



**SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES Y JOVENES
EN LA REPUBLICA DOMINICANA.**

Situación actual salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes en la República Dominicana.
Ministerio de Salud Pública (MSP)
MSP, Diciembre- 2010.

Elaboración:

Dra. Indiana Barinas/ Programa Nacional de Adolescentes-MSP.
Licda. Fior De los Santos/ Consultora Externa.

Revisión Técnica:

Dra. Bruna Caro/ Programa Nacional de Adolescentes-MSP.
Dra. Monika Carrión/ Programa Nacional de Adolescentes-MSP.
Licda. Diana Mancebo/ Programa Nacional de Adolescentes-MSP.
Licda. Cecilia Michell/ Organización Panamericana de la Salud

Fotografías: Luisa Lee

Agradecimientos: Teatro Joven/ Coordinador: José Pacheco

1,000 ejemplares.

Impreso en Santo Domingo, República Dominicana.
Editora Ortega, S. R. L.

Prohibida la reproducción parcial o total de esta obra sin autorización del MSP.

Esta Publicación ha sido elaborada e impresa con el apoyo de:
Organización Panamericana de la Salud (OPS)
y la Agencia de Cooperación Internacional de Noruega (NORAD)

SITUACIÓN ACTUAL, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES Y JÓVENES EN LA REPÚBLICA DOMINICANA.

Santo Domingo, República Dominicana
Diciembre, 2010

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

AUTORIDADES.

Dr. Bautista Rojas Gómez

Ministro de Salud Pública y Asistencia Social.

Dr. José Rodríguez Aybar

Vice-ministro de Salud Colectiva

Dr. José Delancer Despradel

Director General Materno Infantil y Adolescentes.

Dra. Bruna Caro

Coordinadora Programa Nacional de Atención Integral
a la Salud de los y las Adolescentes (PRONAISA)

7

EQUIPO TECNICO COORDINADOR PRONAISA-MSP

- *Dra. Indiana Barinas.*
- *Dra. Monika Carrión.*
- *Licda. Diana Mancebo*

ASESORIA TECNICA OPS

Licda. Cecilia Michell

CONTENIDO

- I. Marco de referencia.
- II. República Dominicana. Datos generales.
- III. Adolescencia y juventud. Datos demográficos.
- IV. Educación.
- V. La familia.
- VI. Uso de medios de comunicación.
- VII. Hábitos tóxicos en adolescentes. Alcohol, tabaco y otras drogas ilícitas.
- VIII. Participación social.
- IX. Acceso a información sobre salud sexual y reproductiva.
- X. Fecundidad en adolescentes
- XI. Mortalidad materna
- XII. Maternidad y paternidad adolescente.
- XIII. Uso de métodos anticonceptivos.
- XIV. Edad de la pubertad. Edad de la primera relación sexual
- XV. Actitudes y percepciones de género
- XVI. Violencia contra la mujer e intrafamiliar
- XVII. VIH y SIDA. Uso de condón.
- XVIII. Marco legal y de políticas públicas. Barreras legales.
- XIX. Información en salud de adolescentes.
- XX. Servicios de salud. Vacunas.
- XXI. Mortalidad en adolescentes.
- XXII. Bibliografía.



República Dominicana

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Año de la Reactivación Económica Nacional

PRESENTACION

El Ministerio de Salud Pública - a través del Programa Nacional de Atención Integral de Adolescentes- desarrolla acciones específicas para atender a las necesidades de salud de la población adolescente, con especial énfasis en los aspectos referidos a la salud sexual y reproductiva, dado el impacto significativo sobre los indicadores de salud y desarrollo que tiene este grupo poblacional.

Numerosas conferencias internacionales, de las cuales el Estado Dominicano es signatario, han enfatizado la importancia de la salud sexual y reproductiva en la adolescencia. De igual forma, en las políticas y planes del sector salud, este grupo poblacional está siendo considerado de manera importante, reconociéndose la necesidad de invertir en la salud de adolescentes.

En este contexto, desde el Plan Decenal de Salud y el Plan Estratégico Nacional para la Salud Integral de Adolescentes 2010-2015, se asume el compromiso de promover la salud sexual y reproductiva de adolescentes.

Esta publicación, *Situación actual de la salud sexual y reproductiva de adolescentes en la República Dominicana*, producida con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, pone sobre el papel una visión general de la situación y muestra las principales características de este grupo poblacional; específicamente en lo referente a salud, reproducción, sexualidad y aspectos socio-demográficos.

Es nuestra intención que esta publicación sea un insumo de valor para la planificación y toma de decisiones de las instancias tanto públicas como privadas que trabajan en el ámbito de la salud, en aras de garantizar los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes en la República Dominicana.

Dr. Bautista Rojas Gómez

Ministro de Salud Pública



I

MARCO DE REFERENCIA

La salud sexual y reproductiva es un componente fundamental de la salud de las personas, mujeres y hombres, a lo largo de los diferentes ciclos de vida. Sin embargo, es el periodo de la adolescencia (10-19 años) el momento más relevante para el reconocimiento de la sexualidad, para el aprendizaje del cuerpo y, con mucha frecuencia, para la toma de decisiones sobre las potencialidades reproductivas.

La adolescencia es una etapa de cambios, marcada por transformaciones en la esfera de lo biológico, lo psicológico y lo social-cultural. Los cambios son multidimensionales y en este escenario emergen sentimientos de atracción sexual y profundas meditaciones sobre la capacidad de decidir.

Simultáneamente se incorporan actitudes y valores hacia la conformación de la identidad personal y la independencia social; los y las ado-

lescentes son también sujetos sociales que viven sus inclinaciones, sus aspiraciones y sus relaciones de acuerdo con las circunstancias en las que les ha tocado crecer y desarrollarse, ante un futuro generalmente incierto y complejo.

Esta revisión pretende lograr una aproximación general a la situación de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes de la República Dominicana y ofrecer insumos que contribuyan a la formulación de políticas, planes y programas destinados a favorecer a este grupo significativo de la población.

En 1994, la comunidad internacional representada por los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales, las organizaciones de mujeres y las agencias de cooperación internacional, reconoció por primera vez en la Conferencia Mundial so-

bre Población y Desarrollo realizada en El Cairo, el derecho que tienen los y las jóvenes a la salud reproductiva, que se traduce en un importante acápite del Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El plan recomienda a los gobiernos otorgar a los y las adolescentes educación, orientación y servicios adecuados sobre las cuestiones sexuales y reproductivas de acuerdo con las necesidades expresadas, para que disfruten de una sexualidad sana y satisfactoria.

Más adelante, en el marco de la Conferencia Internacional sobre la mujer realizada en Beijing (1995), la plataforma de acción contó con una sección dedicada a los derechos de las niñas y de adolescentes y jóvenes.

En ambas conferencias se reconoció que en la mayoría de los casos los y las jóvenes no cuentan con la información veraz y completa, y que no han recibido la adecuada atención que merecen en esta esfera. Por otro lado, ambas reuniones sirvieron para priorizar en la agenda de políticas públicas de los 184 países participantes, incluyendo la República Dominicana, el compromiso de abordar la problemática que concierne a los derechos de adolescentes respecto al mejoramiento de su calidad de vida.

La República Dominicana tiene en su población joven el llamado “bono demográfico”. Urge prestar mayor atención e inversión a la salud de adolescentes y jóvenes; en el entendido de que representan el capital humano de la nación llamado a cumplir las tareas de combate a la pobreza y lograr encaminar al país en la senda del desarrollo económico y social.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) impulsa la aplicación del Plan de Acción de Salud de Adolescentes y Jóvenes, el cual es la expresión operativa de la Estrategia Regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes, aprobada por la 48vo Consejo Directivo de OPS en septiembre del 2008; la cual está dirigida al fomento y protección de la salud de las y los jóvenes de la región de Las Américas.

Como parte de esta iniciativa se contempla el disponer de información actualizada y confiable en relación a la salud de adolescentes y jóvenes en los países, como insumo para las acciones de planificación y ejecución en torno a la Estrategia y el Plan de Acción correspondiente.

Por su parte, el Plan Estratégico Nacional para la Salud Integral de Adolescentes 2010-2015 (PENSIA, 2010-2015) del Ministerio de Salud de la República Dominicana define como uno de sus

lineamientos estratégicos el fortalecimiento de los sistemas de información de salud de adolescentes; a fin de contar con información de calidad para la toma de decisiones.

Esta revisión documental responde a este lineamiento estratégico del PENSIA, 2010-2015; siendo su objetivo fundamental contar con un perfil nacional sobre la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes que sirva de apoyo a las actividades en el ámbito de la salud y de sectores vinculados a la misma, sirviendo como material de consulta y referencia en relación a la situación de la salud sexual y reproductiva de la población juvenil en el país.

Esta publicación representa un valioso aporte a los trabajos en el área de salud sexual y reproductiva; y de adolescentes y jóvenes en particular, al disponer para consumo interno y del sector salud y demás contrapartes nacionales de un material actualizado para apoyar las tareas de planificación, investigación y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos referidos a la salud de adolescentes y jóvenes en la República Dominicana.

Este material incluye contenidos temáticos de relevancia nacional en materia salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes, tales como: Políticas y legislaciones; servicios de sa-

lud; promoción en salud; métodos anticonceptivos; fecundidad; VIH y SIDA; entre otros.

La metodología utilizada para la elaboración de este documento parte de la recolección, revisión y análisis de información procedente de fuentes secundarias. De manera adicional, a fin de obtener la información más actualizada, se hizo contacto con actores claves de las instituciones generadoras de la información de interés para este perfil, tales como el Ministerio de Salud (Programa de Adolescentes, Dirección de Estadísticas, Programa Ampliado de Inmunización, Dirección de Epidemiología); y la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE), entre otros.

La revisión documental incluyó:

- Análisis de documentación y estudios producidos por fuentes de alto nivel (Encuestas nacionales y Datos censales)
- Procesamiento de datos existentes en diversas bases, desagregados por sexo y compilación de las estadísticas disponibles.
- Revisión de publicaciones e informes de país en seguimiento a los compromisos internacionales, tales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- Revisión de portafolio de las principales políticas y proyectos referidos a salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes.

Es necesario destacar que durante el proceso de levantamiento de información se constató que existen limitaciones importantes en relación a la información en salud, específicamente la referida a la población objeto de estudio.

El Programa Nacional de Adolescentes agradece el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud en la elaboración e impresión de este material, el cual se enmarca en las ejecutorias del PENSIA, 2010-2015.

Se reconoce que la falta de información sobre la salud de adolescentes y jóvenes ha dificultado la inversión en este grupo etáreo; con este material se pretende mejorar esta realidad y ofrecer una aproximación general a la situación de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes en la República Dominicana, contribuyendo así a la formulación de políticas, planes, programas y servicios destinados a este grupo poblacional.

II REPUBLICA DOMINICANA. DATOS GENERALES

La República Dominicana es una nación que ocupa algo más de los dos tercios orientales de la isla “La Española”, en el Archipiélago de las Antillas.

La misma limita en el norte con el Océano Atlántico, al sur con el Mar Caribe (Mar de las Antillas), al este con el Canal de la Mona, el cual la separa de Puerto Rico y por último en el lado oeste con la República de Haití. Posee una superficie territorial total de 48.443 km² y una población de alrededor de 9.7 millones de habitantes¹.

Se trata de una población joven, con un crecimiento que tiende a disminuir, y con tendencia a concentrarse en zonas urbanas y a aumentar su densidad poblacional.

La ciudad capital de República Dominicana es Santo Domingo de Guzmán. La división política del país es de 31 provincias y 154 municipios.

La economía está basada en el turismo, el sector servicios y la agricultura. Las remesas recibidas desde otros países constituyen un componente importante de la economía dominicana.

El país ha tenido uno de los mejores desempeños de América Latina y el Caribe, en términos de crecimiento del PIB. Durante el período 1991-2009 la economía nacional creció a un ritmo anual promedio de 5.8%, registrando las más bajas tasas en el 2003 (-0.3%) y el 2004 (1.3%), producto de la crisis financiera interna que afectó severamente la economía doméstica. En el contexto de la actual crisis económica internacional, el crecimiento se ha reducido de manera apreciable, pero sigue siendo superior al promedio regional.

A pesar de las elevadas tasas de crecimiento, una alta proporción de la población continúa viviendo en condiciones de pobreza; el país mues-

¹ Oficina Nacional de Planificación (2003), Estrategia para Reducción de la Pobreza. República Dominicana.

tra rezagos importantes en materia de educación, salud, empleo y otros indicadores de desarrollo humano². Esto pone de manifiesto la imperiosa necesidad de remover restricciones institucionales, sociales y económicas que están impidiendo un mejor aprovechamiento de los recursos del país y una mayor inversión social.

Uno de los principales obstáculos para el avance hacia el desarrollo es tanto la calidad del gasto público en su conjunto, como el volumen

muy bajo del gasto social, equivalente a un promedio inferior a 7% del PIB³, cerca de la mitad del promedio registrado en los países de la región. Por otro lado, durante los últimos años y en los subsiguientes, un alto porcentaje de los ingresos fiscales (actualmente más del 40%) se destina al servicio de la deuda pública, lo que impone fuertes restricciones al gasto público global y al gasto social en particular.



²Programa de las Naciones Unidas (2008) Informe de Desarrollo Humano República Dominicana -2008.

³Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (2010) Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe de Seguimiento República Dominicana 2010.

III

ADOLESCENCIA Y JUVENTUD.

DATOS DEMOGRAFICOS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años. Paralelamente se ha denominado al periodo entre los 15 y 24 años como juventud; siendo esta una categoría psicológica y social que coincide con la etapa postpuberal de la adolescencia, ligada a los procesos de interacción social, de definición de identidad y a la toma de responsabilidad, es por ello que la condición de juventud no es uniforme y su consideración varía de una sociedad a otra⁴. La terminología “gente joven” ha sido ampliamente utilizada para referirse a ambos grupos.

Por su parte, el abordaje desde la perspectiva de los derechos de niños, niñas y adolescentes; considera que son personas adolescentes las que se encuentran en el rango de edad correspondiente a 12-18 años, siendo este el parámetro de edad de

referencia para asuntos legales⁵.

Para los fines de esta publicación se asume la definición de la OMS en lo relativo a las edades correspondientes a la adolescencia y la juventud. La referencia a gente joven, incluirá tanto a los y las adolescentes como a los y las jóvenes.

