para estimar el costo de oportunidad del embarazo en la adolescencia sobre la recaudación de ISR, se discriminó por tipo de ocupación¹⁰. El ISR es un impuesto progresivo, el monto gravable aumenta a medida que crece el nivel de renta de la

9 No se incorpora el costo de oportunidad de la educación ya que los ingresos laborales por nivel educativo se capturan de manera general a través del costo de oportunidad de los ingresos (UNFPA, 2018). Además, dado que no se encontró un costo de oportunidad de la disponibilidad laboral en República Dominicana, este costo fue excluido.

10 Las trabajadoras por cuenta propia son las únicas consideradas en el cómputo del costo de oportunidad sobre la recaudación de ISR para las personas físicas independientes.

persona física. A los asalariados se aplica una tasa creciente en función del ingreso, más una cuota fija. En el año 2018, el 71% de las mujeres que fueron madres en la adolescencia y que estaban empleadas, ejercían en alguna institución, empresa u hogar privado. Por ello pagaron ISR como trabajadoras asalariadas. De modo que al remanente de las madres adolescentes ocupadas (29%), se les debió retener ISR como trabajadoras independientes (ver figura 17).

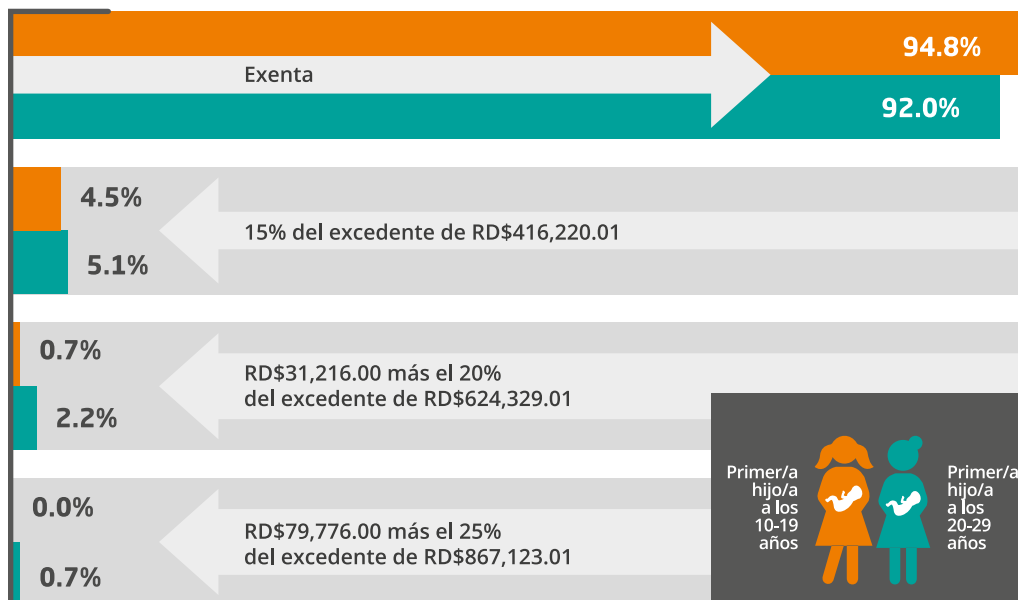
FIGURA 17 – PORCENTAJE DE JEFAS DE HOGAR OCUPADAS DE ENTRE 20 Y 59 AÑOS QUE FUERON MADRES EN LA ADOLESCENCIA, SEGÚN EL TIPO DE TRABAJO PRINCIPAL, 2018



Fuente: UNFPA República Dominicana con datos de la ENCFT 2018 (BCRD, 2018).

Dado el piso gravable de la República Dominicana, aproximadamente el 92% de los asalariados están exentos del pago del ISR (OECD, 2013). Considerando los datos de 2018, esta cifra coincide con el porcentaje de mujeres que pagaron ISR y que fueron madres en la adolescencia. Sin embargo, el porcentaje de mujeres que fueron madres adultas y pagaron ISR es mayor (94,8%) (ver figura 18). Por lo tanto, si la brecha salarial entre ambos grupos de madres asalariadas se cerrara, es decir, si se redujeran los embarazos en la adolescencia, los ingresos laborales de las madres asalariadas aumentarían 20,39%, y también el Estado percibiría 60 millones de pesos dominicanos (US\$1.2 millones) adicionales en concepto de recaudación de ISR. Al expandir este cálculo a la totalidad de los hogares dominicanos la cifra aumenta a 161 millones de pesos dominicanos (US\$3.2 millones).

FIGURA 18 – DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS JEFAS DE HOGAR ASALARIADAS DE 20-59 AÑOS POR TASA DE IMPUESTO SOBRE LA RENTA QUE LE CORRESPONDE PAGAR, SEGÚN EDAD DE SU PRIMER HIJO, 2018



Fuente: UNFPA República Dominicana con datos de la ENCFT 2018 (BCRD, 2018) y DGII (2018).

Además, en 2018, 25,5% de todas las madres tempranas eran trabajadoras por cuenta propia (independientes). Si se redujeran las cifras de embarazo en la adolescencia, el ingreso total de las mujeres trabajadoras por cuenta propia aumentaría un 10,88%, es decir, 43 millones de pesos dominicanos (871,000 dólares estadounidenses). Considerando todos los hogares, este monto sube a 114 millones de pesos dominicanos (2.3 millones de dólares estadounidenses).

La pérdida de ingresos fiscales por ISR debido al embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana (que resulta de la brecha de ingreso entre asalariadas e independientes) fue de 103 millones de pesos dominicanos (2 millones de dólares estadounidenses), en el año 2018. Al tomar en cuenta a todos los hogares esta pérdida queda estimada en 275 millones de pesos dominicanos (5.5 millones de dólares estadounidenses).

En total, el Estado dejó de percibir aproximadamente 445 millones de pesos dominicanos (8 millones de dólares estadounidenses) por recaudaciones no percibidas por IVA e ISR en 2018 si se tienen en cuenta solo los hogares con jefatura femenina. Si se extienden estas cifras a todos los hogares, las pérdidas de ingresos fiscales potenciales alcanzó los 1,185 millones de pesos dominicanos (23 millones

de dólares estadounidenses) para el mismo año¹¹ (ver detalles de los cálculos en la sección 2.6).

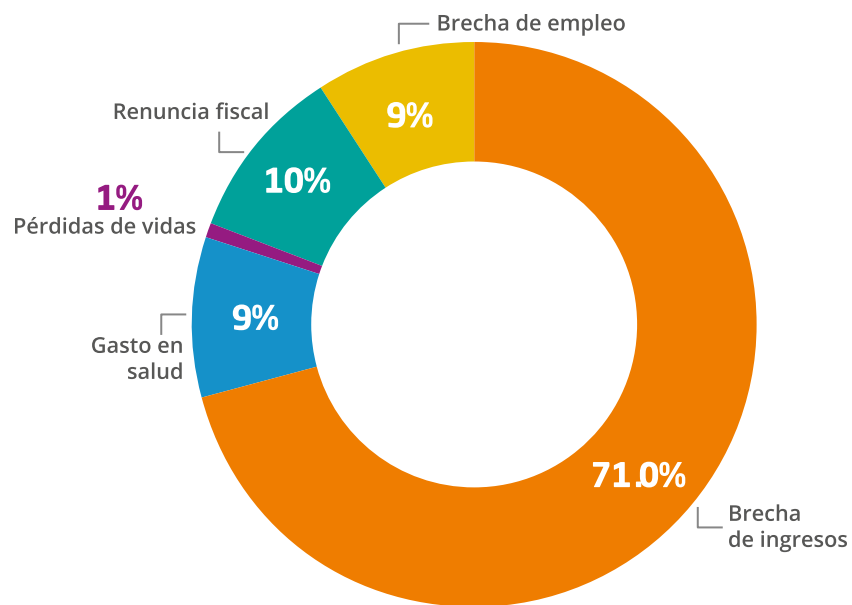
Para frenar las pérdidas de ingresos potenciales por recaudación fiscal, es necesaria la creación de políticas que apunten a reducir las tasas de embarazo en la adolescencia y sus efectos negativos. La sociedad en su conjunto podría beneficiarse si el Estado invirtiera en minimizar las pérdidas ocasionadas por el embarazo en la adolescencia, aprovechando las oportunidades del bono demográfico e impulsando el desarrollo del país.

¿Cuál es el impacto económico total del embarazo en la adolescencia en República Dominicana?

El impacto total del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana en República Dominicana en 2018 ascendió a RD\$ 12,151,000,000 (US\$ 245,000,000). Este valor incluye, por un lado, los costos de oportunidad para las madres en términos de sus ingresos: costos de oportunidad en el empleo (RD\$ 1,137,511,287 = US\$ 22,973,018) y en el diferencial de ingresos (RD\$ 8,580,775,251 = US\$ 173,296,131). A su vez, incluye el gasto en salud por la atención del embarazo, parto y puerperio en adolescentes (RD\$ 1,053,851,122 = US\$ 21,283,429) y la pérdida social por muertes maternas en adolescentes (RD\$ 193,412,645 = US\$ 3,906,135). Por último, el cálculo considera la renuncia fiscal del Estado en términos de los recursos que el fisco deja de percibir por concepto del impuesto al valor agregado, IVA, e impuestos directos como el impuesto a la renta (RD\$ 1,185,508,725 = US\$ 23,942,368). En la *figura 19* se presenta la composición del impacto total del embarazo en la adolescencia para República Dominicana en 2018.

11 La pérdida de recaudación por IVA y por ISR que se presenta en este estudio no representa la totalidad del impacto fiscal del embarazo en la adolescencia sobre esta dimensión. A esta cifra debe agregarse el costo por pérdida de los impuestos a las ganancias o la riqueza, que no se relevan en las encuestas de hogares.

FIGURA 19 – COMPOSICIÓN DEL COSTO DE OPORTUNIDAD DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA PARA REPÚBLICA DOMINICANA. 2018



Fuente: UNFPA República Dominicana (2021).

TABLA 3 –

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUERTES MATERNAS PARA MUJERES DE 10-19 AÑOS, SEGÚN LA CAUSA DE MUERTE, 2014-2018.

Costo de Oportunidad (Co)	Pesos Dominicanos de 2018 (Dop)	Dólares de 2018 (Usd)	Porcentaje
CO Educativo (COEdu)	\$ 6.850.484.688	\$ 138.351.426	
CO del empleo (COE)	\$ 1.137.511.287	\$ 22.973.018	9%
CO del ingreso laboral (COI)	\$ 8.580.775.251	\$ 173.296.131	71%
CO Total de la actividad productiva (COE+COI)	\$ 9.718.286.538	\$ 196.269.149	80%
Pérdida social productiva por la mortalidad materna en adolescentes (PSMMA)	\$ 193.412.645	\$ 3.906.135	1%
Gastos de la atención en salud del embarazo adolescente (GS)	\$ 1.053.851.122	\$ 21.283.429	9%
Ingresos fiscales no percibidos por impuestos de IVA e ISR (IFNPI)	\$ 1.185.508.725	\$ 23.942.368	10%
Impacto global en la sociedad y el Estado (COTotal + PSMMA + GS + IFNPI)	\$ 12.151.059.030	\$ 245.401.080	100%

Fuente: UNFPA República Dominicana (2021).

Observación: El Costo de Oportunidad Educativo no se suma porque el mismo ya está imputado en el Costo de Oportunidad de la brecha de empleo y de ingresos laborales.

El impacto económico agregado del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana en República Dominicana puede ser interpretada de la siguiente manera: toda la economía del país, todos sus trabajadores, sus empresas e instituciones públicas y privadas deberían dedicar un día de la producción cada año para cubrir ese costo de oportunidad. A esa comparación se le suma que casi el 90% del costo de oportunidad del embarazo adolescente recae sobre las madres tempranas y sus hijos.

1.3. ¿Qué ha estado haciendo República Dominicana para reducir el embarazo en la adolescencia?

El Estado dominicano ha venido implementando una serie de medidas para la prevención del embarazo en la adolescencia que pueden explicar la reducción de la tasa específica de fecundidad de adolescentes (TEFA) desde el año 2000. Mapear las políticas estatales para contener dicho fenómeno y comprender sus objetivos y alcances, lo que permitirá identificar las acciones faltantes para acelerar su reducción y evitar sus consecuencias socioeconómicas. Entre las principales iniciativas y leyes promulgadas en la República Dominicana, se destacan las siguientes:

La Ley General de Salud (Ley 42-01), promulgada en el año 2001, aborda el tema del embarazo en la adolescencia en el Capítulo V, refiriéndose a la salud en grupos prioritarios, detallando en el Artículo 31, Acápites g, que *“el Estado debe velar por el desarrollo integral de la niñez y los adolescentes mediante programas especializados para prevenir el embarazo en esa etapa del desarrollo”* (Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, 2001).

Asimismo, la Ley 136-03 del Código para el Sistema de Protección de los Derechos Fundamentales de los Niños, Niñas y Adolescentes, establece en el Párrafo III, Art. 30, que: *“El Estado fortalecerá los programas de atención dirigidos a las mujeres y los hombres en la edad de procreación, a fin de que tomen conciencia de la planificación familiar y de la responsabilidad materna y paterna mediante campañas de educación y de divulgación”* (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2010).

El Plan Decenal de Salud 2006-2015 (PLANDES), en su Objetivo Estratégico 3 “Función de Salud Colectiva. Prevención y control de problemas prioritarios de salud”, incluye un indicador del resultado referido al desarrollo de redes programáticas (nacionales, provinciales y locales) focalizadas en la prevención y control, señalando de manera específica en el acápite a, la salud reproductiva, con énfasis en mortalidad materna e infantil y en el embarazo en adolescentes (Cepal, UNFPA, & ONE, 2017).

En el año 2007, el Plan Nacional de Igualdad y Equidad de Género 2007- 2017 (PLANEG II), promovido por el Ministerio de la Mujer de la República Dominicana, expresó en el Tema Nacional 5 “Favorecer el acceso y control de las mujeres a bienes y servicios de calidad”, en el objetivo nacional “El acceso, la cobertura y la calidad de servicios para las mujeres se han mejorado, en particular los de salud sexual y salud reproductiva”.