• DATOS DEMOGRAFICOS

La población de adolescentes (10 a 19 años) en la República Dominicana representa un grupo poblacional que se ha hecho visible en los últimos años debido a dos (2) situaciones fundamentales. Por un lado, está la situación del impacto de este grupo sobre los principales indicadores de salud y desarrollo: altos índices de embarazos en adolescentes asociados a elevadas tasas de mortalidad materna e infantil, contribuyente de primer orden a la alta prevalencia de VIH/SIDA, elevada morbilidad y mortalidad por violencia y accidentes, entre otros problemas de salud. Por el otro lado, aparece la situación de oportunidad demográfica que

⁴Donas, Solum (1997) “Marco Epidemiológico Conceptual de la Salud Integral del Adolescente”. Serie Paltex-Organización Panamericana de la Salud, Washington.

⁵República Dominicana (2003) “Código para el Sistema de Protección de los Derechos Fundamentales de Niños, Niñas y Adolescentes, Ley 136-2003”

representa este grupo, llamado a cumplir las tareas de combate a la pobreza y el logro del desarrollo sostenible.

La inversión en la salud y la educación de los adolescentes y jóvenes y el alineamiento de las políticas económicas facilitan la productividad y crecimiento económico. Adicionalmente, la inversión en la salud de la población joven es fundamental para proteger las inversiones efectuadas en la niñez (por ejemplo, la inversión significativa en vacunas y programas de alimentación) y para velar por la salud de la futura población adulta. La mayoría de los hábitos perjudiciales para la salud se adquieren durante la adolescencia y la juventud,

y se manifiestan como problemas de salud durante la edad adulta (por ejemplo, cáncer al pulmón a causa del consumo de tabaco) que agregan una carga económica evitable para los sistemas de salud⁶.

De acuerdo a los datos del Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA), que se muestran en la tabla número 1, la población dominicana ha sido estimada para el 2010 en 9,9 millones de habitantes. Un total de 998,486 habitantes corresponden al grupo de 10-14 años; 979,241 al grupo comprendido entre los 15-19 años y 902,810 al grupo de 20 a 24 años.

TABLA No. 1

Distribución Población 10-24 años./2010	
Población general	9,884,372
10-14 años	998,486
15-19 años	979,241
20-24 años	902,810
Población total 10-24 años	2,880,537
% Población entre 10-24 años	29.10%
% Población entre 10-24 años Femenina	50%
% Población entre 10-24 años Masculina	50%
% Población entre 10-24 años Urbana	64%
% Población entre 10-24 años Rural	36%

Fuente: Consejo Nacional de Población y Familia /CONAPOFA (2009). República Dominicana.

⁶Organización Panamericana de la Salud. Estrategia Regional para mejorar la Salud de Adolescentes y Jóvenes, Washington, Octubre 2009.

En total el grupo de gente joven asciende a 2,880,537 personas, para un porcentaje del total de población de 10-14 años de un 29% de la población general del país; de los cuales el 50% son de sexo masculino y el resto, 50%, de sexo femenino. El 64% residen en áreas urbanas y el 36% en áreas rurales⁷.

El proceso de transición demográfica ha generado cambios significativos en la estructura por edades de la población dominicana, la cual experimenta un proceso de envejecimiento progresivo. Sin embargo, la nación dominicana sigue teniendo una estructura poblacional relativamente joven, en la cual alrededor de la cuarta parte corresponde a adolescentes; sin diferencias significativas en cuanto a la distribución por sexo.

Igual que la población en general, un mayor número de adolescentes y jóvenes se concentran en las zonas urbanas del país como consecuencia de una fuerte y antigua tendencia migratoria desde las zonas rurales⁸.

Tal como es señalado en el Plan Estratégico Nacional para la Salud Integral de Adolescentes (PEN SIA, 2010-2015), en comparación con las generaciones anteriores de adolescentes y jóvenes, la situación de las actuales generaciones de estas edades es mejor en varios aspectos, como por ejemplo, en lo relativo a las posibilidades de ascenso social, al ejercicio de las libertades individuales y al acceso a la educación formal y a los

medios masivos de comunicación. Sin embargo, la problemática que confrontan las actuales generaciones de adolescentes y jóvenes es más desafiante; justamente por la creciente complejidad de la sociedad dominicana en el contexto de la globalización social, económica y cultural, junto a los elevados niveles de pobreza de la población y la inequidad en la distribución del ingreso.

En la República Dominicana el 20% más pobre de la población recibe el 5.1% de los ingresos totales y el 20% más rico obtiene el 57.1%, esto significa que el 20% más rico percibe en términos de ingresos, aproximadamente veinte veces lo que percibe el segmento más empobrecido⁹.

La Población Económicamente Activa (PEA), está formada por las personas ocupadas y las desocupadas; y es el conjunto de personas que ejercen presión en el mercado de trabajo. Según los datos del Banco Central de la República Dominicana¹⁰ la PEA para el año 2009 ascendía a un total de 4,221.883; de este total 331.258 son adolescentes entre los 10 y 19 años, representando un 8% de la PEA total.

La tasa de desocupación en esta población es alta. Además ha de considerarse que el código para el Sistema de Protección de Niños, Niña y Adolescente (Ley 136-03) considera un delito grave la explotación laboral en adolescentes, a pesar de que el Código de Trabajo ampara modalidades de trabajo en menores a partir de los 16 años de edad.

⁷Consejo Nacional de Población y Familia /CONAPOFA (2009). República Dominicana.

⁸Oficina Nacional de Planificación (2003), Estrategia para Reducción de la Pobreza. República Dominicana.

⁹Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2005). Informe sobre Desarrollo Humano. República Dominicana.

¹⁰Banco Central (2010) Departamento de Cuentas Nacionales y Estadísticas Económicas.

Las y los adolescentes son un grupo vulnerable, debido a factores del orden psicosocial generados en los contextos donde crecen y se desarrollan. El escenario de la urbanización, aunado al empobrecimiento y la inequidad social, conforma un ámbito de marginalidad que aumenta considerablemente la vulnerabilidad de los y las adolescentes.

La cultura urbana de la desigualdad, también mencionada en el PENSIA, se asocia a múltiples

factores de riesgo, tales como la violencia social e intrafamiliar, el tráfico de drogas, el trabajo infanto-juvenil, la explotación sexual y trata de personas, la falta de acceso a capacitación laboral y empleo, nuevos modelos de familia (predominando las uniparentales y con la mujer como jefa de hogar), el limitado acceso y calidad de los servicios de salud y educación; sumado todo esto a estereotipos de género donde predomina una situación de subordinación por parte de las mujeres.

IV

EDUCACION

En lo referente a la educación, encontramos que en el país se han experimentado mejoras importantes; se ha avanzado en las coberturas, en la reducción de las brechas de género y se registra una alta tasa de alfabetización entre la gente joven. Los análisis de la situación indican que el punto más crítico es la calidad. Además, de que la deserción escolar sigue siendo alta, coincidiendo con el paso de la niñez a la adolescencia.

Entre las principales causas asociadas a la deserción escolar en adolescentes figuran el embarazo, la maternidad y el cuidado de hijas e hijos en el caso de adolescentes sexo femenino; y la inserción laboral en los de sexo masculino.

El Ministerio de Educación de la República Dominicana calcula la tasa neta de matriculación, que es la proporción entre el número de niños y niñas en edad escolar oficial que están matriculados en la enseñanza primaria y la población total de niños y niñas en edad escolar oficial. Las tasas

netas de matriculación menores a 100% indican la proporción de personas en edad escolar que no están matriculadas en el nivel de enseñanza indicado, pero no necesariamente la proporción de alumnos que no están matriculados, ya que una parte podría estar matriculada en otros niveles de enseñanza¹¹. La tasa neta de matriculación se ve afectada tanto por la edad de ingreso como por la repetición y el abandono, registrándose una asistencia escolar más alta que la tasa neta de matriculación.

Desde hace varios años el problema de la educación primaria en la República Dominicana se ha visto como una cuestión de calidad, más que de cobertura. Existe amplio consenso de que la calidad debe ser profundamente mejorada.

Las informaciones disponibles indican que la cobertura fue 89.2% en el año escolar 2008-2009¹². En la tabla número 2 se muestran los indicadores sobre educación en adolescentes y jóvenes.

¹¹Naciones Unidas,(2006). Indicadores para el seguimiento de los ODM. Washington.

¹²Oficina Nacional de Estadísticas/ ONE (2008) Informe Educación Año lectivo 2008-2009. República Dominicana.

El porcentaje de alumnos y alumnas que comienzan el primer grado y llegan al octavo grado de la primaria es el principal indicador para medir el avance en materia de educación y se ha utilizado en el país para dar seguimiento a los Objetivos de Desarrollo del

Milenio (ODM), específicamente el ODM 2. Cabe señalar que la enseñanza primaria para toda la población no es solo una meta de los ODM, sino un derecho establecido en la Constitución de la República.

TABLA No.2

Indicadores de educación adolescentes y jóvenes	Año 2009
Proporción alumnos comienzan el 1er grado y llegan al último grado de la enseñanza primaria.	75.8
Tasa neta de matriculación en la enseñanza primaria	94.0
Tasa neta de matriculación en la enseñanza secundaria	74.0
Tasa de alfabetización de las personas de entre 15 y 24 años	96.9

Fuente: Ministerio de Economía y Planificación (2010) Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe de Seguimiento República Dominicana 2010

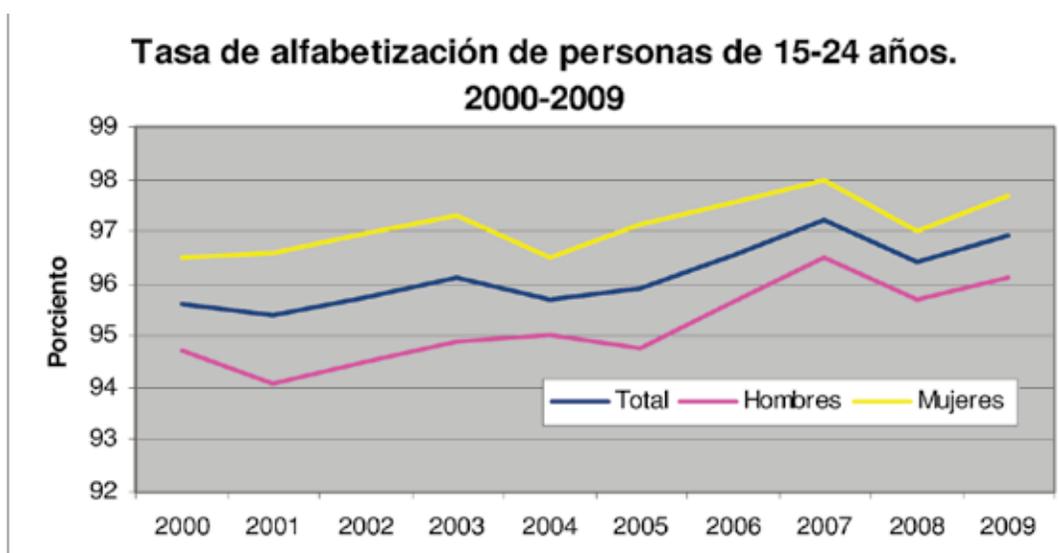
En adición a la repetición, el abandono y otros problemas relacionados con la matriculación, la tasa de terminación de la enseñanza primaria se ve afectada por restricciones en la oferta (falta de escuelas y del personal docente). Muchas instalaciones escolares son compartidas entre la educación media y la primaria, lo que dificulta la administración de las aulas, con implicaciones negativas para el desarrollo.

Como es bien conocido, si se pierde la oportunidad de un mayor nivel de educación se reducen las posibilidades de obtener empleo decente, tener

acceso a una mejor alimentación y servicios de salud, prevenir el embarazo, VIH y SIDA y otras enfermedades, entre otras capacidades necesarias para el avance hacia el desarrollo humano.

La tendencia de la tasa de alfabetización juvenil es a aumentar. En el gráfico número (1) se muestra esta tendencia. Del 2000 al 2009, la tasa de alfabetización de las personas de 15-24 años ha sido de 96% . Cabe señalar que la tasa de alfabetización de las mujeres (97%) es superior en dos puntos a la tasa de los hombres (95%).

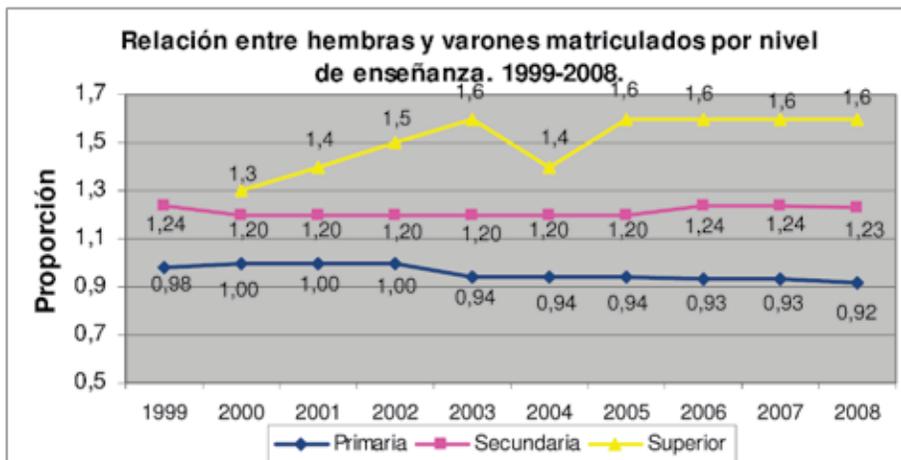
GRAFICO No. 1



Fuente: Banco Central. ENFT 2000-2009

En resumen la tendencia de la educación en la República Dominicana es de mucho más mujeres que hombres a nivel secundario y superior; y más equidad de género en primaria, tal como se muestra en el gráfico número 2.

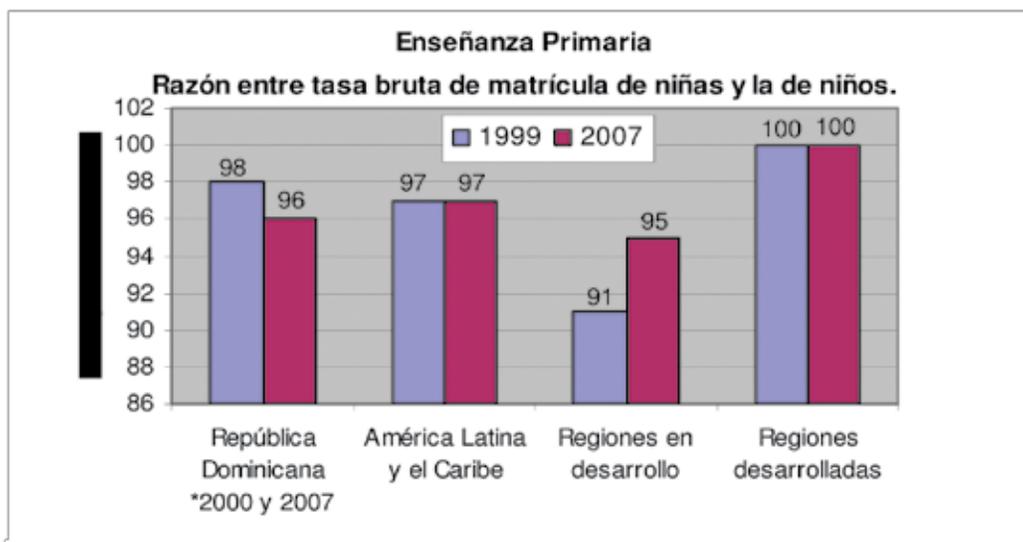
GRAFICO No. 2



Fuente: Información recopilada por ONE

Otro indicador asociado al anterior, es la relación entre la tasa de matriculación bruta de las niñas respecto a la de los niños a nivel primario, la cual era de 98 en el año 2000 y de paridad en el 2001. En los años subsiguientes se ha mantenido entre 94 y 96. Como muestra el gráfico número 3, este indicador es similar en el país al promedio de América Latina y el Caribe y superior al promedio de las regiones en desarrollo.

GRAFICO No. 3



Fuente: Naciones Unidas. Reporte sobre los ODM 2009 y ONE (datos RD, 2000 y 2007)

En la matriculación a nivel secundario existe una amplia brecha de género a favor de las mujeres. Estas superaban entre 20% y 24% el número de hombres inscritos en dicho nivel en el período 1999-2008.

En la educación superior, la participación de las mujeres respecto a los hombres es mucho mayor. Al inicio de la década por cada 100 hombres matriculados en dicho nivel había 130 mujeres. Esta relación se mantiene en 160 a partir del año 2005.

En conclusión, en República Dominicana, la brecha de género en la enseñanza primaria es muy

inferior a la de los demás niveles de enseñanza y muestra una ligera tendencia a deteriorarse. Las tendencias observadas en la educación secundaria y superior indican que las mujeres continuarán siendo mayoría en la enseñanza secundaria y superior.

En general se observan mayores logros educativos en las mujeres, lo que las pone en ventaja respecto a los hombres, no solo en la educación primaria, también en la secundaria y la superior. Esto le ha permitido ir ganando espacio en el mercado laboral y en la representación política, aunque no en la dimensión esperada.



V LA FAMILIA

El problema de la no convivencia de hijos e hijas con los padres y madres es considerado un factor de riesgo potencial vinculado a conductas no deseadas que inciden en la salud sexual y reproductiva, tales como el embarazo.

TABLA No. 3

Condición de convivencia familiar hijos e hijas	ENDESA 2002	ENDESA 2007
Viven con padre y madre	56%	50%
Solo con la madres	25%	30%
Solo con el padre	4%	4%
Con ninguno	14%	15%

Al comparar los datos de la ENDESA 2002¹³ y 2007¹⁴, se encuentra que la situación al respecto ha empeorado: el porcentaje de hijos e hijas que viven con sus padres y madres se redujo de un 56% en el 2002 a un 50% en el 2007; quienes viven solo con la madre aumentó de un 25% en el 2002 a un 30% en el 2007; el porcentaje de quienes viven solo con el padre se mantuvo para ambos años en un 4%; y quienes no viven ni con el padre ni con la madre aumentó de 14% en el 2002 a un 15% en el 2007. Estos datos se aprecian en la tabla número tres.

¹³Centro de Estudios Sociales y Demográficos (2002), Encuesta Demográfica y de Salud-2002. República Dominicana.

¹⁴Centro de Estudios Sociales y Demográficos (2007), Encuesta Demográfica y de Salud-2007. República Dominicana.

La problemática de la convivencia familiar es mayor en las áreas urbanas que en las rurales. Las provincias donde se registraron mayores índices de no convivencia con el padre y la madre fueron San Pedro de Macorís y Hato Mayor.

Por otra parte, está el dato del incremento de la jefatura de hogares por parte de las mujeres, ascendiendo del 28 % del 2002 al 35 % de 2007, según la fuente anteriormente señalada.

La familia es el contexto natural donde el individuo construye los elementos que conformarán su personalidad futura; es por tanto, la matriz donde se internalizan las reglas sociales. El sentido de pertenencia, la autoestima, la madurez social, una sólida escala de valores, el autocontrol, son algunos de los elementos que el y la adolescente integra de sus vivencias familiares y que constituyen factores de protección frente a los riesgos sociales.

Entre todas las tareas de desarrollo propias de la adolescencia, es fundamental la búsqueda de la identidad adulta, proceso que se verifica en su interacción con las figuras significativas y de manera particular, a partir de las relaciones con el padre y la madre

Por otra parte, encontramos que en la última década factores de tipo sociales, tales como la crisis económica, las migraciones, el trabajo

fuera del hogar asumido cada vez más por las mujeres, han influido en la transformación de las familias y los roles de sus integrantes, presentándose alta frecuencia de familias nucleares, uniparentales, reconstruidas y extendidas. Un reflejo de esta situación es el hecho de que en alrededor de la tercera parte de los hogares dominicanos, la mujer es jefa de hogar (ONAPLAN, 2003)

Sin embargo, aún en contextos familiares no tradicionales, en países como la República Dominicana siempre es posible contar con la familia extendida (hermanos y hermanas; tíos y tías; abuelos y abuelas, entre otros familiares) quienes con frecuencia constituyen un sistema de apoyo importante para los y las jóvenes y al cual es necesario concienciar acerca del papel que desempeñan en la construcción del auto concepto y el sistema de creencias de los y las jóvenes¹⁵

Diversos autores, en relación a lo anteriormente expuesto consideran que es imprescindible fortalecer la familia, cualquiera que sea su estructura, para desempeñar mejor las funciones de protección y socialización de los y las adolescentes. Mejorar los recursos familiares para establecer una comunicación más funcional, basada en el respeto mutuo, la valoración personal y la estimulación, puede constituir un factor de prevención primordial para la iniciación de la vida sexual prematura en los y las adolescentes

¹⁵Secretaría de Estado de la Mujer y Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia social (2008). Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes. Segunda Edición Impresos Santilles. República Dominicana.

¹⁶Secretaría de Estado de la Mujer y Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia social (2008). Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes. Segunda Edición Impresos Santilles. República Dominicana.

VI

USO DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN

El acceso a los medios de comunicación es un elemento de importancia relacionado a la salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes, pues influyen en la formación de las personas; a través de la transmisión de informaciones, normas y valores que conjuntamente con las enseñanzas recibidas en la familia, la escuela y los agentes de la comunidad, contribuyen a la conformación de las identidades juveniles.

En cuanto al acceso y uso de medios de comunicación, durante la ENDESA 2007 se indagó al respecto. De las y los adolescentes entrevistados cuyas edades oscilaban entre los 15 y 19 años se reporta que leen periódico por lo menos una vez a la semana el 55.3% de las adolescentes y el 46.85 de los adolescentes; por su parte en el grupo de 20-24 años se registran porcentajes similares, siendo de 56.4% para el sexo femenino y de 52.2% para el sexo masculino.

El porcentaje de adolescentes de sexo femenino que miran televisión por lo menos una vez a la semana fue de 93.1% y en los varones de un 93%; en el caso de los varones entre 20 y 24 años, se registraron los porcentajes de 90.8% y de 89.5% para mujeres y hombres respectivamente.

En relación al porcentaje de adolescentes que escuchan radio por lo menos una vez a la semana se reportó un 85.8% en el sexo femenino y un 89.6% en el masculino; en el caso del grupo de 20 a 24 años, para las jóvenes fue reportado un 81.9% mientras que para los jóvenes fue de un 90.6%.

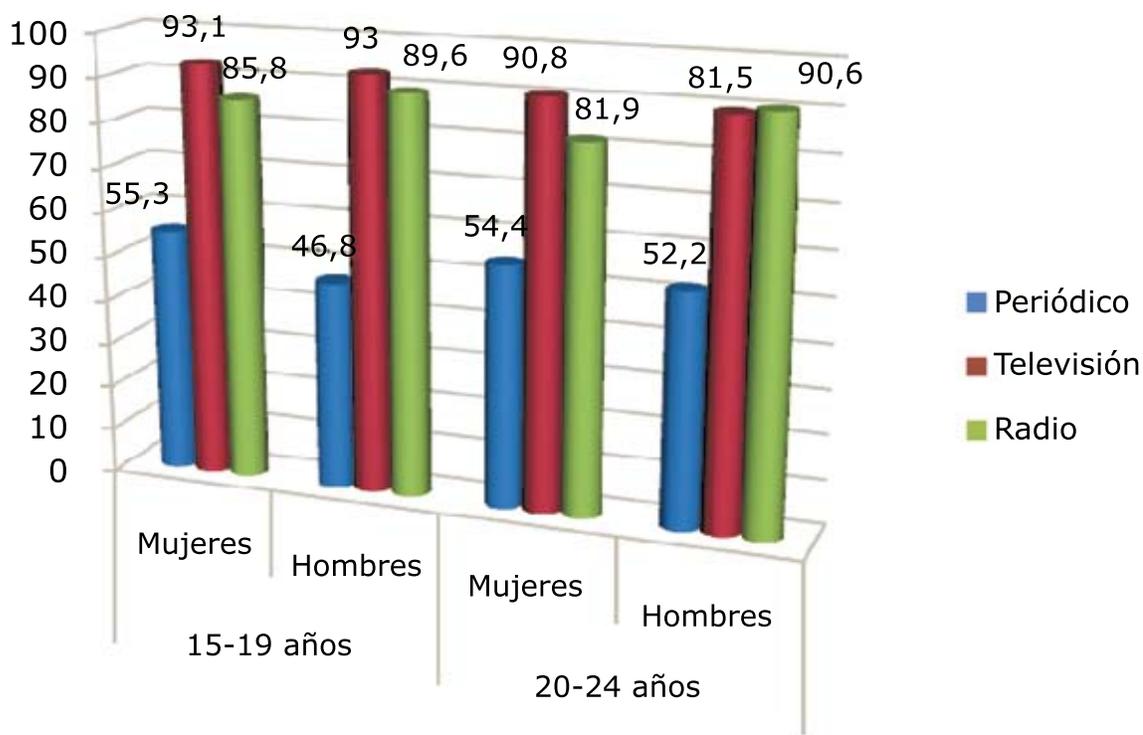
Las mujeres adolescentes tienen un mayor contacto con los medios de comunicación que sus pares de sexo masculino, especialmente con la prensa escrita.

Por otra parte, en los últimos años cada vez más adolescentes y jóvenes tienen acceso y uti-

lizan las tecnologías modernas de la información y la comunicación (TIC), incluyendo el internet y las redes sociales virtuales. Este fenómeno se percibe con un acelerado incremento, sobre todo en relación al acceso a estos recursos por parte de la gente joven. Aunque no se disponen de datos precisos es de suponer que la disponibilidad es menor en los sectores menos favorecidos económicamente y en las zonas rurales. Cabe se-

ñalar la iniciativa dirigida a la apertura de Centros de Capacitación en Informática, bajo la gestión del Instituto Dominicano de Telecomunicación (INDOTEL) y en coordinación con otras instancias gubernamentales y de carácter comunitario. Para noviembre del año 2010 se reportaron alrededor de 400 centros de este tipo que facilitan el acceso a la población de menos recursos económicos.

Porcentaje de adolescentes y jóvenes que leen periódico, miran televisión y escucha radio por lo menos una vez por semana. **ENDESA-2007.**



VII

HABITOS TOXICOS EN ADOLESCENTES. CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS ILICITAS.

En la ENDESA 2007 fue estudiado el comportamiento relacionado al consumo de alcohol en adolescentes; para lo cual se les cuestionó a las personas entrevistadas por el número de días de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos tres meses encontrando que consumen más alcohol adolescentes de sexo masculino, residentes en zonas urbanas, con mayor nivel educativo y poder adquisitivo.

En la tabla número 4 se muestra la información referida a hábitos tóxicos en adolescentes, según la ENDESA 2007. Los porcentajes según sexo son los siguientes: 73.5% para el sexo femenino y 82% para el sexo masculino. Las provincias con mayores índices reportados corresponden, en el caso del sexo femenino a la Provincia Santo Domingo, el Distrito Nacional y Monseñor Nouel; mientras que en el caso del sexo masculino los mayores índices según provincias se reportaron en Azua, Duarte, Peravia, Provincia Santo Domingo y el Distrito Nacional.

Al cuestionar a la población entre 15 y 19 años acerca del consumo de cigarrillos en las últimas 24 horas, encontrando que existe una mayor proporción de adolescentes fumadores de sexo masculino que femenino: el 1% de las adolescentes fuman cigarrillos regularmente y en el caso de los varones este porcentaje asciende a un 2%.

Los mayores índices de adolescentes masculinos fumadores se reportaron en las provincias de Pedernales, Santiago y La Altagracia; mientras que en las adolescentes los mayores índices correspondieron a las provincias de Azua, Espaillat y Pedernales; siendo ligeramente menor en las zonas urbanas que en las rurales.

Otro aspecto investigado en la ENDESA 2007 relacionado a los hábitos tóxicos en adolescentes, fue si habían usado drogas alguna vez. Los resultados mostraron que la problemática de uso de drogas en adolescentes es mayor en las zonas urbanas y en el sexo masculino.

En las adolescentes el porcentaje fue de 1.3% mientras en los varones adolescentes alcanzó un 3%. Las provincias con mayores índices reportados en el caso del sexo femenino fueron La Altagracia, Samaná, Monseñor Nouel y Espaillat; en el caso del sexo masculino correspondieron los índices más elevados a Santiago, Pedernales, el Distrito Nacional, Peravia y Monseñor Nouel.

En el caso de las encuestas sobre hábitos tóxicos y/o consumo de drogas ilícitas; es necesario considerar que en ocasiones hay un sesgo importante o subregistro de información, pues dado el carácter ilícito del consumo muchos consumidores tienden a negar su condición.

TABLA No. 4

Hábitos tóxicos en adolescentes 15-19 años ENDESA 2007	Fem.	Masc
Cigarrillos	1%	2%
Alcohol	74%	82%
Otras drogas	1.3%.	3%

VIII PARTICIPACIÓN SOCIAL

En la Ley General de Juventud están establecidos los mecanismos para garantizar la participación de adolescentes y jóvenes en el ámbito local, provincial y nacional; a través de los consejos juveniles. Sin embargo, la creación de estos organismos de participación ha sido muy limitada.