Por otra parte, el Plan Estratégico Nacional para la Salud Integral de Adolescentes (PENSIA, 2010-2015), reúne varias normativas que abarcan de forma directa el tema del embarazo durante la adolescencia. La número 21 indica que se deben analizar las conductas de riesgo de embarazos e infecciones de transmisión sexual

de los y las adolescentes que acuden a los servicios de salud integral. Además, la Normativa 35 y 36 establece que *“el personal médico y de enfermería deberán realizar la consulta sobre anticoncepción y planificación familiar, atendiendo a la demanda de las y los adolescentes”*.

El plan también se establece que los y las adolescentes están en situación de riesgo con respecto a la anticoncepción, por componer una población de alto riesgo al embarazo no planificado, al aborto, y a sus secuelas. Por esta razón se enfatiza el imperativo de que estén en condiciones de utilizar cualquier método anticonceptivo, a fin de retrasar el primer embarazo y se instauran las normas que deben ser implementadas por el personal sanitario que atiende a esos adolescentes. Igualmente, la Normativa 36 abarca temas referentes a la consulta prenatal y postnatal de adolescentes.

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

Finalmente, la Estrategia Nacional de Desarrollo (END 2030), en su objetivo 2.2.1 se propone *“Garantizar el derecho de la población al acceso a un modelo de atención integral con calidad, que privilegie la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, mediante la consolidación del Sistema Nacional de Salud”* (2017, p. 5), describe de manera específica en la línea de acción 2.2.1.2 que se deben fortalecer los servicios de salud colectiva relacionados con los eventos de cada ciclo de vida, focalizados en salud sexual y reproductiva, y atendiendo las diferencias de cada sexo y la prevención de embarazos en adolescentes y de enfermedades transmisibles, entre otras; en colaboración con las autoridades locales y las comunidades (Cepal, UNFPA, & ONE, 2017).

En el año 2019, se promulgó el Plan Nacional de Igualdad y Equidad de Género 2019 (PLANEG III) (Ministerio de la Mujer de la República Dominicana, 2019), el cual explica que *“entre los factores que retrasan el desarrollo humano están la fecundidad en adolescentes y la mortalidad materna; ambos conforman la dimensión de salud reproductiva del Índice de Desigualdad de Género, que evidencia las repercusiones negativas que esta tiene para el desarrollo de las mujeres”*. Asimismo, en el Tema 2: Salud

integral de las mujeres, Componente 2.4: garantía de derechos y respuesta efectiva para la reducción de problemas prioritarios de salud de las mujeres, la línea de acción 2.4.4 establece: “Implementar la Política Nacional para la Reducción del Embarazo en Adolescente, 2019-2021, que asegure el enfoque de igualdad de género y derechos humanos, sexuales y reproductivos en su ejecución” (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2010).

Con la persistencia del embarazo adolescente y la necesidad de extender los esfuerzos, el Estado dominicano, en coordinación con la Vicepresidencia de la República, estableció la necesidad de elaborar un nuevo Plan Nacional para la Reducción de Embarazos en Adolescentes (PREA) 2019-2023. Este plan establece estrategias y líneas de acción en relación a la prevención, atención, protección de la población adolescente y la promoción de la incidencia política para la disminución del embarazo en adolescente por parte de los y las titulares de obligación del sector gubernamental, de responsabilidad del sector no gubernamental y de la cooperación internacional con el involucramiento de las personas adolescentes como titulares de derechos, la comunidad y las organizaciones de base comunitaria a nivel territorial (Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales, 2019).

Asimismo, en mayo 2019, el Ministerio de Salud Pública puso en vigencia el documento marco “Alianza Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil”, como instrumento político de toda la estructura del Sistema Nacional de Salud, en el cual se establecen como acciones claves, intervenciones para la prevención y reducción del embarazo en adolescentes. Plantea el abordaje de la salud integral de adolescentes como prioridad, con énfasis en el acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva que dispongan de métodos anticonceptivos de larga duración e incorporen la consejería para su efectiva utilización.

1.4. La propuesta del UNFPA: recomendaciones de políticas para prevenir el embarazo en la adolescencia en República Dominicana

Dada la situación invariable del embarazo en adolescentes en el país, se recomienda impulsar acciones urgentes que permitan dinamizar el camino para revertir sus efectos negativos. Se propone impulsar iniciativas que sirvan como aceleradores en la prevención y reducción de los embarazos a temprana edad. Los aceleradores son acciones urgentes requeridas para catalizar el avance y logro dentro de cada eje de intervención -salud integral, asegurar el acceso a consejería y anticoncepción con un enfoque en el derecho a la libre elección informada, información, educación integral en sexualidad de acuerdo a los estándares internacionales, protección contra la violencia y abusos sexuales, e incidencia política y comunitaria-, enfatizando la urgencia en la acción, las políticas y los programas.

Atendiendo a la realidad multidimensional que favorece el embarazo en la adolescencia, las iniciativas propuestas se fundamentan en el modelo ecológico de intervención. Dicho modelo parte de la premisa de que los eventos en las trayectorias vitales están influenciados por determinantes en múltiples niveles como el individual, familiar y comunitario, entre otros. Por lo tanto, para reducir sus riesgos, es necesaria la acción en distintos niveles que se presentarán a continuación.

ACELERADOR 1: Proveer a los y las adolescentes servicios integrales y de calidad, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva.

OBJETIVO: Ampliar la cobertura y calidad de la oferta de servicios para adolescentes en el primer nivel de atención. Esto será con base en los estándares internacionales que garanticen el acceso a consejería en salud sexual y salud reproductiva, y a métodos anticonceptivos modernos, incluidos los de larga duración reversibles en el marco del derecho a la libre elección informada; con el fin de prevenir los embarazos no intencionales.

La estrategia se basa en asegurar servicios de salud integrales especialmente para adolescentes, a partir del cumplimiento de estándares de calidad. El Modelo de atención integral en salud de adolescentes hace referencia a servicios preventivos y asistenciales, basados en la interinstitucionalidad y el trabajo en redes, con una fuerte alianza con actores sociales y comunitarios, centros educativos y servicios de salud para asegurar el acceso a la consejería y métodos anticonceptivos de manera oportuna. La mejora de la calidad impulsada por estándares tiene como objetivo alcanzar una cobertura efectiva, definida como una cobertura alta y equitativa de

servicios de salud de calidad. Los estándares hacen explícita la calidad requerida, proveen una referencia clara a partir de la cual se puede evaluar/comparar la calidad y proveen un punto de entrada para identificar qué falta y las acciones que se deben realizar, por tanto, pone el acento en los planes de mejora. Se comprende como un proceso sistemático, donde todos los niveles de salud que participan contribuyen para mejorar la calidad.

Esta iniciativa, incluida en la Guía para la Atención Integral en Salud de Personas Adolescentes (Ministerio de Salud Pública, 2019), se basa en la propuesta del Fondo de Población de las Naciones Unidas, de la necesidad de instalar los Estándares de Calidad para mejorar el acceso universal y la calidad y cobertura universal a los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes en América Latina y el Caribe para apoyar la disponibilidad, el acceso, la aceptabilidad y el uso de los servicios de salud sexual y reproductiva para y por adolescentes en la región, la cual se fundamenta en los estándares globales de OMS.

ACELERADOR 2: Empoderar adolescentes varones y mujeres sobre autocuidado y prevención de prácticas de riesgo con educación integral de la sexualidad dentro y fuera de la escuela.

OBJETIVO: Promover el empoderamiento de adolescentes y de su entorno directo para la toma de decisiones informadas en un marco de garantía y ejercicio pleno de derechos, considerando las diferencias y las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad.

El derecho a acceder a una educación integral de la sexualidad está basado en uno de los derechos humanos fundamentales y representa un medio de capacitación de los adolescentes y jóvenes para proteger su salud, su bienestar y su dignidad (UNFPA, 2014)¹².

La educación integral en sexualidad (EIS)¹³ (UNFPA, 2018) es un proceso que se basa en un currículo basado en los estándares internacionales para enseñar y aprender acerca de los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad. Su objetivo es preparar a los niños, niñas y jóvenes con conocimientos, habilidades, actitudes y valores que les empoderarán para: realizar su salud, bienestar y dignidad; desarrollar relaciones sociales y sexuales respetuosas; considerar cómo sus elecciones afectan su propio bienestar y el de los demás; y entender cuáles son sus

¹² Directrices operacionales del Unfpa para la educación integral de la sexualidad, 2014.

¹³ Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad, 2018 (UNFPA, OMS, ONUSIDA, ONUMUJERES y UNESCO).

derechos a lo largo de la vida y asegurarse de protegerlos. Existen pruebas significativas del impacto de la educación en sexualidad sobre el comportamiento sexual y la salud. Los datos ponen de relieve que:

- La educación en sexualidad tiene efectos positivos, entre ellos un aumento del accionamiento de los y las jóvenes y una mejora de su actitud en lo que respecta a la salud y los comportamientos sexuales y reproductivos.
- La educación en sexualidad, tanto en la escuela como fuera de ella, no aumenta la actividad sexual, el comportamiento sexual de riesgo o los índices de ITS y VIH.
- Se ha demostrado que los programas que promueven únicamente la abstinencia no tienen ningún efecto en el retraso de la iniciación sexual ni en la reducción de la frecuencia de las relaciones sexuales o el número de parejas sexuales, mientras que los programas que combinan el retraso de la actividad sexual con el uso de preservativos u otros métodos anticonceptivos resultan eficaces.
- Los programas “centrados en el género” tienen una eficacia considerablemente superior a la de los programas que no integran consideraciones de género a la hora de alcanzar resultados en materia de salud como la reducción de los índices de embarazos no planeados o de ITS.
- La educación en sexualidad logra mejores resultados cuando los programas escolares se complementan con la participación de padres y docentes, de los institutos pedagógicos y los servicios de salud pensados para los y las jóvenes.

ACELERADOR 3: Reducir prácticas nocivas como la violencia en el noviazgo, los abusos sexuales y las uniones tempranas.

OBJETIVO: Garantizar la mejora e implementación de los instrumentos legales y herramientas estandarizadas de protección de los derechos de niños, niñas y adolescentes; así como la necesaria persecución de los delitos que atentan contra la dignidad e integridad de las niñas y adolescentes, en el marco de los derechos humanos y la equidad de género.

Reducir las prácticas nocivas como la violencia, el sexo forzado y las uniones tempranas asegurará que los perfiles de población que viven estas prácticas, que son mayormente niñas y adolescentes, mejoren su calidad y proyecto de vida, aporten a la vida económica y política del país y el Estado incremente su gobernabilidad democrática y compromiso con el desarrollo y vida plena de todas las personas que viven y transitan por territorio dominicano.

En el *Plan Estratégico por una Vida Libre de Violencia para las Mujeres* se consignaron cinco ejes de acción que contribuirán con la disminución de las prácticas nocivas: 1) Prevención integral; 2) Atención integral; 3) Persecución y sanción; 4) Reparación integral; y 5) Marco legal y normativo. En el aspecto preventivo se identifican líneas de trabajo para abordar lo cultural, a partir del diseño y desarrollo de estrategias de educación y comunicación masiva. Esto implica también el fortalecimiento y expansión de iniciativas probadas, como la de empoderamiento de niñas y adolescentes “Clubes de Chicas Fabricando Sueños”; la de comunicación sobre prevención de la violencia en el noviazgo “Amore’ Sin Violencia”; y la de información sobre bienestar, salud, derechos y salud sexual y reproductiva “Web PlaneApp”.

El segundo eje apunta a la consolidación del sistema integrado de atención, protección y apoyo a los casos de violencia contra mujeres, adolescentes y niñas, a través del fortalecimiento de la articulación intersectorial e interinstitucional, para lograr protocolos, instrumentos y herramientas estandarizados, servicios disponibles las veinticuatro horas y atención de calidad.

En materia de persecución y sanción se trabaja por el fortalecimiento del sistema para reducir la impunidad, mediante la creación de mecanismos de seguimiento y monitoreo. En cuanto a la reparación, la primera acción propuesta es diseñar e implementar un programa integral que articule los mecanismos públicos que prestan estos servicios. A esto le sigue el compromiso de fortalecer y ampliar los programas y servicios de protección social para propiciar la inclusión de las víctimas.

Las acciones en el aspecto legal incluyen el fortalecimiento del enfoque de género en la agenda legislativa, la aprobación del *Proyecto de ley orgánica integral de prevención, atención, persecución, sanción y reparación para la erradicación de la violencia contra las mujeres* y la implementación del marco jurídico para la erradicación del matrimonio infantil y las uniones tempranas, entre otras medidas.

ACELERADOR 4: Comprometer al liderazgo político con la generación de cambios en las normas y prácticas culturales que propicien el respeto a una vida digna y el desarrollo del pleno potencial de las personas adolescentes.

OBJETIVO: Garantizar el diseño, la implementación y el seguimiento integral e interinstitucional de políticas públicas dirigidas a la transformación de las normas y prácticas culturales, para contribuir a la reducción del embarazo en adolescentes.

Este acelerador prevé la ejecución de acciones de incidencia política como la disseminación de información clave sobre el presente documento, presentada en diferentes soportes y dirigida a tomadores y tomadoras de decisiones. Otras acciones estratégicas son las sesiones de diálogo político en distintos niveles y las conver-

saciones multisectoriales y a nivel territorial sobre tópicos pendientes como la inclusión oficial de la educación integral de la sexualidad en la educación primaria y secundaria.

También es necesario establecer consejos consultivos y comités de seguimiento nacionales y locales, así como alianzas con instituciones claves, para coordinar procesos académicos y de socialización e impulsar las modificaciones requeridas en los marcos legales.

ACELERADOR 5: Sensibilizar a las comunidades, las familias y las juventudes para propiciar cambios en las normas y prácticas culturales que influyen en la persistencia del embarazo en adolescentes.

OBJETIVO: Garantizar procesos de información, educación y comunicación en el ámbito comunitario, incluyendo el empoderamiento de las comunidades, las familias y las juventudes y la transformación de actitudes y prácticas para generar cambios de las normas sociales, culturales, y de género que favorezcan la reducción del embarazo en adolescentes.