En nueve municipios del país, se han creado Ayuntamientos Infantiles y Juveniles en la que los y las adolescentes demuestran sus capacidades de participar en la gestión del desarrollo municipal.

Entre las experiencias más destacadas en el ámbito de la participación juvenil figuran las redes de jóvenes que trabajan en procesos de abogacía y defensoría de derechos, sobretodo vinculado a la salud, en especial con la prevención del VIH y SIDA. Estas redes operan en coordinación con los programas del Ministerio de Salud, mientras que otras se enmarcan en proyectos de organizaciones no-gubernamentales y de la sociedad civil.

En estos programas las y los adolescentes tienen acceso a procesos de capacitación que potencian sus habilidades creativas y de comunicación, además de que promueven de manera significativa el liderazgo juvenil. Estos jóvenes se incorporan en las comunidades como agentes multiplicadores de salud y en apoyo a los servicios de adolescentes y proyectos comunitarios dirigidos a jóvenes, trabajando básicamente con la estrategia de educación de pares y transmitiendo mensajes preventivos y dirigidos a la promoción de estilos de vida saludables, abordando diversas metodologías “De joven a Joven” incursionan en sus espacios naturales de participación, tales como escuelas, barrios, clubes culturales, grupos deportivos y en las universidades.

Es oportuno destacar que la mayoría de adolescentes se involucra de manera voluntaria en estos espacios de participación.

IX

ACCESO A INFORMACION SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. PROMOCION EN SALUD.

En el estudio “Maternidad y paternidad adolescente, 2007” realizado por el Consejo Nacional de Población y Familia¹⁷, aplicando técnicas cuantitativas y cualitativas, se analizaron las condiciones de la maternidad y la paternidad en diferentes estratos sociales culturales obteniéndose el dato de que la familia y la escuela presentan patrones homogéneos de tratamiento de la sexualidad caracterizado por sanciones sociales y culturales, prevaleciendo mitos y tabúes alrededor del abordaje de la sexualidad y una escasa y ambivalente comunicación proveniente desde la familia y la escuela.

La falta de información en materia de sexualidad, y específicamente la ausencia de educación sexual, figura como uno de los factores vinculados a problemáticas del área de la salud sexual y reproductiva, como son el embarazo, las ITS, el VIH y el SIDA, entre otros.

Por otra parte está la situación de que los medios de comunicación, a través de los mensajes

comercializados y estereotipados, juegan un rol importante en la promoción de comportamientos de riesgo en adolescentes y jóvenes. Por ejemplo, es común observar que los mensajes transmitidos desde los medios de comunicación promueven la sexualidad solo asociada a la diversión y el placer, sin abordar el aspecto de la responsabilidad.

En los últimos años desde el Ministerio de Salud Pública, bajo la coordinación del Programa Nacional de Adolescentes, se vienen realizando campañas de comunicación social dirigidas a promover la salud sexual y reproductiva de adolescentes. En este mismo sentido, algunas ONG han realizado campañas informativas y desarrollado materiales educativos y herramientas metodológicas para hacer llegar los mensajes a la población juvenil.

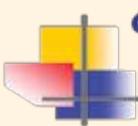
En el ámbito de la promoción en salud, cabe destacar que se han trabajado importantes acciones de difusión orientadas al cambio de compor-

¹⁷Consejo Nacional de Población y Familia/ CONAPOFA (2008) “Maternidad y Paternidad en Adolescentes”. Editora de Revista, S. A. República Dominicana.

tamiento en adolescentes, sobretodo dirigidas a la prevención del VIH y SIDA; uso de condón y prevención del embarazo en adolescentes. La Dirección para el Control de la Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITS), instancia del Ministerio de Salud ha tenido una participación importante en la gestión y evaluación de este tipo de intervención.

Sin embargo en ocasiones este tipo de intervenciones han sido de limitado alcance y tienen poca

sostenibilidad en cuanto a mantener una difusión activa en medios de comunicación. Sin embargo, merece destacarse el trabajo que en relación a la transmisión de mensajes vinculados a la salud sexual y reproductiva es realizada a través de los y las jóvenes aplicando la estrategia de educación de pares, siendo estos el medio idóneo para hacer llegar las informaciones a otros jóvenes considerando que comparten los mismos códigos, intereses y espacios de interacción social.



¿Qué dicen las evaluaciones?

- **Programas eficaces de educación sexual, logran:**
 - ✓ **Aumentar los conocimientos**
 - ✓ **Mejorar la comunicación padres-hijos**
 - ✓ **Ayudar a retrasar el inicio de las relaciones sexuales en los más jóvenes**
 - ✓ **Aumentar el uso de anticonceptivos y condones**
 - ✓ **No fomentan en los jóvenes el inicio de las relaciones sexuales**
 - ✓ **No aumentan la frecuencia de las relaciones sexuales**

OPS/WAS, Guatemala, Mayo 2000



X

FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES

Entre los países de la región de las Américas, la República Dominicana presenta una de las más altas tasas de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años de edad, registrada en 108 por 1.000 mujeres¹⁸.

En el marco del seguimiento a las metas para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), específicamente el ODM 5 referido a la salud materna; se da seguimiento a indicadores referidos al embarazo y la fecundidad en adolescentes. En el último informe de seguimiento¹⁹ se enfatiza lo que citamos a continuación:

“La tasa de natalidad entre las adolescentes dominicanas es muy alta. Supera por mucho el promedio regional y mundial y se reduce muy lentamente”.

Las mujeres adolescentes embarazadas comparadas con las mujeres adultas tienen más riesgos de consecuencias adversas en salud, menos probabilidades de terminar el ciclo educativo, más riesgo de empleos informales y de pobreza, y sus hijos sufren más riesgos de salud²⁰.

El embarazo en adolescentes es otro factor que contribuye a la elevada mortalidad materna existente en el país. El embarazo en edad muy temprana representa un riesgo mucho mayor tanto para la madre como para el hijo. De acuerdo a Naciones Unidas²¹, las embarazadas menores de 15 años tienen 5 veces más posibilidades de morir durante el parto que las mujeres entre 20 y 30 años, y el riesgo de morir de un recién nacido en su primer año de vida es un 60% mayor cuando la madre es menor de 18 años que cuando ésta es mayor.

La tasa de natalidad en adolescentes (tasa específica de fecundidad) en República Dominicana ha variado poco en los últimos años (Ver gráfico No. 4); pasó de 114 por mil en 1990 a 109 por mil en el 2005, tasas muy superiores al promedio regional. Sobre el particular, es importante resaltar que en América Latina y el Caribe, el número de nacimientos por cada 1,000 mujeres entre 15-19 años pasó de 77 en 1990 a 72 en el 2005, y en el conjunto de regiones en desarrollo de 67 a 53, respectivamente. En las regiones desarrolladas la tasa era 35 en el 1990 y 22 en el 2005 (Naciones Unidas. Reporte ODM 2009).

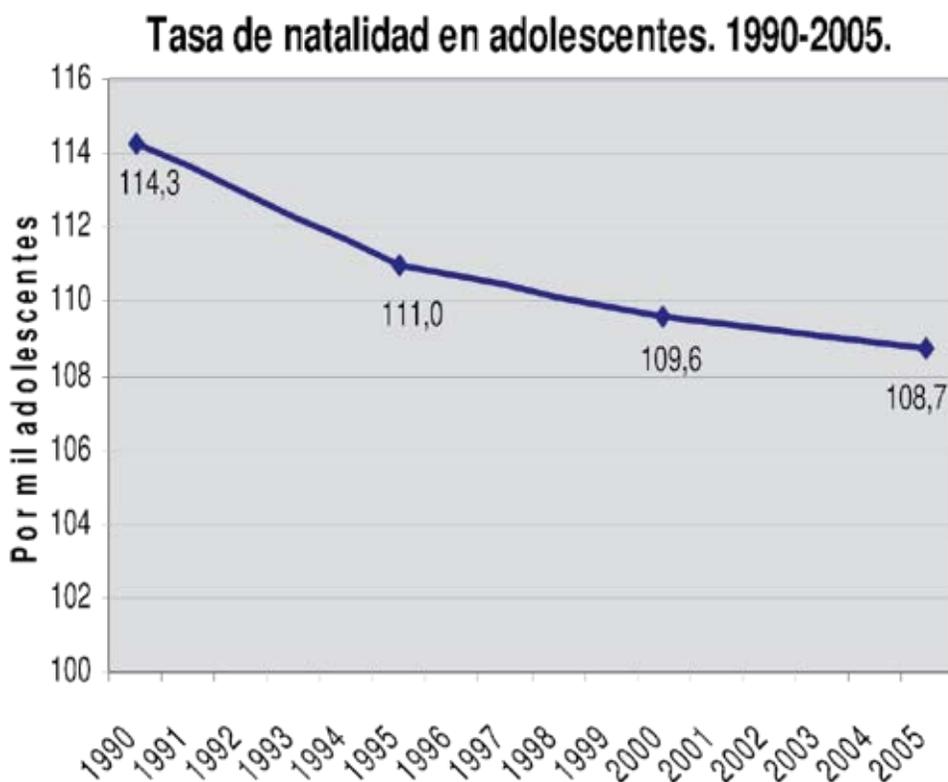
¹⁸Centro de Estudios Sociales y Demográficos (2007), Encuesta Demográfica y de Salud-2007. República Dominicana.

¹⁹Ministerio de Economía y Planificación (2010) Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe de Seguimiento República Dominicana 2010

²⁰Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud en las Américas. Publicación científica y técnica No. 622. Washington, D.C.: OPS, 2007.

²¹Naciones Unidas (2009) Reporte ODM 2009-Washington.

GRAFICO No.4



Fuente: Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (Datos quinquenales a partir de proyecciones de población de la ONE)

La tasa de embarazo en las adolescentes es elevada. Las informaciones disponibles indican que alrededor de la quinta parte de las mujeres de 15-19 años eran madres o estaban embarazadas en el período 1991-2007. De acuerdo a ENDESA, dicha proporción era 17.6% en 1991 y 20.6% en el 2007 (Ver gráfico No. 5) Además de los riesgos de salud señalados anteriormente, estos embarazos,

la mayoría no planeados, tienen implicaciones en la situación económica, debido a que muchas veces provocan que las adolescentes abandonen sus estudios para atender a sus descendientes o porque no son aceptadas en los centros educativos, perpetuando la pobreza y las privaciones de la familia²².

²² Comisión Presidencial sobre los Objetivos del Milenio y Desarrollo Sostenible COPDES (2008). Informe 2008 República Dominicana.

GRAFICO No. 5



Fuente: Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (Datos quinquenales a partir de las proyecciones de población de la ONE)

La incidencia de embarazos es mayor en adolescentes de escasos recursos económicos, residentes en las regiones más pobres del país, migrantes, de zonas rurales y en poblaciones menos educadas²³.

De acuerdo a la fuente anterior, el porcentaje de adolescentes embarazadas varía de una zona geográfica a otra, oscilando entre un 12% y un 37%. Las provincias con mayores índices son: Azua (37%); Pedernales (35%); Bahoruco (35%); Elías Piña (34%) y Barahona (27%). Entre las provincias con menores índices figuran: Provincia Hermanas Mirabal (12%); Distrito Nacional (14%); Santiago Rodríguez (15%); Sánchez Ramírez (16%) y Valverde (16%). Estos resultados se muestran en el gráfico No. 6.

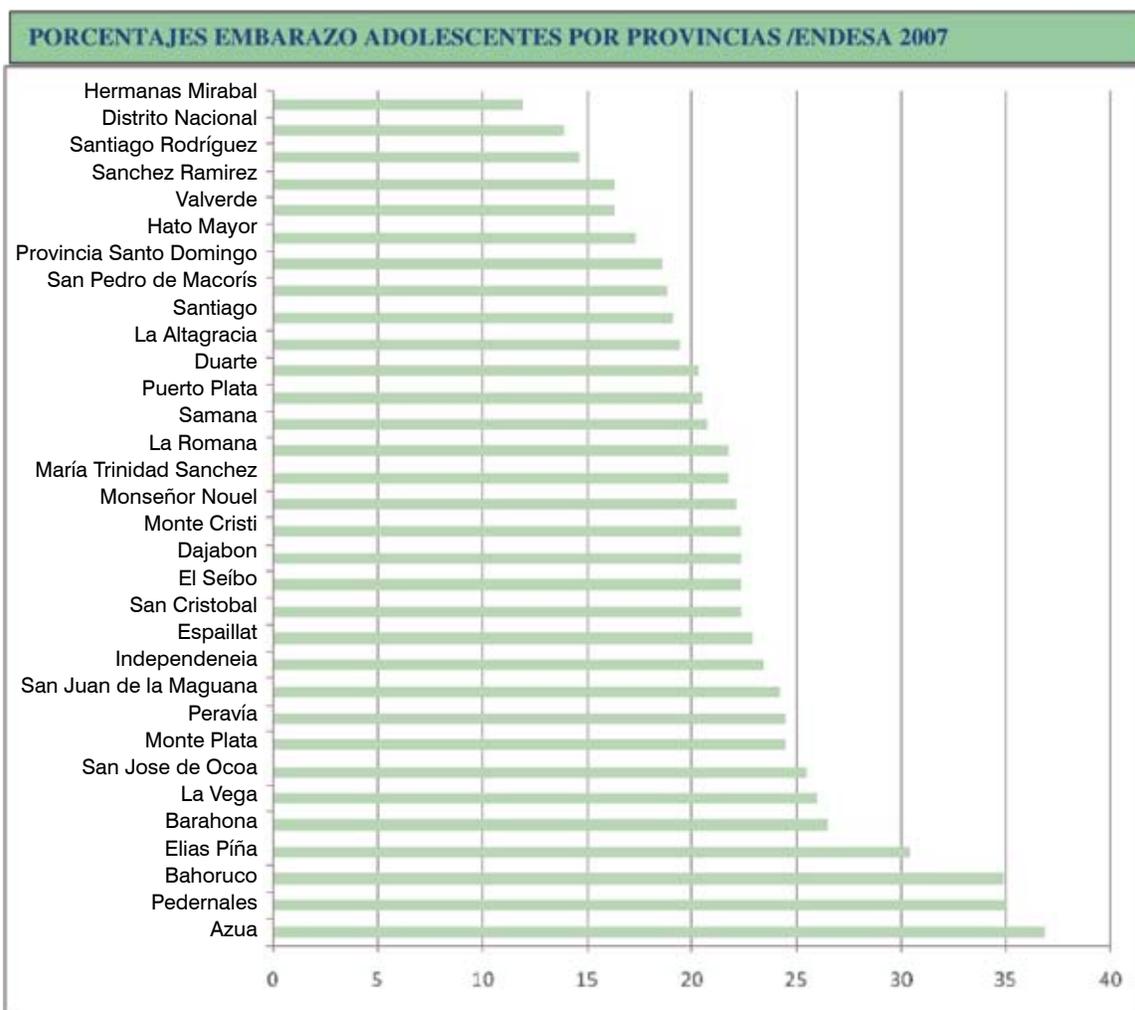
De acuerdo a la fuente anterior, el porcentaje de adolescentes embarazadas varía de una zona geográfica a otra, oscilando entre un 12% y un 37%. Las provincias con mayores índices son: Azua (37%); Pedernales (35%); Bahoruco (35%); Elías Piña (34%) y Barahona (27%). Entre las provincias con menores índices figuran: Provincia Hermanas Mirabal (12%); Distrito Nacional (14%); Santiago Rodríguez (15%); Sánchez Ramírez (16%) y Valverde (16%)²⁴

De acuerdo al registro de datos publicado por la Dirección General de Información y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud bajo la denominación de "servicio de atención por salud reproductiva" figura información referida a la atención obstétrica, pudiendo observarse los porcentajes

²³Centro de Estudios Sociales y Demográficos (2007), Encuesta Demográfica y de Salud-2007. República Dominicana.

²⁴Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social- Dirección General de Información y Estadísticas de Salud (2009) Boletín semestral estadísticas de salud, enero- junio 2010.. República Dominicana.

GRAFICO No. 6



de partos, nacimientos, abortos y bajo peso al nacer según edad de la madre.

Los partos en adolescentes y jóvenes, correspondieron a un 28.43% y 32.92% respectivamente; siendo ambos grupos los que presentan los porcentajes más elevados en comparación con los demás grupos de edad de la madre. (Ver gráfico No.7)

En el caso de los nacimientos, los mayores porcentajes corresponden a los grupos etarios adolescentes y jóvenes; para el grupo de 20-24 años el porcentaje de nacimientos registrados es de 32.6% y para el grupo de madres con edades menor de 20 años el porcentaje es de 28.63%. (Ver gráfico No.8)

Los abortos registrados, presentan una tendencia similar a los nacimientos, estando

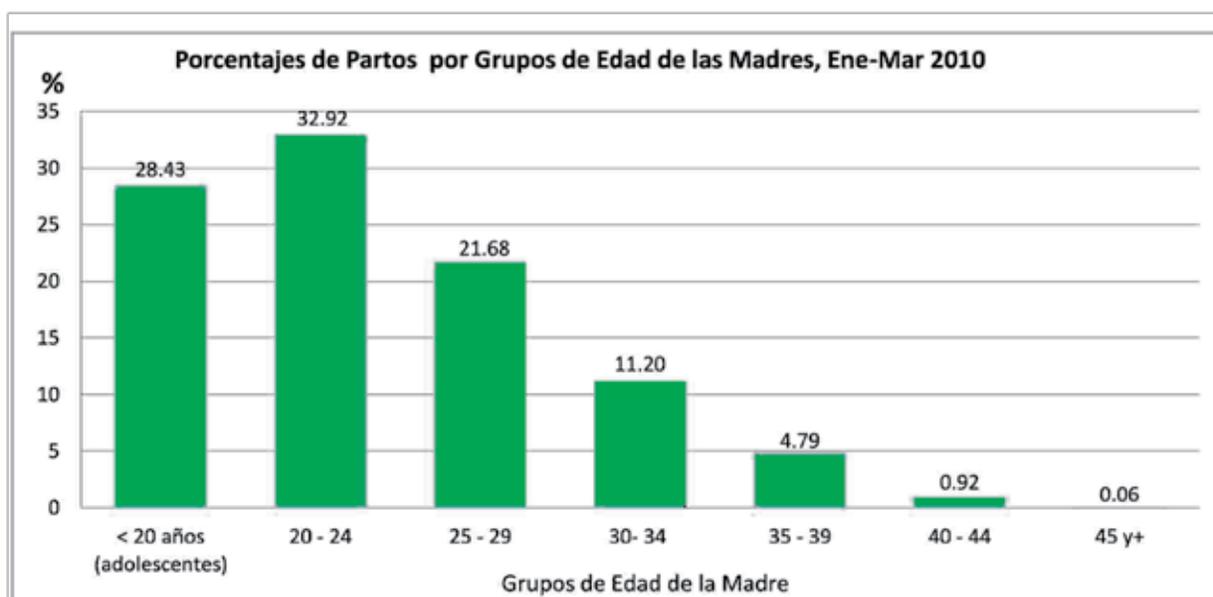
el mayor porcentaje en el grupo de 20-24 años con un 31.73%, seguido de un 24.12% correspondiente a las adolescentes. (Ver gráfico No.9)

Es necesario aclarar que estos datos son los recibidos en el nivel central por la Dirección de Estadísticas, provenientes de los centros de salud que disponen de cama.

El bajo peso al nacer, según lo registrado en el Boletín semestral enero- junio 2010 de la Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública, fue de un 31.90% en el grupo de las jóvenes entre 20 y 24 años y de un 29.28% en las menores de 20 años. (Ver gráfico No.10)

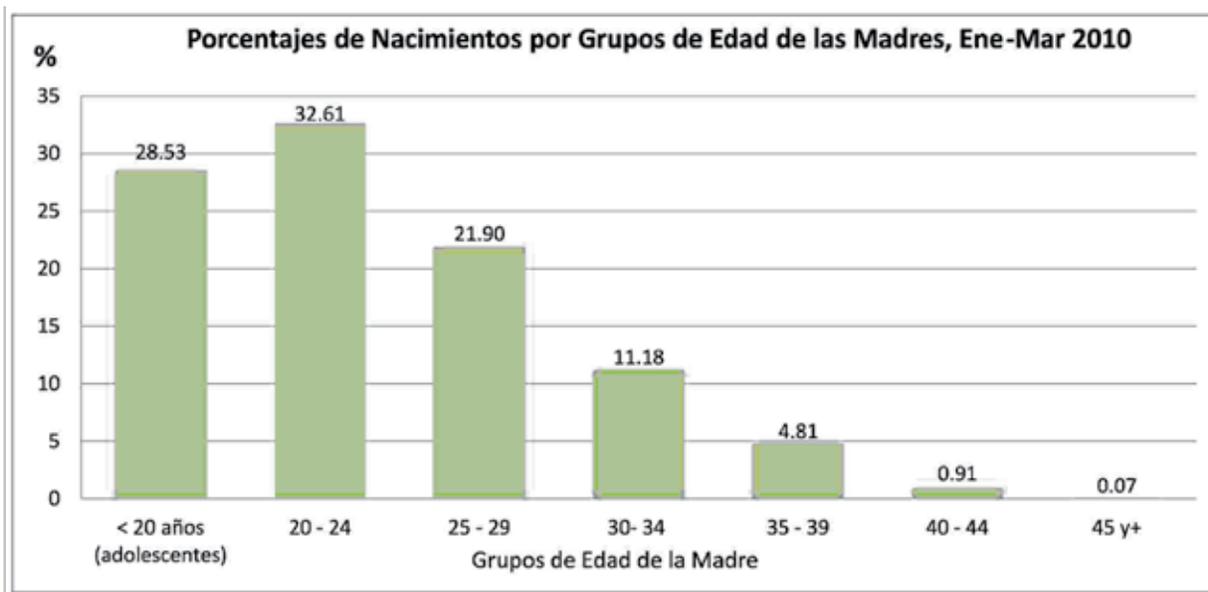
Estos datos corroboran las fuentes antes mencionadas (ENDESA y ONE) en cuanto a la fecundidad de adolescentes en la República Dominicana.

GRAFICO No. 7



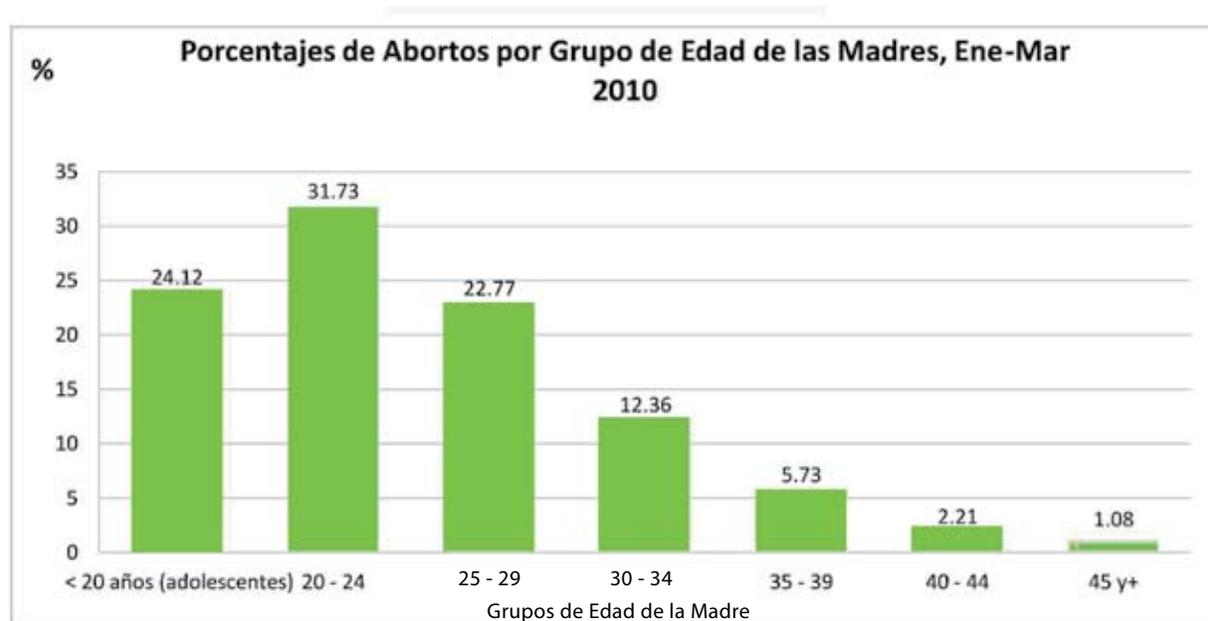
Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social- Dirección General de Información y Estadísticas de Salud (2009) Informe semestral enero- junio 2010. República Dominicana.

GRAFICO No. 8



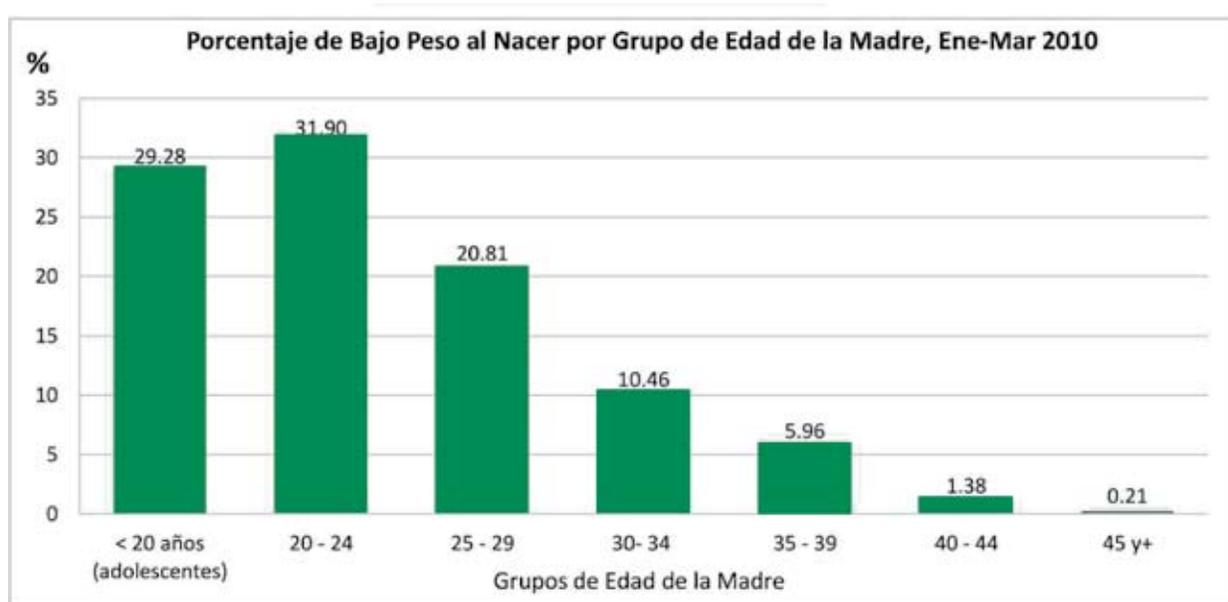
Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social- Dirección General de Información y Estadísticas de Salud (2009) Informe semestral enero- junio 2010. República Dominicana.

GRAFICO No. 9



Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social- Dirección General de Información y Estadísticas de Salud (2009) Informe semestral enero- junio 2010. República Dominicana.

GRAFICO No. 10



Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social- Dirección General de Información y Estadísticas de Salud (2009) Informe semestral enero- junio 2010. República Dominicana.

El embarazo en la adolescencia se define como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años ginecológicos de la mujer y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. Ha sido llamado también el síndrome del fracaso, o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza.

El costo de términos de morbilidad y mortalidad materno-infantil y el impacto psicosocial del embarazo es importante si se considera que es un fenómeno prevenible.

La etiología se relaciona con factores que incluyen nivel socioeconómico bajo, inestabilidad familiar, expectativas del grupo de pares respecto a la inicialización de las relaciones sexuales, decli-

nación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad.

En relación a este último factor señalado es necesario destacar que los embarazos durante la adolescencia forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales, sobre todo rurales. Sin embargo, en las grandes ciudades generalmente constituyen embarazos no deseados y se presentan en parejas que no han iniciado una vida en común o se encuentran en situaciones de unión consensual, lo que generalmente termina con el abandono de la mujer y del hijo o hija, generando así la condición social de “madre soltera”. Además, muchos de estos embarazos terminan en abortos ilegales practicados por personal no capacitado y en condiciones sanitarias inadecuadas y de alto riesgo²⁵.

²⁵Secretaría de Estado de la Mujer y Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia social (2008). Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes. Segunda Edición Impresos Santillas. República Dominicana.