El embarazo en adolescentes está muy asociado a las expectativas y limitaciones impuestas a las mujeres desde muy temprana edad a través de una cultura patriarcal, requiriendo que las acciones de fortalecimiento de servicios de salud, educación y protección se complementen con estrategias que permitan cuestionar las normas de género existentes, para transformarlas y que permitan transitar hacia una adultez en condiciones de igualdad, para el disfrute de una vida digna, plena y con mayores oportunidades para las y los adolescentes.

Para acelerar la reducción de embarazos y uniones tempranas es preciso abordar de manera simultánea todos los niveles del marco socioecológico, mediante la elaboración y ejecución de intervenciones que crucen, por un lado, con la adecuación de los marcos legales que garanticen el pleno ejercicio de los derechos a vivir una vida sana y digna; así como también asegurar y comprometer la participación de las familias y comunidades, los medios de comunicación y todo el entorno que interviene en la construcción de imaginarios, normas, actitudes y prácticas para la prevención de los embarazos en adolescentes y poner fin a los matrimonios y las uniones tempranas.

Zonas priorizadas para las intervenciones

Las iniciativas e intervenciones que tengan como fin reducir el embarazo en adolescentes deben tener alcance nacional, pero se trabajarán intervenciones específicas en territorios priorizados.

Atendiendo a los tamaños de las poblaciones de mujeres entre diez y diecinueve años de edad en cada municipio, al total de esta población a nivel nacional, y a la cantidad de nacimientos registrados para madres de diecinueve años o menor edad, a nivel municipal y nacional¹⁴, encontramos que:

- Santo Domingo Este, Santiago de los Caballeros, Distrito Nacional, Santo Domingo Norte y Santo Domingo Oeste son los municipios que más aportan nacimientos registrados para madres de diecinueve años o menores de edad. Todos estos municipios se encuentran dos desviaciones estándar por encima del promedio general, y entre los cinco aportan el 33% de los nacimientos mencionados.
- Le siguen, en orden de importancia, Higüey, San Cristóbal, Los Alcarrizos, Puerto Plata, San Francisco, San Juan, Baní y San Pedro, encontrándose todos a una desviación estándar por encima del promedio general.
- Entre los ciento cincuenta y cinco municipios para los cuales se encontró información, los trece mencionados en los puntos anteriores aportan el 54% de los nacimientos registrados a nivel nacional para madres de diecinueve años o menores de edad.
- Es importante considerar que, de acuerdo a la lógica de acelerar la prevención y reducción de embarazos en adolescentes y de generar cambios tangibles a nivel nacional, la densidad poblacional es un factor de peso en los municipios ya señalados. Consecuentemente, las localidades con menos densidad y con mayor ruralidad podrían estar subrepresentadas. No obstante, considerando que existen algunos municipios previamente identificados con altas proporciones de madres adolescentes en los cuales ya se están llevando a cabo intervenciones y donde se cuenta con condiciones e infraestructura para apoyar el aceleramiento, se propone incluir a los municipios de Barahona y Azua¹⁵. De igual manera, atendiendo a diferentes condiciones socioeconómicas, incluyendo niveles de

¹⁴ Los cálculos se realizaron utilizando los datos disponibles en el portal de la Oficina Nacional de Estadística, en los ficheros titulados “Población total estimada y proyectada por año calendario, región, provincia y municipio según sexo y grupos quinquenales de edad 2015-2020” y “Nacimientos registrados por grupo de edad de la madre según municipio”. Los mismos fueron consultados en línea en septiembre de 2020 (<http://one.gob.do>). Con estas fuentes, se procedió a calcular el total de mujeres de diez a diecinueve años de edad en cada municipio, el peso relativo de cada municipio contra el total nacional de mujeres en las edades de interés, y consiguientemente, los municipios con mayor concentración de mujeres de diez a diecinueve años. De igual manera y a partir del segundo fichero, se realizaron cálculos similares pero atendiendo a nacimientos registrados para mujeres de diecinueve años o menor edad en cada municipio, el total nacional de los mismos, el peso relativo de cada municipio contra el total nacional, y los municipios con mayor concentración de nacimientos registrados para mujeres de diecinueve años o menor edad. Se realizaron cálculos adicionales y diferentes cruces de datos para identificar los municipios que más aportan al total nacional de nacimientos registrados para mujeres de diecinueve años o menores edad, y también para identificar los municipios con mayor concentración de madres adolescentes en relación al total municipal de mujeres en los rangos etarios de interés.

¹⁵ Para más información, consultar estudio Tendencias, patrones y determinantes de la fecundidad adolescente en la República Dominicana, ONE-UNFPA (2017).

pobreza y otros indicadores, se han incluido los municipios de Dajabón, Haina y Boca Chica. En el mismo sentido, es importante considerar que la provincia de San Juan es la de mayor concentración de madres adolescentes, y se propone incluir los municipios de El Cercado y Las Matas de Farfán.

- Atendiendo a las características sociales, económicas y demográficas de estos veinte municipios, las intervenciones propuestas para los mismos representan una apuesta estratégica en la reducción del embarazo en adolescentes en la República Dominicana.

TABLA 4 –

MUNICIPIOS PRIORIZADOS SEGÚN PESO POBLACIONAL MUJERES DE 10 A 19 AÑOS DE EDAD

Provincia	Municipio	Cantidad de mujeres de 10 a 19 años de edad	% de la población nacional de mujeres 10-19 años	Nacimientos registrados para madres de 19 años o menor edad	% del total nacional de nacimientos registrados para madres de 19 años o menor edad	Relación mujeres de 19 años o menos y nacimientos registrados en el municipio	% hogares en condición de pobreza	% hogares en condición de pobreza extrema
Santo Domingo	Santo Domingo Este	104.388	5,81%	3,861	9,08%	3,70%	26,4%	4,9%
Santiago	Santiago de los Caballeros	63.886	3,56%	3,678	8,65%	5,76%	29,9%	5,1%
Distrito Nacional	Santo Domingo de Guzmán	85.486	4,76%	3,024	7,12%	3,54%	26,7%	4,7%
Santo Domingo	Santo Domingo Norte	62.816	3,50%	2,099	4,94%	3,34%	40,8%	8,7%
Santo Domingo	Santo Domingo Oeste	39.891	2,22%	1,523	3,58%	3,82%	25,8%	3,6%
La Altagracia	Higüey	28.839	1,61%	1,370	3,22%	4,75%	50,7%	15,8%
San Cristóbal	San Cristóbal	24.958	1,39%	1,249	2,94%	5,00%	32,9%	5,4%
Santo Domingo	Los Alcarrizos	32.943	1,83%	1,233	2,90%	3,74%	42,6%	9,2%
Puerto Plata	Puerto Plata	14.000	0,78%	1,036	2,44%	7,38%	32,6%	6,9%
Duarte	San Francisco de Macorís	16.685	0,93%	1,034	2,43%	6,20%	35,7%	5,7%
San Juan	San Juan	10.971	0,61%	1,013	2,38%	9,23%	58,8%	21,8%
Peravia	Baní	15.656	0,87%	978	2,30%	6,25%	48,0%	11,8%
San Pedro de Macorís	San Pedro de Macorís	18.952	1,05%	943	2,22%	4,98%	41,5%	7,4%
Barahona	Barahona	8.619	0,48%	663	1,56%	7,69%	58,3%	20,7%
Azua	Azua	9.255	0,52%	491	1,16%	5,31%	59,8%	18,6%
San Cristóbal	Bajos de Haina	13.367	0,74%	556	1,31%	4,16%	27,8%	3,6%
Santo Domingo	Boca Chica	17.789	0,99%	519	1,22%	2,92%	42,6%	11,8%
Dajabón	Dajabón	2.895	0,16%	222	0,52%	7,67%	49,1%	11,6%
San Juan	El Cercado	1.733	0,10%	196	0,46%	11,31%	77,6%	37,3%
San Juan	Las Matas de Farfán	3.745	0,21%	311	0,73%	8,30%	62,7%	23,3%

Fuentes: Proyecciones Poblacionales (ONE), Estadísticas Vitales 2013 (ONE), Mapa de la Pobreza 2014 (MEPYD).

SECCIÓN 2.

**Memoria de cálculo de la
aplicación de la metodología
MILENA en *República Dominicana***



2.1. Definición de la población de estudio

Las estimaciones de los costos de oportunidad del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana siguieron la Metodología de Impacto del Embarazo Adolescente en América Latina (MILENA 1.0), desarrollada por UNFPA LACRO. MILENA propone comparar la situación socioeconómica de dos grupos de madres de entre veinte y cincuenta y nueve años¹⁶ al momento de ser encuestadas: uno conformado por aquellas que fueron madres en la adolescencia (entre los diez y los diecinueve años), desde ahora Grupo 1 o MHA, y el otro por mujeres que tuvieron su primer/a hijo/a en la primera década de su vida adulta (veinte a veintinueve años), desde ahora Grupo 2 o MHM. Este último constituye el grupo comparación (UNFPA, 2018).

La fuente principal de información utilizada en esta investigación fue la Encuesta Nacional Continua de Fuerza de Trabajo (ENCFT) para el año 2018, que aplica el Banco Central de la República Dominicana (BCDR). La ENCFT recoge información sobre ingreso, educación, participación laboral y otras características de los miembros de hogar. Una limitación de la ENCFT es que solo reporta el parentesco del jefe o de la jefa de hogar con los demás miembros que viven con él o ella, por lo que los datos que arroja solo permitieron identificar como madres a aquellas mujeres que cumplen con dicha característica. Contemplar únicamente este tipo de hogar conduciría a obviar al 62,4% de los hogares dominicanos que son dirigidos por hombres, los que además pueden ser más propensos a que residan mujeres que fueron madres tempranas, dada la dependencia económica que tiende a provocar la fecundidad temprana (UNFPA, 2020c).

Es por esto que los efectos de este sesgo se controlaron al multiplicar por 2.66 los resultados para cada dimensión, cifra que permite extender los resultados a todos los hogares, bajo el supuesto de que aquellos con jefatura masculina se comportan de igual forma que los contemplados por la ENCFT.

Por otro lado, la edad a la cuál las jefas de hogar se convirtieron en madres se determinó de manera indirecta a través de la edad del hijo o de la hija mayor que reside con ellas¹⁷.

De este modo, los dos grupos de análisis fueron los siguientes:

- **Grupo 1 o MHA:** jefas de hogar de veinte a cincuenta y nueve años que tuvieron su primer/a hijo/a en la adolescencia, es decir, entre los diez y los diecinueve años de edad.

16 En República Dominicana, el derecho a la jubilación por vejez se adquiere a partir de los 60 años (Art. 45 de la Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social).

17 Esto puede generar sesgo en los resultados del estudio, ya que puede arrojar datos inexactos sobre la edad de inicio de la maternidad para las madres cuyos hijos residen fuera del hogar.

- **Grupo 2 o MHM:** jefas de hogar de veinte a cincuenta y nueve años que tuvieron su primer/a hijo/a ya maduras en la primera década de su vida adulta, es decir, entre los veinte y veintinueve años de edad.

La *tabla 5* presenta la distribución poblacional de las jefas de hogar de veinte a cincuenta y nueve años que eran madres, según la edad que tenían cuando nació su primer/a hijo/a (que aún residía con ellas) para el año 2018¹⁸. De acuerdo con las cifras de la ENCFT-2018, el Grupo 1 o MHA representó un cuarto (26%) de todas las jefas de hogar de veinte a cincuenta y nueve años con hijos e hijas. En contraste, el Grupo 2 o MHM conformó el 57,5% de ese mismo grupo. El restante (16,5%) se convirtió en madre por primera vez con treinta años de edad o más. Así, ambos grupos de investigación contienen el 83,5% de todas las madres jefas de hogar que sus hijos viven con ellas (ver *tabla 4*).

TABLA 5 –

DISTRIBUCIÓN DE LAS JEFAS DE HOGAR DE 20-59 AÑOS, SEGÚN LA EDAD EN QUE TUVIERON SU PRIMER/A HIJO/A, 2018.

Edad que se convirtió en madre	Porcentaje
<10	0,0%
10-14	1,5%
15-19	24,5%
20-24	36,4%
25-29	21,1%
>29	16,5%
Todas	100,0%

Nota: Se aproximó la edad del inicio de la maternidad a través de la edad del hijo o de la hija mayor que vive en el hogar.

Fuente: UNFPA República Dominicana usando ENCFT-2018 (BCRD, 2018).

El diseño muestral de la ENCFT es trimestral y encuesta, dentro de un año fiscal, al 80% de las viviendas comunes de la muestra durante dos trimestres consecutivos y al 20% en el mismo trimestre en dos años contiguos (BCRD, 2014). Por tanto, los resultados presentados en este estudio constituyen el promedio de los valores trimestrales, de manera que los efectos estacionales se anulen. Al mismo tiempo, todas las estadísticas exhibidas están ponderadas por el factor de expansión muestral, con el fin de obtener estimaciones poblacionales.

¹⁸ En el cálculo de los promedios de los ingresos laborales, se obvió a las mujeres que tienen ingresos iguales a 0.

Asimismo, se respetaron las definiciones del Banco Central (BCRD) en relación con los indicadores laborales. En el caso de los ingresos laborales, se asumió que mensualmente éstos no variaron dentro de un trimestre. Por tal motivo, se triplicaron los ingresos mensuales de las actividades principal y secundaria de las asalariadas, para obtener así los ingresos laborales trimestrales. Luego, se promediaron tales ingresos trimestrales entre todas las asalariadas ponderando por sus factores de expansión, cuya sumatoria constituye el ingreso laboral anual del grupo en cuestión. Similarmente, la categorización de las mujeres ocupadas, desempleadas e inactivas proviene de la clasificación hecha por el BCRD en la ENCFT-2018.

También, se utilizaron datos del Ministerio de Salud Pública (MSP), la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) y la Dirección General de Impuestos Internos (DGII) para las dimensiones de salud e ingresos fiscales. A la vez, los costos de oportunidad del EA y la MT calculados se expresan nominalmente, tanto en pesos dominicanos como en dólares estadounidenses. Para las conversiones de peso a dólar, se utilizó el promedio anual del tipo de cambio del dólar de referencia del mercado spot que reporta el BCRD (BCRD, 2020).