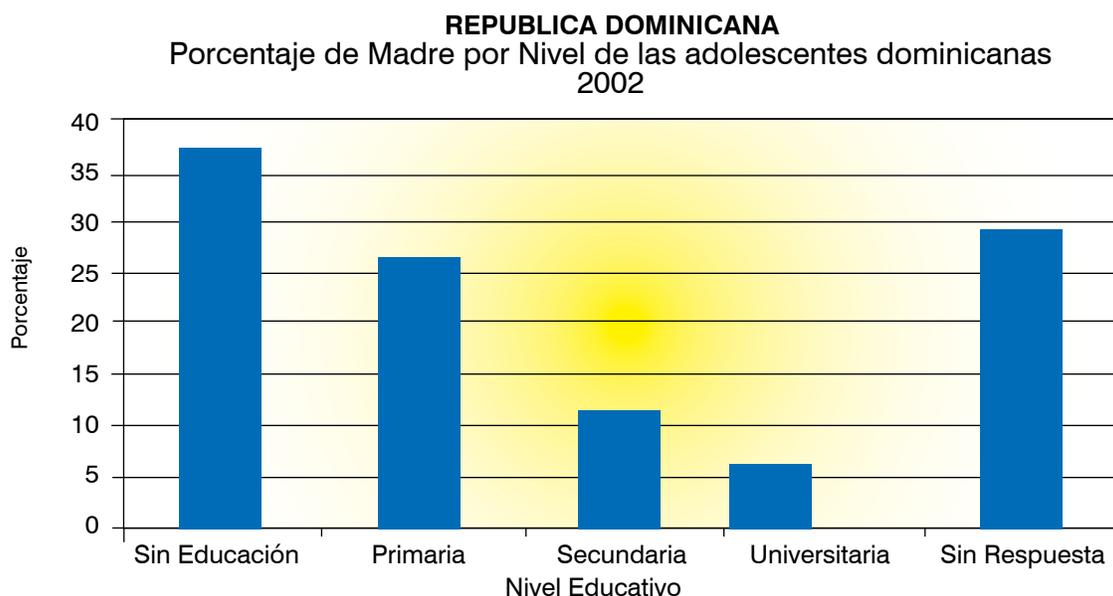
La gravedad del problema del embarazo en adolescentes reviste implicaciones sociales y psicológicas a nivel individual, de la pareja y del hijo/a de la adolescente; así como a nivel familiar, comunitario y de la sociedad en su conjunto.

El impacto del embarazo en la adolescencia es sobre todo de tipo psicosocial y se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos/as, desempleo, fracaso en la relación de pareja e in-

gresos inferiores de por vida. Contribuye a perpetuar el ciclo de la pobreza y a la “feminización de la pobreza” (SEM & SESPAS, 2008)

A menor educación, mayores índices de embarazos durante la adolescencia., de acuerdo al estudio Madres Adolescentes en la República Dominicana (ONE, 2008). Estos resultados se muestran en el gráfico No.11.

GRAFICO No. 11



De acuerdo a lo registrado por la ENDESA, el porcentaje de adolescentes que se embarazan por primera vez no se ha reducido en los últimos cinco años; sin embargo en el caso de las que ya son madres hubo una reducción porcentual de un 3% lo que es indi-

cativo de una mejora en términos de la prevención de un siguiente embarazo, lo cual se vincula con una mayor actitud y practica preventiva, incluyendo incremento en el uso de métodos anticonceptivos luego del embarazo (Ver tabla No. 5)

TABLA No. 5

Porcentaje de Adolescentes que son madres o han estado embarazadas. 2002-2007.

Adolescentes (15-19 años)	ENDESA 2002	ENDESA 2007
Madres	19%	16%
Embarazadas 1era vez	4%	4%
Total	23%	20%

XI

MORTALIDAD MATERNA

54

La tasa de mortalidad materna en la República Dominicana mantiene una tendencia hacia la reducción, pasando de 178 (ENDESA, 2002) a 159 por cien mil nacidos vivos (ENDESA, 2007), aunque sigue siendo una de las más altas de América Latina.

Según la fuente anterior, en la distribución por edades se observa que un 19.0% de las muertes ocurren en mujeres entre los 15-19 años. Es decir que una de cada cinco muertes maternas es una mujer que no ha llegado a los 20 años.

Las principales causas de muertes maternas en adolescentes son consideradas como evitables, e incluye los trastornos hipertensión- eclampsia-, hemorragias e infecciones y abortos.

Esta alta mortalidad materna exhibida por la República Dominicana contrasta con el hecho de que las mujeres adolescentes acuden a los servicios de salud en procura de atención prenatal y más del 98% tiene partos institucionales; la situación refleja un problema más de calidad de atención que de acceso a servicios. (Ministerio de Salud Pública, 2010)

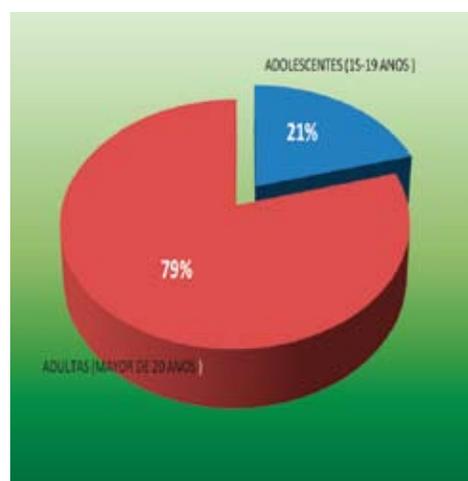
En la tabla número 6 y el gráfico número 12; se muestra la distribución por edad de la mortalidad materna en la República Dominicana para los años 2007-2009, de acuerdo a la información suministrada por el Sistema de Vigilancia del Ministerio de Salud Pública,

Distribución por edad Mortalidad Materna en la República Dominicana 2007-2009 Sistema de Vigilancia, SESPAS

TABLA No. 6

Edades	2007	2008	2009	Total
14	1	1	3	5
15	6	4	4	14
16	5	6	8	19
17	10	6	5	21
18	9	12	10	31
19	8	9	9	26
20	7	14	7	28
21	6	7	14	27
22	6	9	11	26
23	9	10	17	36
24	8	4	13	25
25	12	6	8	26
26	5	10	11	26
27	11	14	7	32
28	5	13	9	27
29	6	10	5	21
30	5	5	11	21
31	8	6	4	18
32	4	6	7	17
33	5	9	7	21
34	6	3	7	16
35	2	3	4	9
36	6	5	9	20
37	1	3	6	10
38	2	4	1	7
39	2	3	2	7
40	3	1	4	8
41	1	1	1	3
42	1	1	1	3
45	0	2	1	3
Mayor 45	0	3	7	10
Total general	160	190	213	563

GRAFICO No.12



XII

MATERNIDAD Y PATERNIDAD ADOLESCENTE

56

La maternidad y la paternidad son roles de la edad adulta. Cuando sobreviene un embarazo en una pareja adolescente, impone a los y las jóvenes una sobre adaptación a esta situación para la cual no están emocional ni socialmente preparados²⁶.

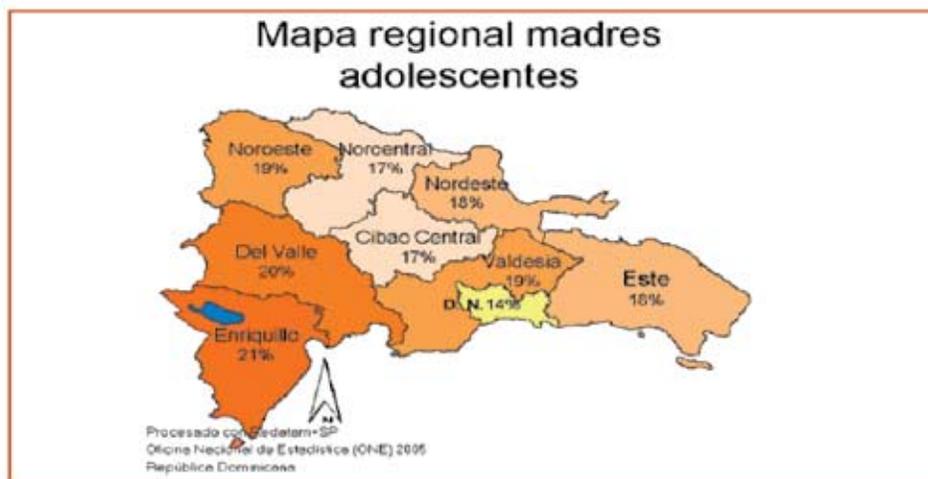
La fuente antes citada comenta como el embarazo en la adolescencia muy pocas veces es casual y menos aún conscientemente buscado; obedece en general a una serie de causas psi-

cológicas, sociales y culturales, con un patrón propio que se repite a lo largo de las diferentes poblaciones en que este fenómeno se ha estudiado.

La maternidad adolescente es mayor en las adolescentes de menos recursos económicos, en las zonas rurales y en aquellas con menores niveles educativos. De acuerdo a ENDESA 2007, al indagar si las adolescentes habían sido madres, se reportó

GRAFICO No.13

Madres adolescentes en República Dominicana

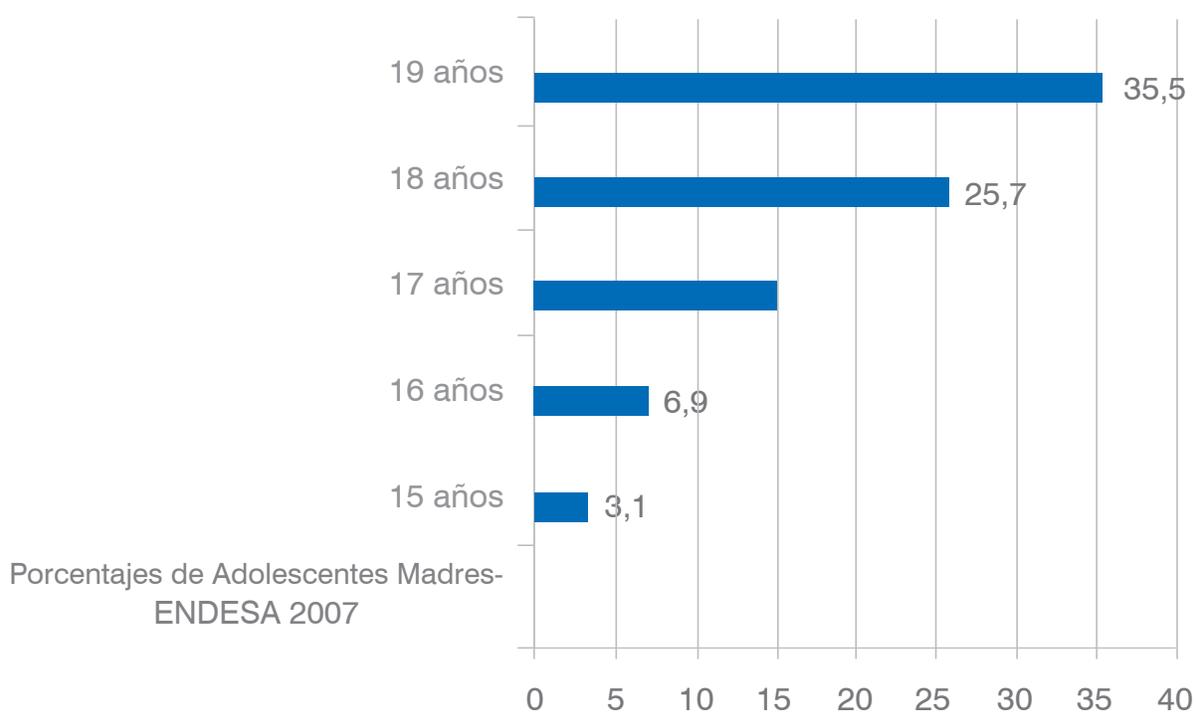


²⁶ Consejo Nacional de Población y Familia/ CONAPOFA (2008) "Maternidad y Paternidad en Adolescentes". Editora de Revista, S. A. República Dominicana.

en la población estudiada los siguientes porcentajes: a la edad de 15 años: 3.1%; a los 16 años un 6.9%; a los 17 años un 15%; a los 18 y 19 años se registra un incremento que indica que es

en estos años donde ocurren más nacimientos de madres adolescentes con un 25.7% y 35.5% respectivamente. (Ver Gráfico No. 14).

GRÁFICO NO. 14



XIII

USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

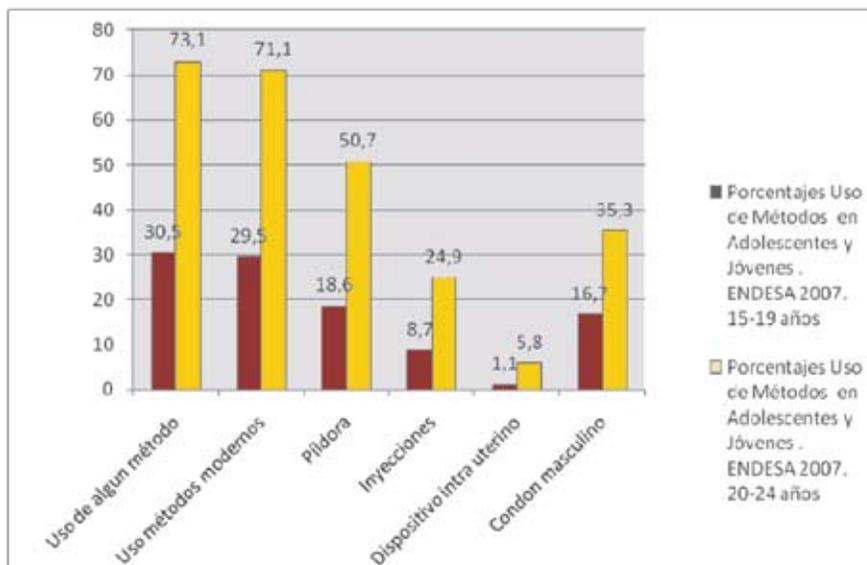
58

Se ha registrado que el conocimiento sobre algún método para regular la fecundidad es universal en la República Dominicana. Prácticamente el 100% de las mujeres, incluyendo las adolescentes, conocen algún método anticonceptivo moderno de planificación familiar, mientras un 82% conoce algún método tradicional²⁷.

Sin embargo, el conocimiento no necesariamente se traduce en el uso. De acuerdo a la fuente ante-

rrior donde se entrevistaron mujeres adolescentes sexualmente activas entre los 15 y 19 años, solo el 30.5% reportó que habían usado algún método anticonceptivo. El 29.5% reportó que había usado métodos modernos, siendo los más utilizados la píldora (18.6%), el condón masculino (16.7%) y las inyecciones (8.7%). En el caso de los métodos tradicionales han sido utilizados por el 10.5% del grupo entrevistado; el método más utilizado fue el “retiro” (9.6%).