2.2. Estimación de la dimensión de educación

El siguiente apartado explica la metodología aplicada para estimar el costo de oportunidad educativo vinculado al embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana. Con el fin de que la cuantificación de este costo sea comparable a nivel internacional, MILENA sugiere simplificar la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE) de la UNESCO y adaptarla al contexto local (UNFPA, 2018). Para tales fines, se equiparó la CINE con el Marco Nacional de Cualificaciones de la República Dominicana (MNC RD)¹⁹ y la correspondiente recategorización propuesta por MILENA 1.0.

A partir de ese marco de referencia y la estructura de los datos de la ENCFT, se estableció la clasificación de los niveles educativos empleados en la aplicación de MILENA en la República Dominicana, como se especifica en la tabla 6. La educación postsecundaria no terciaria y terciaria de ciclo corto no fue considerada, puesto que la ENCFT no provee suficiente información para diferenciar entre los distintos tipos de técnicos en el país. No obstante, se incluyó la población que completó

¹⁹ Instrumento consensuado acerca de la clasificación de las cualificaciones educativas en RD (Jiménez, 2017).

desde algún año de educación inicial hasta los dos primeros años de la primaria, en virtud de que representan un grupo importante a nivel nacional.

TABLA 6 –

EQUIVALENCIAS DE LAS CATEGORÍAS PARA LOS NIVELES EDUCATIVOS SEGÚN CINE, MNC RD, MILENA 1.0 Y MILENA 1.0 REPÚBLICA DOMINICANA.

Clasificador internacional CINE		MNC RD		Recategorización MILENA 1.0		MILENA 1.0 República Dominicana	
k	Descripción	k	Descripción	k	Descripción	k	Descripción
0	Educación de la primera infancia	0	Educación inicial	0	-	0	Algún año de educación inicial hasta segundo grado de primaria completo
1	Educación primaria	1	Diploma de Educación Primaria (6to de Primaria)	1	Educación primaria	1	Primer ciclo de primaria completo (3ro de primaria)
2	Primer ciclo de secundaria o segundo ciclo de la educación básica	2	Diploma de Secundaria Baja (3ro de Secundaria)	2	Educación secundaria	2	Secundaria completa (6to de secundaria)
3	Segundo ciclo de secundaria	3	Bachiller	3	Educación terciaria de ciclo corto		
4	Post-secundaria no terciaria	4	Maestro Técnico (I)				
5	Educación terciaria de ciclo corto	5	Maestro Técnico (I) y Técnico superior	4	Educación universitaria	3	Licenciatura o equivalente completa ²⁰
6	Grado en educación terciaria o nivel equivalente	6	Licenciatura	5	Estudios de postgrado		
7	Maestría, especialización o equivalente	7	Maestría, Especialidad, Especialidad Médica	8		4	Algún año de estudio de postgrado
8	Nivel de doctorado o equivalente	8	Doctor				

Fuente: UNFPA República Dominicana con base a la información UNFPA (2018), Jiménez (2017) y ENCFT-2018 (BCRD, 2018).

²⁰ Esto es al menos cuatro años completados de una carrera universitaria.

MILENA parte de la hipótesis de que existen brechas de escolarización entre las mujeres que fueron madres en la adolescencia (MHA) y aquellas que postergaron la maternidad a la adultez (MHM). De manera concreta, esas brechas educativas están dadas por:

$$\beta S_{kt}^{edu} = m_{kt} - ma_{kt}$$

Donde,

$m_{kt} = M_{kt}/M_t$: Tasa de mujeres MHM con el nivel educativo k .

$ma_{kt} = MA_{kt}/MA_t$: Tasa de mujeres MHA con el nivel educativo k .

M_{kt} : Número de mujeres MHM con nivel educativo k .

M_t : Número de mujeres MHM con algún año educativo completado.

MA_{kt} : Número de mujeres MHA con nivel educativo k .

MA_t : Número de mujeres MHA con algún año educativo completado.

Las estimaciones obtenidas para las tasas de mujeres por nivel educativo, según la clasificación MILENA 1.0 República Dominicana, y las correspondientes brechas de escolarización para el año 2018 se muestran en la *tabla 7*. Como se observa, las jefas de hogar que tuvieron su primero/a hijo/a en la primera década de su vida adulta (MHM) acumulan más años de estudios formales que sus pares que se convirtieron en madres entre los 10 y 19 años (MHA). Por ejemplo, el 53,06% de las MHM completaron la secundaria, mientras apenas lo hizo el 41,19% de las MHA en el año 2018. Esto podría suponer menos ingresos para las MHA, ya que los ingresos laborales aumentan, en promedio, a mayor el nivel educativo (*ver tabla 6*).

TABLA 7 –

TASAS EDUCATIVAS E INGRESOS LABORALES ANUALES DE JEFAS HOGAR DE 20-59 AÑOS CON ALGÚN AÑO DE ESTUDIO COMPLETADO POR NIVEL EDUCATIVO E INICIO DE LA MATERNIDAD, 2018.

Nivel educativo k	Madres a los 20-29 años (m_{k2018})	Madres a los 10-19 años (ma_{k2018})	Brechas educativas (βS_{k2018}^{edu})	Ingresos laborales anuales promedios (DOP) (Sf_{k2018})	$(\beta S_{k2018}^{edu}) * (Sf_{k2018})$
0 - Algún año de educación inicial hasta segundo grado de primaria completo	3,13%	4,17%	-1,04 pp	85.337,48	-884,99
1 - Primer ciclo de primaria completa	43,81%	54,64%	-10,83 pp	99.042,01	-10.728,34
2 - Secundaria completa	38,85%	34,38%	4,47 pp	135.565,06	6.063,51
3 - Licenciatura completa	12,84%	6,17%	6,67 pp	438.089,01	29.202,35
4 - Algún año de postgrado completo	1,37%	0,64%	0,73 pp	526.137,66	3.843,67
Total	100,00%	100,00%			27.496,20

Nota: Se aproximó la edad del inicio de la maternidad a través de la edad del hijo o de la hija mayor que vive en el hogar.

Fuente: UNFPA República Dominicana usando ENCFT 2018 (BCRD, 2018).

Dadas las brechas de escolarización y los respectivos ingresos laborales²¹ anuales por nivel educativo, se calculó el costo de oportunidad de la educación debido al EA y MT ($COEdu$), el cual viene dado por:

$$COEdu_T = \left[\sum_{k=0}^4 (m_{kt} - ma_{kt}) * Sf_{kt} \right] * MA_t * tof_t$$

$$COEdu_T = \left[\sum_{k=0}^4 \beta S_{kt}^{edu} * Sf_{kt} \right] * MA_t * tof_t$$

21 En el cálculo de los promedios de los ingresos laborales, se obvió a las mujeres que tienen ingresos iguales a 0.

Donde,

Sf_{kt} : Ingreso laboral anual promedio en mujeres para el nivel educativo k .

tof_t : Tasa específica de ocupación en mujeres.

En el año 2018, el $COEdu$ se estimó en 2,574,605,330 pesos dominicanos, puesto que:

MA_{2018} : 158,000

tof_{2018} : 0.5915

$$\begin{aligned} COEdu_{2018} &= 27,549 * 158,000 * 0.5915 \\ COEdu_{2018} &= RD\$ 2,574,605,330 \end{aligned}$$

A la vez, este monto fue equivalente a 51,897,859.90 dólares estadounidenses, ya que el promedio anual del tipo de cambio del dólar que reporta el BCDR²² fue de 49.5151 en el año 2018.

$$COEdu_{2018} = \frac{2,574,605,330}{49.5151}$$

Los montos anteriores solo toman en cuenta a mujeres que son jefas de hogar. No obstante, como se explicó en la sección 2.1, los datos de la ENCFT-2018 revelan que solo el 37,58% de los 3.28 millones de hogares dominicanos tienen jefatura femenina. Si se asume que los hogares dirigidos por hombres se comportan igual (aunque en estos también hay mujeres con actividad económica), entonces el costo de oportunidad educativo del EA debería ser 2.66 veces mayor al estimado, en vista de que:

$$pMA_{hm} = \frac{1}{thf} = \frac{1}{0.3758} = 2.66$$

Donde,

pMA_{hm} : mujeres de 20-59 años que fueron madres a los 10-19 años residentes en hogares con jefatura masculina como proporción de las que viven en hogares con jefatura femenina

thf : tasa de hogares con jefatura femenina

²² Específicamente, se refiere promedio simple del tipo de cambio diario del dólar de referencia del mercado spot durante el año 2018 (BCDR, 2020).

Otra forma de ver esto es que, en hogares con jefatura femenina, el 13,11% tiene como jefa a una mujer de veinte a cincuenta y nueve años que tuvo a su hijo/a mayor que vive con ella antes de cumplir los veinte años (cifras de la ENCFT-2018). Si se mantiene el supuesto de que esto también ocurre en los 2.05 millones de hogares liderados por hombres, entonces existen al menos 268,734 mujeres adicionales en edades de veinte a cincuenta y nueve años fueron madres adolescentes. Agregándolas a las 161,811 MHA, la República Dominicana tiene 430,545 mujeres de veinte a cincuenta y nueve años que experimentaron la maternidad temprana²³. Esto es 2.66 veces mayor que las MHA con las que se estimó el anterior, puesto que:

$$pMA_{hm} = \frac{(H * t_{hm} * PMA_{hf}) + MHA}{MHA}$$

Donde,

H: número de hogares

t_{hm}: tasa de hogares con jefatura masculina

PMA_{hf}: tasa de mujeres en edades de veinte a cincuenta y nueve años que fueron madres entre los diez y los diecinueve años en hogares con jefatura femenina

MHA: número de jefas de hogar de veinte a cincuenta y nueve años que tuvo su primer/a hijo/a entre los diez y los diecinueve años.

Los valores de estos indicadores en 2018 fueron equivalentes a:

$$pMA_{hm} = \frac{(3,284,059 * 0.6242 * 0.1311) + 161,811}{161,811}$$

$$pMA_{hm} = \frac{268,734 + 161,811}{161,811} = \frac{430,545}{161,811} = 2.66079$$

Por ende, si se considera los hogares con jefatura masculina, el costo de oportunidad educativo vinculado al EA (*COEdu*) alcanzó, solo en 2018, los 6,837,506,398.59 pesos dominicanos o 138,089,318.18 dólares estadounidenses.

²³ Este número todavía subestima el total de mujeres de veinte a cincuenta y nueve años que se convirtió en madre entre los diez y los diecinueve años, puesto que se partió de la proporción de jefas de hogar que fueron madres adolescentes y aun en esos hogares puede haber otra mujer (distinta a la jefa de hogar) que también fue madre adolescente. En adición, los hogares con jefatura masculina pueden ser más propensos a que residan mujeres que fueron madres tempranas, dada la dependencia económica que tiende a provocar la fecundidad temprana (UNFPA, 2020c).

$$COEdu_{2018} = RD\$ 2,574,605,330 * 2.66$$

$$COEdu_{2018} = - RD\$ 6,850,484,688$$

$$COEdu_{2018} = RD\$ 2,574,605,330 * 2.66$$

$$COEdu_{2018} = - RD\$ 6,850,484,688$$

2.3. Estimación de la dimensión de participación laboral

Esta sección expone el proceso de cálculo del costo de oportunidad laboral vinculado al EA y la MT. La metodología MILENA 1.0 contempla la medición de dicho costo desde dos dimensiones específicas: la actividad o disponibilidad laboral (dimensión 2.1) y el empleo (dimensión 2.2). Esto se debe a la propia clasificación laboral de la población establecida por los sistemas nacionales de estadísticas.

Como se observa en la *figura 20*, la población en edad para trabajar se divide en dos grupos. Por un lado, la población económicamente activa compuestas por empleados y desempleados. Por otro lado, la población económicamente inactiva que la componen personas que no pueden, no necesitan o no están interesadas en realizar una actividad remunerada en el mercado laboral. Por ende, si se toma solo el desempleo no se visibiliza parte del efecto del EA y la MT sobre la participación laboral (UNFPA, 2018).

Con base en la clasificación laboral de la población (*ver figura 20*), se computaron las siguientes tasas laborales relevantes para la valorización de la dimensión de participación laboral:

$$\text{Tasa de inactividad } (ti) = PEI/PET$$

$$\text{Tasa de ocupación o empleo } (to) = O/PET$$

$$\text{Tasa de desempleo o de paro } (td) = Do/PEA$$

En el marco de la dimensión de actividad o disponibilidad laboral, se presupone que existe una brecha positiva en las tasas de inactividad laboral entre las mujeres que tuvieron su primer/a hijo/a en la adolescencia (MHA) y las mujeres que iniciaron la maternidad en edad adulta (MHM). Dicha brecha está dada por:

$$\beta_{at} = \frac{(tif_t^{ma} - tif_t^*)}{tif_t^*}$$

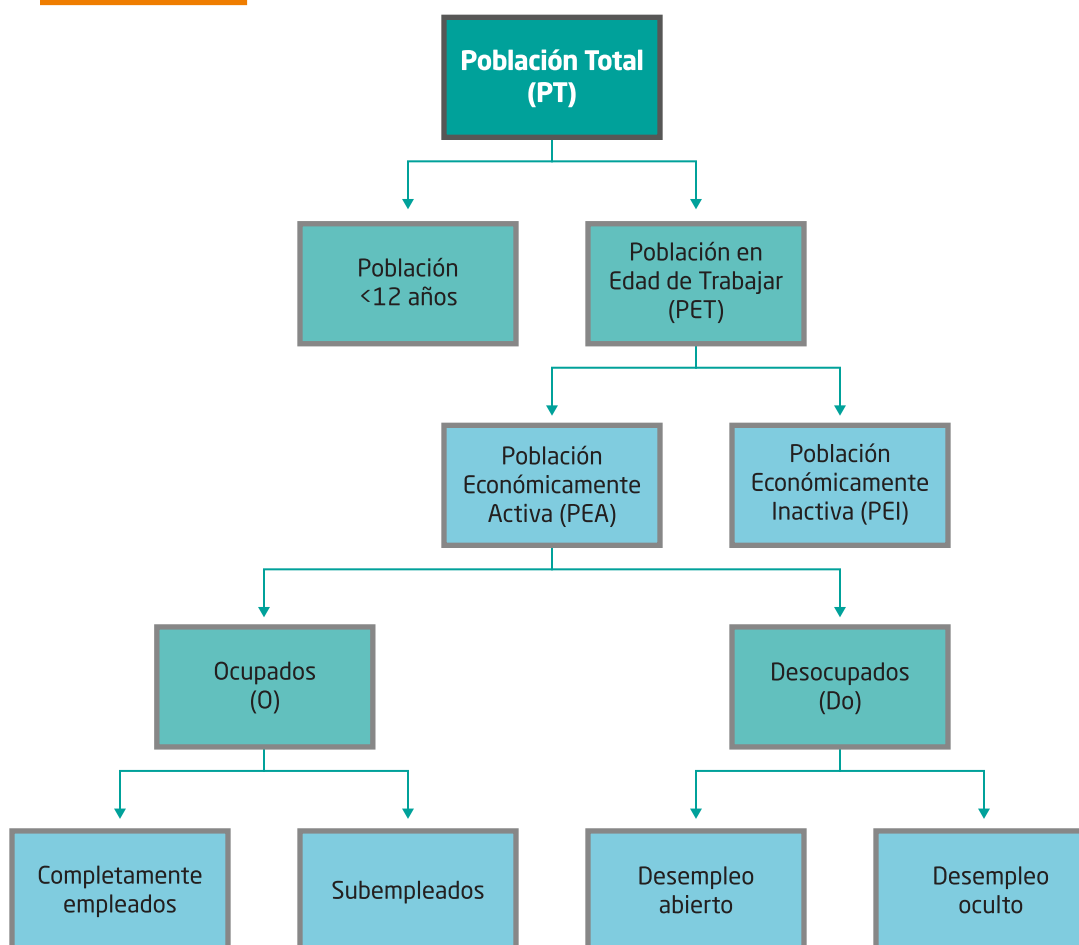
Donde,

tif_t^{ma} : Tasa específica de inactividad de mujeres MHA.

tif_t^* : Tasa específica de inactividad de mujeres MHM.