GRÁFICO No. 15



²⁷Centro de Estudios Sociales y Demográficos (2007). Encuesta Demográfica y de Salud-2007. República Dominicana

TABLA No. 7

Métodos de Anticoncepción (MAC)	Pastilla	Inyección	DIU	Parche	Implante	Otros
Métodos modernos de anticoncepción disponibles en el país (Sí/No)	Sí	Sí	Sí	NO	Sí	Condón, espermicidas
Cuáles son los métodos anticonceptivos que los adolescentes usan más (%)	7%	3.6%		---		Condón masculino: 2.9%
MAC disponibles en los hospitales públicos (HP), centros de salud-nivel primaria (NP), o ambos (A)	(A)	(A)	(A)	---	HP	--
MAC disponibles en los hospitales privados (HP), clínicas privadas (CP), farmacias (F) o todos (T)	(T)	(T)	(T)	(F)	---	
Quien puede administrar los MAC (Ej. Médicos, Enfermeras, Promotores, Trabajadores de Salud, Fármacos, Otros)	Médicos, Enfermeras Promotores	Médicos, Enfermeras Promotores	Médicos	Médicos	Médicos	—

DIU – Dispositivos Intrauterinos – están hechos de plástico, metal o una combinación de ambos, se introducen en el útero a través del conducto cervical.

Parche – un parche transdérmico plástico, fino, de color beige que libera pequeñas dosis de hormonas que se absorben a través de la piel.

Implante – Son unos dispositivos plásticos finos y pequeños implantado quirúrgicamente debajo de la piel del brazo que segregan una hormona sintética.

El uso de la anticoncepción de emergencia fue reportado por el 1.6% del total de mujeres entrevistadas.

El uso actual de métodos anticonceptivos, según la fuente citada anteriormente, en las mujeres de 15-19 años es de un 15.2%, optando por métodos tradicionales el 14.4% y el 0.9% por métodos tradicionales. Las píldoras (7.0%), las inyecciones (3.6%) y el condón masculino (2.9%) son los más utilizados. Un dato de interés reportado en la

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

En el cuadro siguiente se muestran estos resultados, tanto para el grupo de 15-19 años, como para el grupo de 20-24 años, observándose que los porcentajes de utilización se incrementan en este último grupo.

XIV

EDAD DE LA PUBERTAD EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

60

La edad de la pubertad ha declinado desde 17 años en el siglo XIX a alrededor de 12-13 años actualmente. Las adolescentes son fértiles a una edad menor. Las adolescentes con una edad de menarquia precoz están más expuestas al riesgo de embarazarse (OPS,2009)

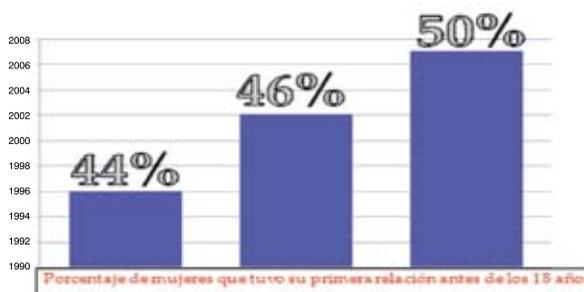
En el estudio “Maternidad y paternidad adolescente, 2007” realizado por el Consejo Nacional de Población y Familia fue reportado, que el inicio de las relaciones sexuales en adolescentes es motivado mayormente por el “enamoramiento” y ocurre de forma espontánea, no siendo una situación planificada.

La edad mediana de la primera relación sexual ha ido en descenso durante los últimos años, según los hallazgos de las ENDESA, entre 1996, 2002 y 2007, el porcentaje de mujeres que tuvo su primera relación antes de los 18 años ha ido en ascenso: pasó de 44% en el año 1996, a 46% en el año 2002 y a 50% para el año 2007. Estos resultados se muestran en el gráfico No. 16.

En el caso de los hombres para el año 2007 se encontró que el 67% ha tenido relaciones antes de los 18 años. Según lo registrado en la ENDESA 2007 entre adolescentes quienes postergan menos las relaciones sexuales corresponden al sexo masculino, residentes en zonas rurales, más pobres y con menor nivel educativo. Las provincias que registran mayores índices relacionados al inicio precoz de las relaciones sexuales en mujeres son: Bahoruco, Azua, San José de Ocoa y Pedernales; mientras que las de menores índices son la Provincia Hermanas Mirabal y el Distrito Nacional.

GRAFICO No. 16

**Edad mediana de la primera relación sexual en mujeres.
ENDESA 1996-2002-2007**





XV

ACTITUDES Y PERCEPCIONES DE GÉNERO

Las actitudes y percepciones de género inciden de manera determinante en la salud sexual y reproductiva. El aumento en los niveles de autonomía de las mujeres y su participación en la toma de decisiones en el hogar y el control de recursos pasan por un cambio en las actitudes sobre los roles socialmente asignados a mujeres y hombres y sobre las relaciones desiguales entre ambos.

En la ENDESA 2007, se exploraron las actitudes relacionadas al género a partir de una serie de afirmaciones que aquí detallamos y en paréntesis se coloca el porcentaje de la población de

mujeres adolescentes entre 15-19 años que estuvo en desacuerdo con dichas afirmaciones.

Al igual que en la población general de mujeres, las adolescentes están en desacuerdo con cinco de estas seis afirmaciones. Para decisiones específicas, el porcentaje oscila de un 76.7% que no está de acuerdo con que “Las decisiones importantes del hogar deben ser tomadas por los hombres en la familia”, hasta un 98.3% que dijo estar en desacuerdo con que “La esposa o compañera no tiene derecho a expresar su opinión sino esta de acuerdo”

- “Las decisiones importantes del hogar deben ser tomadas por los hombres en la familia” (76.7%)
- “Si una mujer trabaja fuera del hogar, el esposo o marido no debe ayudar en los quehaceres del hogar” (97.4%)
- “No se debe permitir que una mujer casada trabaje fuera de la casa” (77.1%)
- “La esposa o compañera no tiene derecho a expresar su opinión sino esta de acuerdo” (96%)
- “Una esposa debe aguantar que su esposo le pegue para mantener unida a la familia” (98.3%)
- “Es mejor que un hijo alcance un mayor nivel educativo que una hija” (84.5%)

Otro aspecto considerado en el proceso de empoderamiento de la mujer que fue investigado en la ENDESA 2007, se refiere a las percepciones y experiencias de género vividas por las mujeres. Al solicitársele que respondieron a preguntas específicas sobre este tema, el porcentaje de adolescentes de 15-19 años que tienen estas creencias y experiencias en relación al género fueron los siguientes:

En la República Dominicana prevalece un modelo cultural que promueve una relación desigual entre hombres y mujeres; donde la mujer ocupa una posición de subordinación respecto al hombre. Esta cultura, predominantemente “machista” influye en la exposición y el riesgo de las mujeres y los hombres adolescentes a un embarazo precoz ²⁹

- 59.7%: *“Creen que tienen igual derecho que los hombres”*.
- 89.4%: *“Creen que se les respeta y se toma en cuenta su opinión”*.
- 41.8%: *“Se sienten libres de hacer lo que quieran”*.
- 90.6%: *“Tienen tiempo de compartir con sus amigas y salir juntas”*.
- 12.9%: *“Se sienten sometidas u oprimidas en su hogar”*.
- 85.7%: *“Dicen que es importante trabajar fuera de la casa”*
- 92.5%: *“Dicen que es importante tener un puesto de responsabilidad en el trabajo”*.
- 14.2%: *“Están interesadas en cuestiones públicas”*.

²⁹Consejo Nacional de Población y Familia/ CONAPOFA (2008) “Maternidad y Paternidad en Adolescentes”. Editora de Revista, S. A. República Dominicana.

XVI

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER E INTRAFAMILIAR

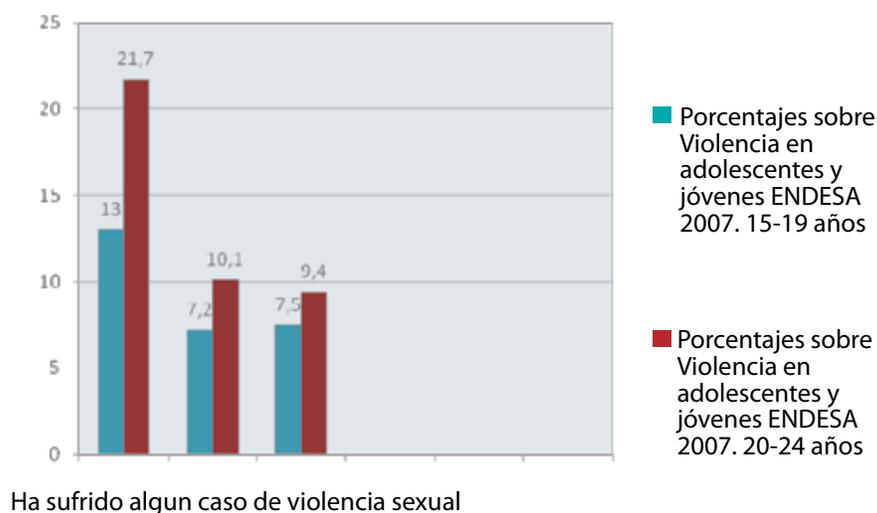
La problemática de la violencia contra la mujer ha cobrado importancia en el país, y cada vez es más estudiada y reconocida como un problema de múltiples dimensiones y consecuencias. La ENDESA 2007 reporta que un 20% de las mujeres ha experimentado violencia física en algún momento después de haber cumplido los 15 años.

En el caso de adolescentes entre 15 y 19 años el 13% han sido víctimas de algún tipo de violencia y de éstas un 7.2% la ha padecido estando embarazada y 7.5% reporta que ha experimentado violencia sexual.

Por su parte, en el grupo de 20-24 años, la misma fuente registra que el 21.7% ha sido víctima de algún tipo de violencia y el 10.1% la ha sufrido estando embarazada, mientras que el 9.4% reporta que ha sido víctima de violencia sexual. (Ver gráfico No. 17)

Los registros señalan que la violencia ocurre con mayor frecuencia entre las menos educadas, residentes en zonas urbanas y con estado civil de casadas o unidas.

GRAFICO No. 17



XVII

VIH y SIDA

USO DE CONDON

66

El éxito de los programas dirigidos a enfrentar la pandemia del SIDA depende, en gran parte, de las posibilidades de aumentar los conocimientos, y generar actitudes y prácticas vinculadas al ejercicio de la sexualidad de manera segura y responsable.

La ENDESA 2007 indagó respecto al conocimiento de la población sobre el SIDA y el virus que causa esta enfermedad, considerando que es un aspecto importante en la prevención de la misma. Un 99.3% de jóvenes femeninas y un 98.7% de sexo masculino entre 15 y 24 años ha escuchado hablar de SIDA, sin diferencias signifi-

cativas en relación a las siguientes variables: lugar de residencia, provincia, estado conyugal, nivel educación o condiciones socioeconómicas.

Al cuestionar sobre las formas de evitar el SIDA, los porcentajes de respuestas acertadas superaron el 75% identificando el uso de condones, las relaciones sexuales con una sola pareja, el uso de condones más relaciones con una sola pareja y el no tener relaciones sexuales. Es considerado, de acuerdo a estos resultados que el 39.3% de adolescentes de sexo femenino y el 32.6% de sexo masculino tienen un “conocimiento comprensivo sobre el VIH/SIDA” (Ver tabla No. 8)

TABLA No. 8

VIH/ SIDA ...

Jóvenes y VIH/SIDA...	Fem.	Masc
Conocimiento comprensivo sobre el SIDA	39.3%	32.6%
Uso condón primera relación sexual	25%	53%
Prevalencia VIH/ SIDA 15-24 años	0.4	0.2

Menos conocimiento:

- Sexo masculino
- Área rural
- Menor nivel educativo
- Más pobres

Menos uso condón:

- Área rural
- Casadas/unidas (os)
- Menor nivel educativo
- Menor nivel adquisitivo

Sin embargo, a pesar de los resultados antes descritos respecto a conocimientos, en la población joven se reporta una baja percepción de riesgo de contraer SIDA. En el caso de las mujeres de 15-24 años el 56.2% se percibe sin “ningún” riesgo y el 27,3% se percibe con un “pequeño” riesgo; las definiciones de riesgo “moderado” y “grande” fueron reportados en el 9.1% y 7.2%, respectivamente.

En el sexo masculino el 49.4% se percibe sin “ningún” riesgo de contraer el SIDA y el 34.0% se percibe con un “pequeño” riesgo; las definiciones de riesgo “moderado” y “grande” fueron reportados en el 8.6% y 7.9%, respectivamente. En ambos sexos no se percibe un riesgo “grande” con relación a contraer SIDA.

USO DE CONDON

A pesar de que el condón es entre los métodos anticonceptivos el único con capacidad de prevenir además de un embarazo no deseado una infección de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH/SIDA. La realidad es que en esta población existe poca actitud preventiva, el uso de condón en la primera relación sexual en la población adolescente, siendo apenas un 28.6% de las mujeres y de un 58.7% de los varones.

En adolescentes a mayor edad menor uso de condón, siendo menores los índices de este indicador en la zona rural que en la urbana. Por otra parte, en relación al uso de condón durante la última relación sexual los porcentajes reportados fueron de un 33.9% en las jóvenes de 15-24 años y de un 61.8 % en varones de este mismo grupo

de edad, quienes tuvieron dos o más parejas en los últimos 12 meses³⁰.

Durante la realización de la ENDESA 2007 se determinó la prevalencia de VIH en la población de República Dominicana, registrándose la misma en 0.8 por ciento de la población entre 15 y 49 años, en comparación con el uno por ciento registrado en la ENDESA 2002. Para el grupo de 15-19 años esta prevalencia es de 0.2%.

Las y los adolescentes son un grupo altamente vulnerable ante las ITS/VIH y SIDA, tanto por razones biológicas como por razones de comportamiento. Al iniciar la actividad sexual durante la adolescencia existe una mayor probabilidad de tener más de un compañero o compañera sexual; la gran mayoría carece de habilidades para negociar la actividad sexual y el uso de protección.

Por otra parte, existen adolescentes con escasa información o información inadecuada respecto a las ITS/VIH y SIDA y no saben dónde acudir en caso de presentar algún trastorno relacionado a la sexualidad. También es de considerar que muchas adolescentes inician la actividad sexual en un contexto de abuso o coerción que reduce sus posibilidades de protección.