FIGURA 20 –

CLASIFICACIÓN LABORAL DE LA POBLACIÓN.



Fuente: Elaboración propia con base en UNFPA (2018) y ENCFT 2018 (BCRD, 2018).

En el año 2018, esta brecha fue equivalente -0.0494, en vista de que:

tif_{2018}^{ma} : 0.2472

tif_{2018}^* : 0.2600

$$\beta a_{2018} = \frac{(0.2472 - 0.2600)}{0.2600} = -0.0494$$

Esto indica que, contrario a lo esperado, las jefas de hogar dominicanas que fueron madres adolescentes son 4,94% menos propensas estar inactivas laboralmente que las jefas de hogar que se convirtieron en madres en la primera década de su vida adulta. Esto se puede explicar porque las mismas se ven más expuestas a ingresar tempranamente al mercado laboral y obtienen empleos de menor calidad, como resultado de menores logros educativos (en comparación con las mujeres que fueron madres en la adultez). Por consiguiente, se puede concluir que la República Dominicana no tiene un costo de oportunidad de la disponibilidad laboral debido al EA y la MT (COD).

Por otra parte, desde la perspectiva de la dimensión de empleo, se asume que la tasa de desempleo de las MHA sea relativamente superior a la tasa de sus pares que se convirtieron en madres a las edades de entre veinte y veintinueve años. Así pues, se prevé una potencial brecha del empleo entre las MHA y las MHM, la cual está dada por:

$$\beta_{et} = \frac{(tdf_t^{ma} - tdf_t^*)}{t}$$

Donde,

tdf_t^{ma} : Tasa específica de desempleo en mujeres MHA.

tdf_t^* : Tasa específica de desempleo en mujeres MHM.

En el año 2018, la brecha del empleo debido al EA y la MT resultó ser equivalente a 0.2329. En otras palabras, las jefas de hogar que tuvieron su primer/a hijo/a en la adolescencia fueron 23,29% más proclives a estar desempleadas o desocupadas que las jefas de hogar que se convirtieron en madres en edad adulta.

tdf_{2018}^{ma} : 0.0911

tdf_{2018}^* : 0.0739

$$\beta e_{2018} = \frac{(0.0911 - 0.0739)}{0.739} = 0.2329$$

Al mismo tiempo, si se invirtiera en la prevención del EA y en evitar las consecuencias adversas del EA y la MT sobre el empleo, el desempleo en las MHA podría verse reducido en hasta un 18,89%, ya que:

$$\frac{-\beta_{et}}{(1 + \beta_{et})} = \frac{tdf_t^{c*} - tdf_t^{ma}}{tdf_t^{ma}}$$

$$\frac{-\beta_{e_{2018}}}{(1 + \beta_{e_{2018}})} = \frac{-0.2329}{1 + 0.2329} = -0.1889$$

Precisamente, la brecha del empleo por el EA y la MT genera un costo de oportunidad del empleo remunerado (COE), el cual viene dado por:

$$COE_t = (tdf_t^{ma} - tdf_t^{c*}) * PEA_t^{ma} * tof_f * Sf_t$$

Donde,

PEA_t^{ma} : Número de mujeres MHA que están económicamente activas.

En el año 2018, se estimó que el ascendió a 427,508,819.46 pesos dominicanos o 8,633,908.03 dólares estadounidenses, al tipo de cambio promedio anual de 49.5151, en vista de que:

PEA_{2018}^{ma} : 121,748

$$COE_{2018} = (0.911 - 0.0739) * 121,748 * 204,183.90$$

$$COE_{2018} = - RD\$ 427,508,819$$

$$COE_{2018} = \frac{427,508,819}{49.5151}$$

$$COE_{2018} = US\$ 8,633,908$$

Ese COE se calculó solo para las jefas de hogar. Pero, como se expuso en la sección 2.2, en la República Dominicana, los hogares con jefatura masculina son 2.66 veces mayores que aquellos con jefas de hogar. Si se asume igualdad de características en ambos tipos de hogares, el COE país para 2018 debe ser también 2.66 veces mayor al estimado previamente. Es decir, 1,137,511,286.65 pesos dominicanos o 22,973,018.06 dólares estadounidenses, puesto que:

$$COE_{2018} = RD\$ 427,508,819 * 2.66$$

$$COE_{2018} = - RD\$ 1,137,511,287$$

$$COE_{2018} = RD\$ 8,633,908 * 2.66$$

$$COE_{2018} = - RD\$ 22,973,018$$

2.4. Estimación de la dimensión de ingreso laboral

La MT puede provocar efectos negativos indirectos sobre los salarios en el largo plazo, debido a una menor acumulación de capital humano de este grupo respecto de las mujeres que aplazaron su decisión de reproducción a una edad adulta (INEI, 2006). En consecuencia, se espera una brecha de ingreso laboral por el EA y la MT, la cual está dada por:

$$\beta s_t^{ma} = 1 - \frac{Sf_t^{ma}}{Sf_t^*}$$

Donde,

Sf_t^{ma} : Ingreso laboral anual promedio de las mujeres MHA.

Sf_t^* : Ingreso laboral anual promedio de las mujeres MHM.

En el año 2018, esta brecha fue igual a 0.2039. Esto significa que los ingresos laborales anuales de las jefas de hogar que fueron madres adolescentes (MHA) fueron, en promedio, 20,39% inferiores que los ingresos de sus pares que tuvieron su primer/a hijo/a en la primera década de su vida adulta (MHM).

$$Sf_{2018}^{ma} : 131,573.23$$

$$Sf_{2018}^* : 165,267.16$$

$$\beta s_{2018}^{ma} = 1 - \frac{131,573.23}{165,267.16} = 0.2039$$

En contraste, si se lograra reducir el EA y la MT, los ingresos laborales de las MHA podrían aumentar en hasta un 25,61%, puesto que:

$$\frac{-\beta s_t^{ma}}{(\beta s_t^{ma} - 1)} = \frac{Sf_t^*}{Sf_t^{ma}} - 1$$

$$\frac{-\beta_{S_{2018}}}{(\beta_{S_{2018}} - 1)} = 0.2561$$

Debido a la brecha de ingreso laboral por el EA y la MT, se proyecta un costo de oportunidad del ingreso laboral por el EA y la MT (COS), dado por:

$$COS_t = (Sf_t^* - Sf_t^{ma}) * PET_t^{ma} * tof_t$$

En el año 2018, el valor de este costo de oportunidad fue 3,224,897,318.08 de pesos dominicanos, ya que:

$$COS_{2018} = (165,267.16 - 131,573.23) * 161,811 * 0.5915$$

$$COS_{2018} = - RD\$ 3,224,897,318$$

Este monto fue equivalente a 65,129,572.96 dólares estadounidenses, al tipo de cambio promedio anual del dólar de 49.5151 que publica el BCDR.

$$COS_{2018} = \frac{3,224,897,318}{49.5151}$$

$$COS_{2018} = US\$ 65,129,573$$

Si además se incluye a hogares con jefatura masculina, los cuales son 2.66 veces mayores que aquellos dirigidos por mujeres, el COS sería de 8,580,775,251.08 pesos dominicanos o 173,296,130.90 dólares estadounidenses, puesto que:

$$COS_{2018} = RD\$ 3,224,897,318.08 * 2.66$$

$$COS_{2018} = RD\$ 8,580,775,251$$

$$COS_{2018} = RD\$ 65,129,572.96 * 2.66$$

$$COS_{2018} = RD\$ 173,296,131$$

2.5. Estimación de la dimensión de gastos en salud

La valorización económica de los efectos en salud del EA y MT se mide a través de dos rubros. Por un lado, la pérdida social o pérdida productiva por la mortalidad materna en adolescentes y, por otro lado, el gasto en salud de la atención de los embarazos adolescentes.

El primer rubro busca proyectar los ingresos potenciales que dejaron de generar las adolescentes que murieron por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio. Para ello, en primer lugar, se calculó la razón de mortalidad materna en adolescentes (RMMA), la cual viene dada por:

$$RMMA_t = \frac{N_t}{\text{Número de nacimiento}_t} * 100,000$$

Donde,

N_t : Número de muertes en mujeres de diez a diecinueve años por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio.

$\text{Número de nacimiento}_t$: número de nacimientos de madres de diez a diecinueve años.

En el año 2018, el Ministerio de Salud Pública (MSP) reportó treinta y cinco muertes maternas directas e indirectas en mujeres entre diez y diecinueve años de edad. Además, la Oficina Nacional de Estadística (ONE) registró, para el mismo año, 28,514 nacimientos de madres que tenían diecinueve años o menos en el momento del nacimiento del hijo/a. Así pues, la RMMA resultó igual a 122.7 muertes maternas en adolescentes por cada cien mil nacimientos.

$$RMMA_{2018} = \frac{35}{28,514} * 100,000$$

Como consecuencia de la mortalidad materna en adolescentes, se generan años de vida potencial perdidos (AVP) que se estiman mediante la siguiente ecuación:

$$AVP_t = \sum_i^n [(Esperanza\ de\ vida_t - Ef_{it}) * N_{it}]$$

Donde,

$Esperanza\ de\ vida_t$: esperanza de vida al nacer de las mujeres.

Ef_{it} : edad al momento del fallecimiento en adolescentes debido a causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio.

N_{it} : número de muertes maternas en mujeres con edad i .

La *tabla 7* presenta el número de muertes maternas para la población de mujeres de diez a diecinueve años por edad simple en el año 2018, según los datos suministrados por el MSP. Computando un promedio ponderado, la edad de fallecimiento en adolescentes por causas relacionadas al embarazo, parto o puerperio fue, en promedio, de 17.286 años de edad. En tanto, la esperanza de vida de las mujeres dominicanas se estima de 77.196 años, de acuerdo con la cifra reportada por el Banco Mundial. Por lo tanto, las adolescentes fallecidas por causas maternas perdieron 2,096.86 años potenciales de vida (*ver tabla 8*).

TABLA 8 –

**ESTIMACIÓN DE LOS AÑOS DE VIDA POTENCIAL PERDIDOS (AVP)
DEBIDO AL EA Y LA MT, 2018.**

Edad ($E_{f_{2018}}$)	Número de muertes maternas (N_{2018})	Esperanza de vida al nacer femenina ($Esperanza\ de\ vida_{2018}$)	($Esperanza\ de\ vida_{2018} - E_{f_{2018}}$) * N_{2018}
Menores de 15	0	77,196	
15	3	77,196	186,588
16	7	77,196	428,372
17	8	77,196	481,568
18	11	77,196	651,156
19	6	77,196	349,176
Total	35		2,096,86

Fuente: Elaboración propia con datos del MSP (2019) y Banco Mundial (2018).

Estas muertes maternas en adolescentes generan pérdidas económicas a la nación, en términos de los ingresos potenciales que pudieron generar las jóvenes durante su etapa de vida productiva. Con el objetivo de medir esta pérdida, se partió del cálculo de los años perdidos de vida productiva potencial (AVPP) por causa de los embarazos adolescentes, los cuales están dados por:

$$AVPP_{1t} = N_t * (Edad\ de\ retiro - EIL) \quad si \quad \underline{E_f} < EIL$$

$$AVPP_{2t} = N_t * (Edad\ de\ retiro - \underline{E_f}_t) \quad si \quad \underline{E_f} \leq EIL$$

Donde,

Edad de retiro: edad cuando se adquiere el derecho de jubilación por vejez.

EIL: edad de inicio laboral.

$\underline{E_f}_t$: edad promedio al momento del fallecimiento en adolescentes debido a causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio.

Dado que la edad promedio de fallecimiento en mujeres de diez a diecinueve años debido a los EA (17.286 años) es menor que la edad de inicio laboral sin restricción en República Dominicana (dieciocho años), se tiene que los AVPP ascienden a 1,470 años en 2018, en vista de que:

$$AVPP_{2018} = 35 * (60 - 18)$$

$$AVPP_{2018} = 1,470$$

Con este último indicador, se estimó la pérdida social o pérdida productiva por la mortalidad materna en adolescentes (PSMMA) mediante la siguiente ecuación:

$$PSMMA_t = AVPP_t * S_t^{ma}$$

En el año 2018, el valor de la PSMMA alcanzó 193,412,644.66 pesos dominicanos o 3,906,134.59 dólares estadounidenses, al tipo de cambio promedio anual del dólar de 49.5151.

$$PSMMA_{2018} = 1,470 * 131,573.84$$

$$PSMMA_{2018} = RD\$ 193,412,644.66$$

$$PSMMA_{2018} = \frac{193,412,645}{49.5151}$$

$$PSMMA_{2018} = US\$ 3,906,135$$

Por otra parte, el segundo rubro de la dimensión de salud tiene como finalidad cuantificar los costos de atención sanitaria del EA y la MT. Para tales fines, se partió de un modelo de estimación de costos en salud sexual y reproductiva desarrollado por UNFPA (2018). El referido modelo contempla las principales líneas de cuidado y atención para el embarazo, parto, puerperio y atención de los/as recién nacidos/as de madres adolescentes. Concretamente, la *tabla 9* lista los servicios incluidos en el modelo de UNFPA (2018).

TABLA 9 –

**CUIDADOS Y ATENCIONES SANITARIAS DEL MODELO MILENA (1.0)
INCLUIDOS EN EL MODELO PARA REPÚBLICA DOMINICANA
(MARCADOS CON X) Y COBERTURA SEGÚN PDSS.**

Modelo de atención sanitaria MILENA (1.0)	Modelo MILENA República Dominicana (1.0)	Cobertura PDSS
(I) Cuidados prenatales y durante el parto		
Cuidados prenatales (Z34 - Z35)	X	100%
Tratamiento de anemia aguda (Z51)	X	
Hipertensión durante el embarazo (O16)	X	100%
Prevención de la malaria durante los cuidados prenatales		100%
Tratamiento de la malaria durante los cuidados prenatales	X	100%
Cuidados durante el parto (Z39)		Variable
Cuidados después del parto (Z39)	X	Variable
(II) Partos		
Parto único espontáneo (O80)	X	100%
Parto único por fórceps o ventosa obstétrica (O81)	X	Variable
Parto único por cesárea (O82)	X	Variable
Otros partos únicos asistidos (O83)	X	Variable
Parto múltiple (O84)	X	Variable
(III) Complicaciones obstétricas		
Cuidados de emergencia previos a la remisión		
Ruptura de membranas antes del parto (O42)	X	
Parto prolongado (>18 horas) (O63)	X	Variable
Hemorragia antes del parto (O67)	X	
Hemorragia después del parto (O72)	X	
Sepsis puerperal (O85)	X	
Eclampsia / Preeclampsia grave (O15)	X	
(IV) Otras afecciones de la maternidad		
Fístula obstétrica		
Infección del tracto urinario (O23)	X	
Mastitis (O91)	X	
(V) Intervenciones por recién nacido		
Cuidados de rutina del recién nacido (Z00)		
Sepsis / infecciones del recién nacido (P36)	X	
Asfixia / dificultades respiratorias al nacer (P21)	X	
Bajo peso al nacer (P05)	X	

Fuente: Elaboración propia con datos UNFPA (2018).

El modelo propuesto por MILENA requiere el número de adolescentes atendidas y el costo de cada actividad de cuidado (ver ecuación más abajo). No obstante, República Dominicana no cuenta con ambas informaciones²⁴. Como alternativa, se aproximaron los valores usando los registros del Seguro Familiar de Salud (SFS)²⁵, provisto por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL). La *tabla 9* indica los servicios sanitarios de los que la SISALRIL dispone de información para el año 2018 y, por ende, fueron incluidos en la valorización del gasto en salud del EA.

$$\text{Gasto en salud del EA}_t = \sum_{i=1}^N \text{Costo}_{it} * \text{Adolescentes atendidas}_{it}$$

Donde,

Costo_{it}: Costo del servicio sanitario *i*.

Adolescentes atendidas_{it}: Número de mujeres atendidas de diez a diecinueve años para el servicio sanitario *i*.

Específicamente, se consideró como proxy del costo de atención, el monto promedio pagado por la Administradora de Riesgos de Salud (ARS) a las prestadoras de salud por los servicios otorgados a la afiliada²⁶. Mientras, para el número de adolescentes atendidas, se tomó como referencia el número de afiliadas de diez a diecinueve años atendidas por cada servicio²⁷. La *tabla 10* revela los valores de estas dos variables por régimen de salud para el año 2018.

Por un lado, se analiza el régimen contributivo, el cual cubre al 35% de todas las niñas y adolescentes de 10-19 años del país (ver *figura 21*). Los desembolsos promedio de las ARS por atención médica en este régimen resultaron ser parecidos a los costos promedios en hospitales privados encontrados por UNFPA e INTEC (2013) en un estudio previo sobre EA y MT en la República Dominicana, ajustados por inflación. Por lo tanto, se pudiera considerar los pagos del plan contributivo

24 República Dominicana tiene antecedentes de microcosteo del EA y la MT realizado por UNFPA e INTEC (2013), pero las líneas de cuidado son diferentes al modelo de MILENA.

25 El Seguro Familiar de Salud (SFS) es el sistema de Seguro médico de la República Dominicana que “tiene por finalidad la protección integral de la salud física y mental del afiliado y su familia, así como alcanzar una cobertura universal sin exclusiones” (Art. 118, Ley 87-01).

26 De forma concreta, se tomaron los casos de afiliadas que, durante el año 2018 solo recibieron el servicio sanitario en cuestión. De ese grupo de afiliadas, se computó el promedio simple del monto pagado por las ARS a las prestadoras de salud para el servicio sanitario.

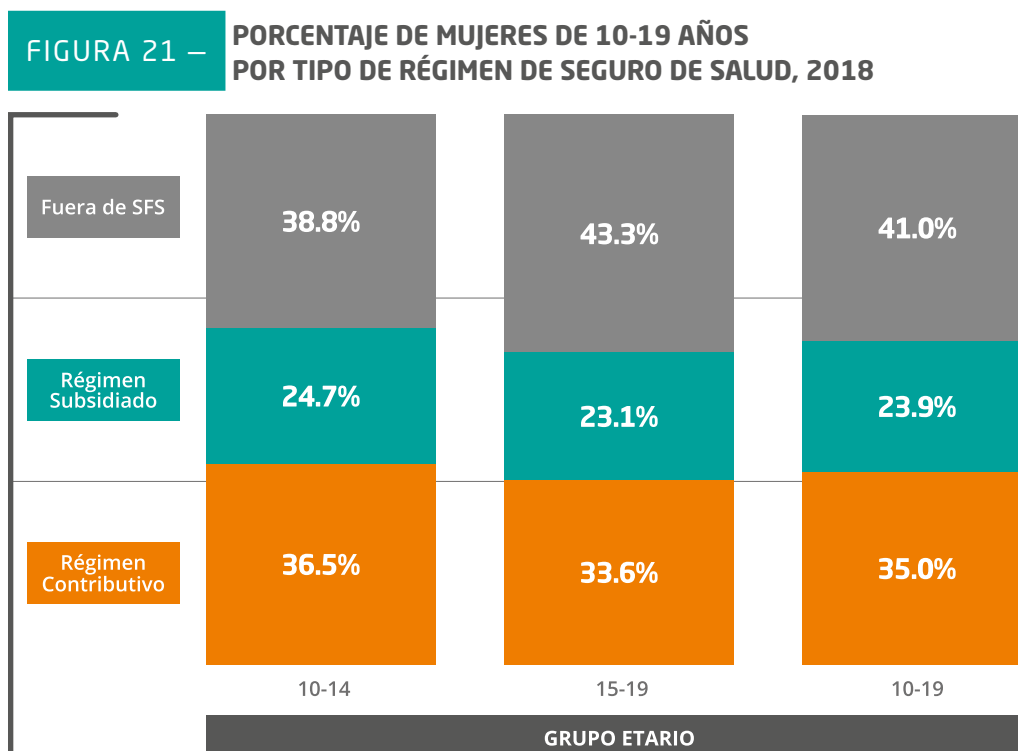
27 En la línea de atenciones sanitarias V (intervenciones por recién nacido), se consideró únicamente a las mujeres de diez a diecinueve años, ya que el seguro médico de la madre puede usarlo el hijo o hija durante el primer mes de nacimiento. Se excluyó a personas de cero años, pues se desconocía la edad de la madre.

como la representación de los costos de atención sanitaria del embarazo adolescente en el sector privado. Como se muestra en la *tabla 10*, en el año 2018, se estimó que el gasto en embarazo, parto, puerperio y atención de los/as recién nacidos/as de mujeres entre diez y diecinueve años con seguro médico contributivo fue de al menos 401,933,644.45 pesos dominicanos o 8,117,395.39 dólares estadounidenses.

TABLA 10 – ESTIMACIÓN DEL GASTO EN ATENCIONES Y CUIDADOS SANITARIOS DEL EA PARA MUJERES DE 10-19 AÑOS CON SEGURO MÉDICO, 2018

Categoría de gasto en salud	Régimen Contributivo			Régimen Subsidiado			Total
	Número de afiliadas (a)	Monto promedio cubierto por la ARS (b)	Total contributivo (a)*(b) (c)	Número de afiliadas (d)	Monto promedio cubierto por la ARS (e)	Total subsidiado (d)*(e) (f)	
(I) Cuidados prenatales y durante el parto							
Cuidados prenatales (Z34 - Z35)	3,117	26,760.63	83,412,871.15	2,907	3,462.38	10,065,144.33	93,478,015.48
Tratamiento de anemia aguda (Z51)	9	-	-	0	-	-	-
Hipertensión durante el embarazo (O16)	41	72,579.74	2,975,769.41	39	11,138.43	434,398.71	3,410,168.11
Tratamiento de la malaria durante los cuidados prenatales	0	-	-	0	-	-	-
Cuidados después del parto (Z39)	20	10,181.29	203,625.85	138	3,852.27	531,612.89	735,238.74
(II) Partos							
Parto único espontáneo (O80)	1,419	30,945.30	43,911,379.48	1,112	7,318.11	8,137,734.97	52,049,114.45
Parto único por fórceps o ventosa obstétrica (O81)	2	27,451.80	54,903.60	0	-	-	54,903.60
Parto único por cesárea (O82)	5,570	42,124.48	234,633,348.63	2,830	12,232.74	34,618,657.52	269,252,006.15
Otros partos únicos asistidos (O83)	349	28,370.72	9,901,382.79	2,323	8,540.68	19,839,999.72	29,741,382.51
Parto múltiple (O84)	19	61,848.44	1,175,120.30	12	4,164.44	49,973.32	1,225,093.62
(III) Complicaciones obstétricas							
Ruptura de membranas antes del parto (O42)	35	34,662.41	1,213,184.45	49	8,074.34	395,642.50	1,608,826.94
Parto prolongado (>18 horas) (O63)	26	49,665.27	1,291,297.02	27	5,460.02	147,420.42	1,438,717.44
Hemorragia antes del parto (O67)	2	70,998.47	141,996.94	5	2,060.53	10,302.63	152,299.57
Hemorragia después del parto (O72)	2	-	-	1	-	-	-
Sepsis puerperal (O85)	13	43,828.57	569,771.37	0	-	-	569,771.37
Eclampsia / Preeclampsia grave (O15)	125	49,117.94	6,139,742.50	86	8,290.49	712,982.05	6,852,724.55
(IV) Otras afecciones de la maternidad							
Infección del tracto urinario (O23)	114	33,085.56	3,771,754.33	113	3,562.10	402,516.84	4,174,271.16
Mastitis (O91)	15	5,650.88	84,763.20	29	1,670.97	48,458.02	133,221.22
(V) Intervenciones por recién nacido							
Sepsis / infecciones del recién nacido (P36)	64	39,839.58	2,549,733.12	248	20,317.98	5,038,858.81	7,588,591.93
Asfisia / dificultades respiratorias al nacer (P21)	87	85,086.94	7,402,563.43	190	34,223.65	6,502,493.66	13,905,057.09
Bajo peso al nacer (P05)	32	78,138.65	2,500,436.88	147	6,294.57	925,302.31	3,425,739.19
Total			401,933,644.45			87,861,498.69	489,795,143.14

Fuente: Elaboración propia con datos la SISALRIL.



Fuente: Elaboración propia con datos de la SISALRIL (2019) y la ONE (2014).

En contraste, los pagos promedios de las ARS a las prestadoras de salud por servicio sanitario en el régimen subsidiado, esquema que atiende al 23.9% de las mujeres entre diez y diecinueve años (*ver figura 21*), fueron más altos que los costos promedios del EA y la MT que computaron UNFPA e INTEC (2013) en hospitales públicos y más bajos en hospitales públicos descentralizados. Por consiguiente, dichas coberturas pueden reflejar los costos intermedios de los cuidados y las atenciones sanitarias del EA en el sector público. En el año 2018, el gasto proyectado en atenciones sanitarias del EA para el régimen subsidiado fue de al menos 87,861,498.69 pesos dominicanos o 1,774,438.48 dólares estadounidenses. Al unir ese monto con la cuantificación obtenida con las adolescentes que tenían el régimen contributivo, el gasto en salud debido al EA para adolescentes con seguro médico superó los 489,795,143.14 pesos dominicanos o 9,891,833.87 dólares estadounidenses (*ver tabla 9*).

Esta metodología puede conllevar a subestimaciones. Primeramente, en República Dominicana, apenas un 59% de las niñas y adolescentes entre diez y diecinueve años poseen un seguro médico (*ver figura 21*). El restante 41% de adolescentes sin cobertura recibieron los servicios sanitarios, pero no se reportaron a la SISALRIL. Asimismo, aquellas personas que sí cuentan con un seguro médico pero su plan de salud no incluye algunas de las atenciones sanitarias citadas en la *tabla 9* o decidie-

ron no usar su seguro médico y pagar directamente de manera privada, tampoco se dispondrá de sus informaciones, ya que la ARS no sometió un pago. Esto último puede ser más frecuente en las líneas de cuidado y atenciones sanitarias III, IV y V del modelo que no forman parte del Catálogo de Prestaciones de Salud y Riesgos Laborales (PDSS) establecido por la SISALRIL²⁸ (ver tabla 8). De la misma manera, si el servicio fue gratuito en un hospital público, independientemente de si la persona tiene o no seguro médico, entonces no fue cobrado a una ARS y, por ende, no se ve reflejado en los datos de la SISALRIL.

De hecho, el total de partos de adolescentes entre diez y diecinueve años atendidos con seguro médico fue de 13,636 en el año 2018 (ver tabla 9). Sin embargo, en el mismo año, el Servicio Nacional de Salud (SNS) registró 30,001 partos asistidos en la red de hospitales públicos en adolescentes de diecinueve años o menos (ver figura 18 en la sección 1.2.4). Evidentemente, la metodología está dejando fuera a al menos 16,365 casos de embarazos adolescentes que terminaron en un parto y fueron asistidos en un hospital público (y, por ende, fueron financiados con recursos públicos)²⁹.

Con el objetivo de acercarse al gasto total en salud en EA en la República Dominicana, se procedió a estimar ese tipo de gasto para el grupo de madres adolescentes sin cobertura médica. Para tales fines, el primer paso fue computar el promedio pagado por las ARS a las prestadoras de salud en atenciones y cuidados sanitarios del modelo de MILENA como medida del costo hospitalario global del EA en la República Dominicana. Concretamente, se tomaron los pagos promedios de las ARS por atención médica y se ponderaron por las proporciones de adolescentes atendidas con SFS sobre el total de partos de adolescentes con seguro médico (13,636)³⁰. De este modo, los servicios de salud más demandados pesaron más en el cálculo del mencionado costo, es decir:

$$\text{Costo promedio hospitalario EA}_t = \sum_{i=1}^N PpARS_{it} * Ponderador_{it}$$

Donde,

$PpARS_{it}$: Monto promedio pagado por las ARS a las prestadoras de salud en el servicio sanitario i .

28 El catálogo PDSS es un listado de servicios de salud que toda la ARS debe ofrecer en su plan básico (SISALRIL, 2017)

29 Este número es inferior al total de partos en adolescentes sin SFS atendidos en hospitales públicos, ya que el número de partos adolescentes atendidos con SFS (13,636) fueron asistidos en hospitales públicos y privados.

30 Se tomó este número como el total de adolescentes embarazadas atendidas con SFS, debido a que las atenciones médicas del EA no son excluyentes, es decir, una adolescente pudo recibir, por ejemplo, cuidados prenatales como tratamiento de anemia aguda dentro del mismo año. No obstante, se presume que la adolescente parió una sola vez en el año.

Ponderador_{it}: Porcentaje de mujeres de diez a diecinueve años con SFS que recibieron en el servicio sanitario *i* dividido por el total de partos de adolescentes con seguro médico (13,636).

Los valores de los pagos promedios de las ARS y ponderadores se presentan en la *tabla 11*.

Como se observa, el costo promedio hospitalario del EA en la República Dominicana se estimó en 34,467.22 pesos dominicanos o 696.10 dólares estadounidenses en el año 2018.

Dado este valor, el gasto en salud para la atención y cuidado sanitario para las 16,365 parturientas adolescentes de diez a diecinueve años sin SFS atendidas en hospitales públicos se proyectó en 564,055,978.78 pesos dominicanos o 11,391,595.27 dólares estadounidenses, puesto que:

$$\text{Gasto en salud del EA sin SFS}_{2018} = 34,467 * 16,365$$

$$\text{Gasto en salud del EA sin SFS}_{2018} = 564,055,978$$

TABLA 11 –

ESTIMACIÓN DEL MONTO PROMEDIO PAGADO POR LAS ARS A LAS PRESTADORAS DE SALUD EN ATENCIONES Y CUIDADOS SANITARIOS DEL EA Y LA MT, 2018

Categoría de gasto en salud	Adolescentes atendidas	Ponderador ($Ponderador_{i2018}$)	Promedio pagado por ARS ($PpARS_{i2018}$)	$Ponderador_{i2018} * PpARS_{i2018}$
(I) Cuidados prenatales y durante el parto	6,271			
Cuidados prenatales (Z34 - Z35)	6,024	0.4418	13,606.59	6,011.01
Tratamiento de anemia aguda (Z51)	9	0.0007	-	-
Hipertensión durante el embarazo (O16)	80	0.0059	41,859.09	245.58
Tratamiento de la malaria durante los cuidados prenatales	-	0.0000	-	-
Cuidados después del parto (Z39)	158	0.0116	5,184.69	60.07
(II) Partos	13,636			
Parto único espontáneo (O80)	2,531	0.1856	19,258.01	3,574.51
Parto único por fórceps o ventosa obstétrica (O81)	2	0.0001	27,451.80	4.03
Parto único por cesárea (O82)	8,400	0.6160	32,099.43	19,773.77
Otros partos únicos asistidos (O83)	2,672	0.1960	10,392.80	2,036.49
Parto múltiple (O84)	31	0.0023	42,620.44	96.89
(III) Complicaciones obstétricas	371			
Ruptura de membranas antes del parto (O42)	84	0.0062	25,278.39	155.72
Parto prolongado (>18 horas) (O63)	53	0.0039	19,061.63	74.09
Hemorragia antes del parto (O67)	7	0.0005	19,295.01	9.91
Hemorragia después del parto (O72)	3	0.0002	-	-
Sepsis puerperal (O85)	13	0.0010	43,828.57	41.78
Eclampsia / Preeclampsia grave (O15)	211	0.0155	25,101.79	388.42
(IV) Otras afecciones de la maternidad	271			
Infección del tracto urinario (O23)	227	0.0166	17,525.90	291.76
Mastitis (O91)	44	0.0032	2,790.32	9.00
(V) Intervenciones por recién nacido	768			
Sepsis / infecciones del recién nacido (P36)	312	0.0229	22,428.42	513.18
Asfixia / dificultades respiratorias al nacer (P21)	277	0.0203	49,183.44	999.11
Bajo peso al nacer (P05)	179	0.0131	13,857.11	181.90
Total				34,467.22

Fuente: Elaboración propia con datos la SISALRIL.

Al combinar ambos gastos en salud del EA, tanto para las adolescentes con seguro médico y sin seguro médico, se obtuvo como resultado un gasto total en embarazo, parto, puerperio y atención de los/as recién nacidos/as de mujeres entre diez y diecinueve años de 1,053,851,121.92 pesos dominicanos durante el año 2018, ya que:

$$\begin{aligned} \text{Gasto en salud del EA}_{2018} &= 489,795,143.14 * 564,055,978.78 \\ \text{Gasto en salud del EA}_{2018} &= \text{RD\$ } 1,053,851,121 \end{aligned}$$

Este valor equivale a 21,283,429.13 dólares estadounidenses, dado que el promedio anual del tipo de cambio del dólar fue 49.5151 en el año 2018.

$$\begin{aligned} \text{Gasto en salud del EA}_{2018} &= \frac{1,053,851,122}{49.5151} \\ \text{Gasto en salud del EA}_{2018} &= \text{US\$ } 21,283,429 \end{aligned}$$

2.6. Dimensión del impacto fiscal y el costo de oportunidad total

El presente apartado detalla los cálculos realizados para estimar el impacto fiscal del EA y la MT, el cual es consecuencia de las potenciales pérdidas de oportunidades de las madres adolescentes de ampliar sus ingresos laborales a lo largo de la vida. La metodología MILENA propone calcular esos ingresos fiscales no percibidos a través de dos gravámenes: Impuesto al Valor Agregado (IVA) e Impuesto sobre la Renta (ISR).

En cuanto al IVA, la valorización de los ingresos fiscales perdidos debido al EA y la MT parte de la cuantificación del costo de oportunidad productiva total del EA y MT (*COPTotal*). Este costo se obtiene agregando los costos de oportunidad de la disponibilidad laboral (*COD*), del empleo (*COE*) y del ingreso laboral (*COS*)³¹, es decir:

$$\text{COPTotal} = \text{COD} + \text{COE} + \text{COS}$$

Dado que no se encontró un costo de oportunidad de la disponibilidad laboral (*COD*) debido al EA y la MT en República Dominicana, este costo fue excluido. Así, en el año 2018, el *COPTotal* ascendió a 3,652,406,137.54 pesos dominicanos o 73,763,480.99 dólares estadounidenses³², en vista de que:

31 No se incorpora el costo de oportunidad de la educación COEdut, ya que los ingresos laborales por nivel educativo se capturan de manera general vía el costo de oportunidad de los ingresos (COST) (UNFPA, 2018).

32 Esta pérdida de ingresos representó el 0,086% del Producto Bruto Interno (PIB) en el año 2018.

$$COPTotal_t = COE_t + COS_t$$

$$COPTotal_t = 427,508,819.46 + 3,224,897,318.08$$

$$COPTotal_t = RD\$ 3,652,406,137$$

$$COPTotal_{2018} = \frac{3,652,406,138}{49.5151}$$

$$COPTotal_{2018} = US\$ 73,763,480$$

Dado que los costos de oportunidad del empleo (*COE*) y del ingreso laboral (*COS*) anteriores se calcularon exclusivamente para las jefas de hogar, no incorpora a las potenciales madres tempranas que residen en hogares con jefatura masculina. Como se explicó en la sección 2.2, esos hogares liderados por hombre son 2.66 veces superiores que los dirigidos por mujeres. Por ende, si se incluye a todos los hogares dominicanos, el costo de oportunidad productiva total del EA y MT (*COPTotal*) fue de 9,718,286,537.73 pesos dominicanos o 196,269,148.96 dólares estadounidenses, en 2018, puesto que:

$$COPTotal_{2018} = RD\$ 3,652,406,138 * 2.66$$

$$COPTotal_{2018} = RD\$ 9,718,286,538$$

$$COPTotal_{2018} = RD\$ 73,763,480 * 2.66$$

$$COPTotal_{2018} = RD\$ 196,269,149$$

Con el *COPTotal* estimado para las jefas de hogar, se computó los Impuestos al Valor Agregado (IVA) no percibidos, debido a la reducción de ingresos y de empleo de las MHA (IFIVA), los cuales vienen dados por:

$$IFIVA_t = COPTotal_t * (C_{iva} * iva)$$

Donde,

C_{iva}: porcentaje de los ingresos que se gasta en consumos gravables con IVA.

iva: porcentaje del impuesto al valor agregado.

Según la Dirección General de Impuestos Internos (DGII), el Impuesto sobre Transferencia de Bienes y Servicios (ITBIS) es congruente con el IVA en otros países y equivale a 18% (DGII, 2020). Por otra parte, las cifras de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH 2007) reveló que el 52% de los gastos de los hogares no están exentos de ITBIS (*C_{iva}*) (OECD, 2013; ONE, 2007). De modo

que, el Estado dejó de recaudar 341,865,214.47 pesos dominicanos o 6,904,261.82 dólares estadounidenses por conceptos de IVA, debido al EA y la MT, puesto que:

$$IFIVA_{2018} = 3,652,406,137.54 * (0.52 * 0.18)$$

$$IFIVA_{2018} = RD\$ 341,865,214.47$$

$$IFIVA_{2018} = \frac{341,865,214.47}{49.5151}$$

$$IFIVA_{2018} = US\$ 6,904,261.82$$

En relación con los ingresos fiscales no percibidos por ISR, se proyectaron los ingresos laborales adicionales que obtendrían las madres en la adolescencia (MHA), si sus ingresos laborales fueran similares a la MHM. En otras palabras, si se cerrara la brecha de ingreso entre MHM y MHA. A partir de esas proyecciones, se calcularon los impuestos sobre la renta que pagarían las MHA.

En República Dominicana, el esquema tributario para el pago del ISR para las personas físicas varía según el tipo de trabajador. A los asalariados les corresponde un esquema en el que a mayor ingreso mayor es la tasa de ISR sobre el ingreso excedente más una cuota fija. La *tabla 12* desglosa la escala de retención para los asalariados. Mientras, el ISR aplicable para las personas físicas independientes es un 10% de sus ingresos (DGII, 2020).

TABLA 12 –

**ESCALA DE RETENCIÓN DE LOS ASALARIADOS
EN LA REPÚBLICA DOMINICANA**

Escala anual	Tasa
Rentas hasta RD\$416,220.00	Exenta
Rentas desde RD\$416,220.01 hasta RD\$624,329.00	15% del excedente de RD\$416,220.01
Rentas desde RD\$624,329.01 hasta RD\$867,123.00	RD\$31,216.00 más el 20% del excedente de RD\$624,329.01
Rentas desde RD\$867,123.01 en adelante	RD\$79,776.00 más el 25% del excedente de RD\$867,123.01

Fuente: DGII (2018).

La categoría del tipo de trabajo se determinó mediante la actividad laboral principal que reportó la mujer en la ENCFT. En el año 2018, el 71% de las MHA ocupadas entre veinte y cincuenta y nueve años de edad eran empleadas para alguna institución, empresa u hogar privado. Por ende, debieron pagar ISR como trabajadoras asalariadas. De modo que al remanente de MHA ocupadas (29%), se les debió retener ISR como trabajadoras independientes (ver figura 19).

La metodología planteada requiere estimar los ingresos potenciales que tendrían las mujeres que fueron madres en la adolescencia, si hubieran postergado el inicio de la maternidad hacia la adultez. Por ello, se partió del supuesto de que los ingresos de las MHA alcanzarían los mismos niveles que generan las mujeres de veinte a cincuenta y nueve años que tuvieron su primer hijo en la primera década de la edad adulta (MHM). Por consiguiente, se elevaron los ingresos efectivamente percibidos por las MHA, de manera que sus ingresos potenciales fuesen equivalentes a:

$$Sfp_{it}^{ma} = Sfp_{it}^{ma} * (1 + \beta S_{it}^{ma}) \text{ si MHA es asalariada}$$

$$Sfp_{it}^{ma} = Sfp_{it}^{ma} * (1 + \beta Si_{it}^{ma}) \text{ si MHA es independiente}$$

Donde,

Sfp_{it}^{ma} : ingreso observado de la MHA i .

βS_{it}^{ma} : diferencia relativa del ingreso (también conocido como brecha de ingreso) entre trabajadoras MHM y MHA asalariadas.

βSi_{it}^{ma} : diferencia relativa del ingreso (también conocido como brecha de ingreso) entre trabajadoras MHM y MHA independientes.

El siguiente paso fue cuantificar el monto a pagar por concepto de ISR de las MHA según su tipo de persona física, tanto para los ingresos observados (Sfp_{it}^{ma}) como para los ingresos potenciales sin brecha de ingreso entre MHM y MHA (Sfp_{it}^{ma})³³. La totalidad de las diferencias entre ambos ISR, ajustadas por sus correspondientes factores de expansión³⁴, representa los ingresos fiscales perdidos debido al menor ISR que deben pagar las MHA ($IFISR_t$). Esto está dado por:

$$IFISR_t = \sum_i^n (ISR_{it}^{ma} - ISR_{it}^{ma}) * \text{factor de expansión}_{it}$$

33 Las evasiones fiscales no se consideraron en el cálculo, puesto que el objetivo es estimara la pérdida ingreso fiscal potencial.

34 El factor de expansión es un ponderador para persona de la muestra, y se interpreta como la cantidad de personas en la población que representa cada persona en la muestra.

Donde,

$ISRt_{it}^{ma}$: monto del ISR a pagar correspondiente al ingreso potencial (Sfp_{it}^{ma}) de la MHA i .

$ISRt_{it}^{ma}$: monto del ISR a pagar correspondiente al ingreso observado (Sfp_{it}^{ma}) de la MHA i .

factor de expansión $_{it}$: factor de expansión de la MHA i .

La *tabla 13* resume los resultados de los cálculos para el año 2018. Como se mencionó anteriormente, la brecha del ingreso laboral para las asalariadas o brecha salarial entre MHM y MHA para el periodo de análisis fue de 20,39% (ver sección 2.4). Esta misma brecha fue menor para las trabajadoras independientes no patronas, aproximadamente 10,88%. Dadas ambas brechas, la pérdida de ingresos fiscales por ISR debido al EA y la MT ascendió a 103,682,396 pesos dominicanos o 2,093,955.10 dólares estadounidenses en el año 2018.

TABLA 13 –

ESTIMACIÓN DE LOS INGRESOS FISCALES NO PERCIBIDOS POR IMPUESTOS SOBRE LA RENTA DEBIDO AL EA Y LA MT, 2018

Tipo de persona física	Brecha del ingreso entre MHA y MHM	IFISR RD\$	IFISR USD
Asalariadas	0,2039	60.543.174	1.222.721
Independientes ³⁵	0,1088	43.139.222	871.233
Total		103.682.396	2.093.955

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENCFT 2018 (BCRD, 2018) y DGII (2018).

La sumatoria de las recaudaciones tributarias no percibidas por IVA e ISR constituyen una aproximación de los ingresos fiscales no percibidos por impuestos debido al EA y la MT (IFNPI)³⁶. En el año 2018, dicha sumatoria fue igual a 370,812,124.57 pesos dominicanos, dado que:

35 Las trabajadoras por cuenta propia son las únicas consideradas en el cómputo de los ISR perdidos para las personas físicas independientes, ya que las retenciones por concepto de ISR para las empleadoras dependen de diversos factores y para las trabajadoras familiares sus ingresos son iguales a 0.

36 Esta pérdida de ISR e IVA no representa la totalidad del impacto fiscal del EA y la MT, puesto que excluyen impuestos que requieren otras fuentes de información, como son los impuestos a las ganancias o impuestos a la riqueza.

$$IFNP_t = IFIVA_t + IFISRT_t$$

$$IFNPI_{2018} = 341,865,214.47 + 103,682,396.00$$

$$IFNPI_{2018} = RD\$ 445,547,610$$

A la vez, el IFNPI fue igual a 8,998,216.92 dólares estadounidenses, a un tipo de cambio promedio anual de 49.5151.

$$IFNPI_{2018} = \frac{445,547,610}{49.5151}$$

$$IFNPI_{2018} = US\$ 8,998,217$$

Dichas pérdidas de ingresos fiscales potenciales no tomaron en cuenta a madres tempranas residentes en hogares con jefatura masculina, los cuales son 2.66 veces superiores que los hogares dirigidos por mujeres. Al incluir los hogares con jefes de hogar hombres, el IFNPI alcanzó 1,185,508,725.41 pesos dominicanos o 23,942,367.59 dólares estadounidenses, en 2018, en vista de que:

$$IFNPI_{2018} = RD\$ 445,547,610.47 * 2.66$$

$$IFNPI_{2018} = RD\$ 1,185,508,725.41$$

$$IFNPI_{2018} = RD\$ 8,998,217.92 * 2.66$$

$$IFNPI_{2018} = RD\$ 23,942,367.59$$

Referencias

- Altamirano, A.,** Pacheco, C., Huelva, L., Saénz, M., & López, A. (2016). *Embarazo Adolescente: Causas y consecuencias económicas y sociales del embarazo adolescente en Nicaragua*. Managua.
- Aquino, M.,** Lizardo, M., & De La Rosa, D. (2020). *Embarazo Adolescente en la República Dominicana*. Working Paper. Santo Domingo: World Bank.
- Arceo-Gómez, E. O.,** & Campos-Vázquez, R. M. (2011). *Teenage Pregnancy in Mexico: Evolution and Consequences*. University Library of Munich.
- Arias y López-Calva.** (2012). *Embarazo adolescente y oportunidades en América Latina y el Caribe*. Banco Mundial.
- Azevedo, J. P., Lopez-Calva, L. F., & Perova, E.** (2012). *Is the Baby to Blame? An Inquiry into the Consequences of Early Childbearing*. Washington, DC: World Bank.
- Azevedo, J., & et. al.** (2012). *Teenage Pregnancy and Opportunities in Latin America and the Caribbean: On Teenage Fertility Decisions, Poverty and Economic Achievement*. Washington DC: World Bank.
- Banco Mundial.** (2018a). *Adolescent fertility rate (births per 1,000 women ages 15-19) - Dominican Republic, World, Sub-Saharan Africa, Latin America & Caribbean*. Obtenido de The World Bank Data: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.ADO.TFRT?locations=DO-1W-ZG-ZJ>
- Banco Mundial.** (2018b). *Esperanza de vida al nacer, mujeres (años) - Dominican Republic*. Obtenido de The World Bank Data: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.FE.IN?locations=DO>
- Banco Mundial.** (2019). *GNI per capita (constant LCU) - Dominican Republic*. Obtenido de The World Bank Data: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.PCAP.KN?locations=DO>
- BCRD.** (2020). *Mercado cambiario*. Obtenido de <https://www.bancentral.gov.do/a/d/2538-mercado-cambiario>

- BCRD.** (2014). *Informe de diseño muestral para la Encuesta Nacional Continua de Fuerza de Trabajo (ENCFT) a partir de julio del año 2014*. Santo Domingo.
- BCRD.** (2018). *Encuesta Nacional Continua de Fuerza de Trabajo*. Santo Domingo.
- BCRD.** (2018). *Producto Interno Bruto (PIB)*. Santo Domingo.
- Belardi, J. A., & Albertain, M.** (2009). *Policies to Reduce Vulnerability and Increase Flexibility to Respond to Shocks over the Long Term*. World Bank.
- Berthelon, M., & Kruger, D. I.** (2014). *The Impact of Adolescent Motherhood on Education in Chile*. Institute for Study of Labor: IZA.
- CEPAL.** (Marzo de 2013). *Mejor educación y empleo para jóvenes son clave para aprovechar el bono demográfico*. Obtenido de En Foco: https://www.cepal.org/notas/75/EnFoco_3.html
- Cepal, UNFPA, & ONE.** (2017). *Tendencias, patrones y determinantes de la fecundidad adolescente en la República Dominicana*.
- Chevalier, A., & Viitanen, T. K.** (2003). *The Long-Run Labour Market Consequences of Teenage Motherhood in Britain*. *Journal Population of Economics*, 16(2), 323-343.
- Dangal, G.** (2005). *An Update on Teenage Pregnancy*. *The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics*, 5(1).
- Dirección General de Impuestos Internos.** (2020). *ITBIS*. Obtenido de <https://dgii.gov.do/cicloContribuyente/obligacionesTributarias/principalesImpuestos/Paginas/Itbis.aspx>
- Dirección General de Impuestos Internos.** (2020). *Revista Impuesto sobre la Renta para la Persona Física*. Santo Domingo.
- Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales.** (2019). *Plan Nacional para la Reducción de Embarazos en Adolescentes 2019-2023 (PREA-RD)*.
- Gómez, A., & Vázquez, C.** (2011). *Embarazo adolescente y oportunidades en América Latina y el Caribe*. Banco Mundial.
- INEI.** (2006). *Consecuencias socioeconómicas de la maternidad adolescente: ¿Constituye un obstáculo para la formación de capital humano y el acceso a mejores empleos?* Centro de Investigación y Desarrollo del Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI) de Perú.

Jiménez, J. A. (22 de junio de 2017). Obtenido de https://www.oitcinterfor.org/sites/default/files/PresentacionMNCrep_dominicana.pdf

Kruger y Berthelon. (2012). *Embarazo adolescente y oportunidades en América Latina y el Caribe*. Banco Mundial.

Ley 16-92. (1992). *Código de Trabajo de la República Dominicana*. Santo Domingo.

Ley 550-2014. (2014). *Ley No. 550-14 que establece el Código Penal de la República Dominicana*. Santo Domingo.

Ley 87-01. (2001). *Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social*. Santo Domingo.

MEPYD, & ONE. (22 de 05 de 2020). *Boletín de Estadísticas Oficiales de Pobreza Monetaria No 7*. Obtenido de ONE: <https://www.one.gob.do/sociales/pobreza-asistencia-social-y-condiciones-de-vida/pobreza>

Ministerio de la Mujer de la República Dominicana. (2017). *Plan Nacional de Igualdad y Equidad de Género 2007-2017 (PLANEG II)*.

Ministerio de la Mujer de la República Dominicana. (2019). *Plan Nacional de Igualdad y Equidad de Género (PLANEG III)*.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Senplades, UNFPA, & SENDAS. (2017). *Estudio Costos de omisión en salud sexual y reproductiva en Ecuador - Resumen Ejecutivo*. Quito.

Ministerio de Salud Pública. (2010). *Normas Nacionales para la Atención Integral de Adolescentes*.

MSP. (2019). *Número de muertes maternas por grupos de edad de la madre según causas de muertes maternas, 2009-2019*. Santo Domingo.

Naciones Unidas. (15 de julio de 2013). *World Population Day 2013 Focuses on Adolescent Pregnancy*. Obtenido de SDG KNOWLEDGE HUB: <http://sdg.iisd.org/news/world-population-day-2013-focuses-on-adolescent-pregnancy/>

Naciones Unidas. (31 de octubre de 2018). *3.7.2 Adolescent Birth Rate*. Obtenido de Global SDG Indicator Platform: <https://sdg.tracking-progress.org/indicator/3-7-2-adolescent-birth-rate/>

Naciones Unidas. (2019). *World Population Prospects 2019*. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

- OECD.** (2013). *Política Fiscal para el Desarrollo de República Dominicana*. Obtenido de https://www.oecd.org/countries/dominicanrepublic/Fiscal%20policy%20for%20development%20in%20the%20Dominican%20Republic.Ebook_ESP.pdf
- OMS.** (2004). *Contraception: Issues in Adolescent Health and Development*. Geneva: OMS.
- OMS.** (2015). *Global standards for quality health care services for adolescents*. Geneva: WHO.
- ONE.** (2007). *Resultados Generales Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2007*. Obtenido de <https://www.one.gob.do/publicaciones#>
- ONE.** (2014). *Estimaciones y Proyecciones Nacionales de Población 1950-2100*. Obtenido de <https://www.one.gob.do/demograficas/estadisticas-vitales>
- ONE.** (2018). *Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR-2018)*. Santo Domingo.
- ONE.** (2019). *Nacimientos ocurridos por grupo de edad de la madre al momento del nacimiento del hijo (a), según año de ocurrencia, 2001-2019*. Santo Domingo.
- ONE, UNFPA, MEPyD, & MH.** (2020). *Fascículo I Salud sexual y reproductiva de las adolescentes - ENHOGAR-2018*. Santo Domingo: ONE.
- OPS, OMS, UNFPA, & UNICEF.** (2018). *Acelerar el Progreso Hacia la Reducción del Embarazo en Adolescencia en América Latina y el Caribe*.
- PNUD.** (2017). *El Embarazo en Adolescente: un Desafío Multidimensional para Generar Oportunidades en el Ciclo de Vida*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- Raj A, B. U.** (2013). *Girl child marriage and its association with national rates of HIV, maternal health, and infant mortality across 97 countries*. Violence Against Women.
- Ribar, D. C.** (1999). *The socioeconomic consequences of young women's childbearing: Reconciling disparate evidence*. Journal of Population Economics, 12, 547-565.
- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.** (2001). *Ley General de Salud 42-01*.
- Servicio Nacional de Salud (SNS).** (2018). *Servicios de parto*. Santo Domingo.

- SISALRIL.** (2017). *Catálogo de prestaciones del Plan de Servicios de Salud (PDSS)*. Santo Domingo.
- Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales.** (2019). *Seguro Familiar de Salud. Montos Pagados y Servicios otorgados relacionados a embarazo, parto, puerperio y atención de los/as recién nacidos/as de mujeres de 19 años o menos*. Santo Domingo.
- Trako, I.** (2016). *Fertility and Parental Labor-Force Participation: New Evidence from a Developing Country in the Balkans*. halshs-01361443.
- UNFPA & INTEC.** (2013). *Costos del Embarazo y la Maternidad en la Adolescencia en la República Dominicana*. Santo Domingo.
- UNFPA.** (2018). *Metodología para estimar el impacto económico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de América Latina y el Caribe*.
- UNFPA.** (2019a). *165 Millones de Razones: Un llamado a la acción para la inversión en adolescencia y juventud en América Latina y el Caribe*. UNFPA.
- UNFPA.** (2019b). *Sistematización de evidencias sobre consecuencias económicas y sociales del embarazo adolescente*. Panamá.
- UNFPA.** (29 de diciembre de 2020a). *About us*. Obtenido de UNFPA: <https://www.unfpa.org/about-us>
- UNFPA.** (2020b). *Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina*. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Oficina Regional.
- UNICEF.** (October de 2019). *Adolescents overview*. Obtenido de UNICEF Data: Monitoring the situation of children and women: <https://data.unicef.org/topic/adolescents/overview/#:~:text=Adolescents%20%E2%80%93%20defined%20by%20the%20United,the%20Rights%20of%20the%20Child>.



Fondo de Población
de las Naciones Unidas
República Dominicana

165 millones
de razones

Un llamado a la acción para la inversión
en adolescentes y jóvenes en América Latina
y el Caribe