Ante este contexto, se requiere desde el sector salud abrir espacios de intervención preventiva y de promoción de la salud sexual y reproductiva, así como atención clínica integral y de calidad que contemple las demandas de este grupo de edad con un enfoque centrado en los derechos, la participación social y con perspectiva de género.

³⁰Centro de Estudios Sociales y Demográficos (2007). Encuesta Demográfica y de Salud-2007. República Dominicana

XVIII

MARCO LEGAL Y DE POLÍTICAS PÚBLICAS. BARRERAS LEGALES

68

La República Dominicana es signataria de una serie de convenciones y tratados que establecen compromisos vinculados a los derechos humanos y de manera particular en los temas referidos a la salud. Entre los compromisos internacionales cabe citar los siguientes:

- Convenciones:
 - Sobre Derechos de niños, niñas y adolescentes.
 - No-discriminación contra la mujer.
 - Otras.
- Conferencias sobre Población y Desarrollo:
 - El Cairo,1994/ concepto de Salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y reproductivos.
- Conferencias sobre la Mujer.
 - Beijing,1995.
- Objetivos de Desarrollo del Milenio
- Carta Iberoamericana de Juventud.

Estos compromisos internacionales, a su vez han propiciado que en el país se trabajen leyes, políti-

cas, planes y programas específicos para adolescentes y jóvenes que contribuyan a mejorar su calidad de vida, y la salud sexual y reproductiva.

Como parte de este marco legal y de carácter regulador en salud, tenemos:

- Ley General De Salud
- Ley Seguridad Social
- Ley 136-03/Sistema de Derechos Fundamentales de Niños, Niñas y Adolescentes.
- La Ley General de la Juventud 40-00 y el reglamento 834-02
- La Política Publica Nacional para el desarrollo de la Juventud dominicana 2008-2015
- Plan Decenal de Salud 2006-2015
- Plan Nacional de Igualdad y Equidad de Género / PLANEG
- Plan Estratégico Nacional Respuesta VIH y SIDA.
- Programa Afectivo-sexual del Ministerio de Educación.
- El Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de los y las adolescentes (PRONAISA)
- Normas Nacionales de Atención Integral a la sa-

lud de adolescentes.

- Normas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva
- Estrategia Nacional de Desarrollo 2010-2030. A continuación se comentan algunos aspectos relevantes de estos:
- **El Plan Decenal de Salud 2006-2015**, el cual es un instrumento para el desarrollo del sistema de salud bajo el marco reglamentario vigente.
- La propuesta para la **Estrategia de Desarrollo 2010-2030**, plantea el desarrollo humano de la población como objetivo esencial y enfoca la eficiencia y productividad, el fortalecimiento de las instituciones y el perfeccionamiento de la gestión pública como instrumentos al servicio del bienestar humano.
- **La Ley General de la Juventud 49-00** y el Reglamento 834-02 para su aplicación. Esta Ley tienen por objeto “instaurar el marco jurídico, político e institucional que oriente las acciones del estado y la sociedad en general hacia la definición e implementación del conjunto de políticas necesarias para lograr la satisfacción de las necesidades y expectativas de la población joven de la Nación, así como una efectiva participación de los jóvenes en los procesos de toma de decisiones”.

- **La Política Pública Nacional para el desarrollo de la Juventud dominicana 2008-2015** cuyo objetivo es “impulsar el desarrollo integral de la población joven de la Republica Dominicana a partir de la definición y ejecución de las políticas nacionales en las áreas definidas por la Ley General de Juventud, o sea, educación, salud, empleo, capacitación, deporte, recreo, cultura y participación”. Lo anterior articulando de manera efectiva las diversas instancias del estado que implementan planes, proyectos y programas dirigidos a jóvenes.

En relación a la temática de salud, los principales lineamientos planteados en la política son:

- Incorporar a los y las jóvenes en los espacio de participación y definición de las ofertas de salud, reconociendo, fortaleciendo y actualizando los medios tradicionales de expresión juvenil.
- Creación de un Departamento de Juventud en la Secretaría de Estado de Salud Publica y Asistencia Social, que ejecute y coordine las acciones y programas de IEC para jóvenes y vele por la calidad y calidez de los servicios dirigidos a esta población.

- Inclusión de la cobertura nacional de servicios de salud integral de alta calidad en el presupuesto nacional, haciendo énfasis en los SSR.
 - Creación y promoción a través de los sectores correspondientes de un sistema de apoyo y seguimiento para los y las jóvenes en condiciones especiales, tales como: jóvenes que viven con VIH, personas con discapacidad, enfermos terminales, encarcelados, adictos a sustancias controladas y/o prohibidas, que dé respuesta a esta población especial y que se realice de manera estrictamente confidencial.
 - Creación de programas especiales de educación de calidad de manera permanente, a los jóvenes, para disminuir embarazos en adolescentes y abortos en situaciones de riesgos, así como brindar servicios psicológicos a los mismos, incluyendo acciones para la orientación de los tutores.
 - Creación de un departamento de juventud en la Secretaría de Estado de Medio Ambiente que incentive acciones y programas que velen por la conservación del medio ambiente.
 - Creación de un Programa de Atención Psicológica dentro de los servicios amigables de salud para jóvenes amigables de salud para jóvenes involucrados e involucradas en el comercio sexual.
- Las **Normas Nacionales para la Atención Integral de Adolescentes**, que proporcionan criterios técnicos – administrativos para orientar la oferta de atención integral a la salud de la adolescentes dominicanos. Estas normas tienen como base legal la Constitución de la Republica, la Ley General de Salud, el Código pata el Sistema de Protección de los Derechos Fundamentales de los niños, niñas y adolescentes/136-03 y otras leyes vigentes – Ley 55-93 sobre el SIDA, Ley General de Juventud y Ley sistema Dominicano de Seguridad Social.
 - **El Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de los y las adolescentes (PRONAI-SA)**; unidad programática de la Dirección Materno Infantil y Adolescentes del Ministerio de Salud Pública. Esta instancia es la encargada de promover y apoyar las acciones dirigidas a promover servicios integrales y de calidad para adolescentes.

BARRERAS LEGALES

La realidad es que, al igual que en la mayoría de los países de la región, el acceso de la población joven a los servicios de salud sigue siendo insuficiente. Muchos adolescentes y jóvenes encuentran obstáculos legales y económicos, y ambientes hostiles cuando utilizan los servicios de salud; tales como el incumplimiento de la confidencialidad, los juicios de valor y la desapropa-

ción relacionados con la actividad sexual y la discriminación.

A lo anterior se suma la situación de que el acceso a los servicios de salud (incluyendo biomédico, de salud mental y otros) se ve afectado, además, por barreras geográficas y la limitada disponibilidad de personal de salud capacitado para el manejo de adolescentes.

En lo referente a las barreras legales esta la situación de que los marcos legales no son explícitos en cuanto a señalar limitaciones para el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de adolescentes; por su parte en las Normas nacionales de salud sexual y reproductiva, incluyendo las de planificación familiar y las de adolescentes en

particular hacen referencia en el derecho de los y las usuarias jóvenes a la confidencialidad en la atención.

Existen situaciones en que algunos profesionales de la salud recurren a la condición de “menores de edad” para solicitar la presencia de familiares en la atención de adolescentes, lo cual es una barrera importante que limita el acceso a servicios. Sin embargo, la práctica generalizada es la de proveer los diferentes servicios de SSR a adolescentes que los solicitan sin exigir la presencia de familiares, a menos que haya una condición de riesgo mayor o que ponga en peligro la vida de las personas. No se tienen noticias de casos en la jurisprudencia nacional donde el personal de salud haya sido acusado por proveer servicios en materia de SSR a adolescentes.

TABLA No. 9
Ambiente de Políticas e Información Estratégica clave en Salud Sexual Reproductiva en
Adolescentes y Jóvenes. República Dominicana- 2010

Políticas y legislaciones

Políticas y legislaciones	Salud sexual y reproductiva	Anticoncepción y/o Planificación familiar	Salud de Adolescentes	VIH/Sida	Violencia de género
Existe una ley, política, plan y/o programa nacional (Sí/No)	NO	SI	SI	SI	SI
Fecha de inicio	-----	1976	1993	1993	1997
Fecha de ultima revisión	----	2008	2010	Ley en Revisión/ Plan Estratégico Actualizado al 2009	1997
Existe recursos financieros nacionales vinculados con el tema y cantidad	SI/ limitados	SI/ limitados	SI/ limitados	SI/ limitados	SI/ limitados
Existe recursos humanos nacionales vinculados con el tema y cantidad	SI/Insuficientes	SI/Insuficientes	SI/ Insuficientes	SI/ Insuficientes	SI/ Insuficientes
El tema de empoderamiento está integrado en la política (Sí/No)	NO	NO	SI	NO	SI
El tema de adolescentes está integrado en la política (Sí/No)	SI	SI	SI	SI	SI
El tema de género está integrado en la política (Sí/No)	SI	SI	SI	SI	SI
El tema de etnia está integrado en la política (Sí/No)	NO	NO	NO	NO	NO
El tema de derechos humanos está integrado en la política (Sí/No)	SI	SI	SI	SI	SI
La población indígena es una población prioritaria (Sí/No)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Los niños de la calle son una población prioritaria (Sí/No)	NO	NO	NO	NO	NO
La población lesbiana, gay, bisexual, transgénero (LGBT); HSH es una población prioritaria (Sí/No)	NO	NO	NO	SI	NO
Las trabajadoras/as del sexo son una población prioritaria (Sí/No)	NO	NO	NO	SI	NO
Los usuarios de drogas inyectables son una población prioritaria (Sí/No)	NO	NO	NO	SI	NO

XIX

INFORMACION EN SALUD

Las estadísticas en relación a la salud de la población adolescente son realmente reducidas. Las y los adolescentes forman un grupo poblacional con necesidades de salud muy particulares, siendo el grupo poblacional con menos posibilidades de padecer trastornos de tipo orgánico, sin embargo, son muy frecuentes en estas edades los trastornos de tipo psicosocial.

El Ministerio de Salud Pública presenta problemas de subregistro, además de que la mayor parte de los instrumentos de recolección de información y/o registros hospitalarios no contemplan de manera diferenciada al grupo poblacional adolescente (10-19 años), esto a pesar de que la Ley General de Salud y la Ley de Seguridad Social lo identifican como un grupo poblacional específico a quienes le corresponden intervenciones en salud diferenciadas y que disponen en el marco del nuevo modelo de atención de una oferta básica de atención. De ahí, que exista limitada información respecto a los patrones de morbilidad y mortalidad de adolescentes; se tiene el dato a partir de la Endesa 2007 de que las enfermedades respiratorias continúan siendo las de mayor frecuencia en cuanto a causa de morbilidad en este grupo poblacional.

La Dirección General de Información y Estadísticas de Salud, instancia que recopila y analiza los datos provenientes de los servicios de salud a nivel nacional realiza publicaciones periódicas, donde se refleja la ausencia del grupo etario de 10-19 años; a excepción de las informaciones referidas al embarazo.

Por ejemplo, en las clínicas rurales, que se corresponden con el primer nivel de atención, se generan datos por grupos de edad donde aparece de manera diferenciada el grupo adolescente. Sin embargo, en los Anuarios estadísticos revisados (2008-2009) esta información no es presentada y se asume el grupo de 5-14 años y el de mayor de 15 años, no estando visible la producción proveniente de los servicios locales.

Las Encuestas nacionales sobre adolescencia y juventud no se han realizado en los últimos 15 años. Con la Encuesta Nacional de Jóvenes, Enjoven 92, se estudió de manera exhaustiva la situación nacional de adolescentes y jóvenes

desde el punto de vista sociodemográfico, con énfasis en la salud sexual y reproductiva. Entre los hallazgos de esta investigación se destacan las elevadas tasas de actividad económica, la precocidad de la actividad sexual y de la unión conyugal, la incorporación al trabajo a temprana edad, la baja asistencia escolar y el elevado índice de embarazo³¹.

Por su parte, las Encuestas Demográficas y de Salud (ENDESA), consideradas como fuentes confiables de información sobre la salud sexual y reproductiva de adolescentes, presentan la limitante de que su muestra poblacional es a partir de los 15 años, excluyéndose los y las adolescentes entre los 10 y 14 años de edad. Sin embargo, es a partir de esta fuente que se ha dado seguimiento a los indicadores, especialmente al índice de embarazos en adolescentes.

³¹Instituto de Estudios de Población y Desarrollo (1993), Encuesta nacional de Juventud-1992. República Dominicana.

XX

SERVICIOS DE SALUD.

En las últimas dos décadas la República Dominicana ha transitado por un proceso de reforma en el ámbito de las instituciones estatales, que incluye cambios importantes en el sector salud, habiéndose adoptado un Nuevo Modelo de Atención donde se importantiza la estrategia de atención primaria en salud.

Los servicios de salud operan en redes; la atención en el primer nivel está a cargo de las Unidades de Atención Primaria (UNAP), las cuales funcionan en clínicas rurales, dispensarios médicos y algunas también han sido instaladas en subcentros y hospitales de baja complejidad.

Estas UNAP se apoyan en los hospitales municipales y provinciales (2do. Nivel de atención) mediante la referencia de personas usuarias de los servicios. Los establecimientos de 2do. Nivel a su vez se apoyan y hace referencia a los Hospitales Regionales (3er. Nivel de atención)

Cada UNAP cuenta con un personal responsable de ofertar 25 acciones básicas, tales como:

- Promoción de salud.
- Atención prenatal y post natal.
- Atención del parto y el aborto.
- Cuidados neonatales.
- Control y estímulos al crecimiento y el desarrollo.
- Inmunizaciones.
- Detección temprana de cáncer de cervix y de mama.
- Cuidados de la nutrición.
- Salud oral.
- Anticoncepción y protección sexual.
- Control de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH y SIDA.
- Atención a las enfermedades respiratorias y enfermedades diarreicas.
- Vigilancia epidemiológica de las enfermedades.
- Vigilancia de los vectores y animales riesgosos para la salud.
- Atención a las emergencias.

El Nuevo modelo de atención reconoce el grupo poblacional de 10-19 años, como un grupo diferenciado y en la planificación por ciclo de vida se incluye para las y los adolescentes un paquete básico de atención que debe ser ofrecido en todos los establecimientos de salud.

El Plan Básico de Salud de Atención a los y las Adolescentes incluye las siguientes ofertas:

- Identificación de riesgos.
- Vigilancia nutricional y del crecimiento y desarrollo.
- Educación sexual y prevención del embarazo.
- Prevención y atención de ITS, VIH y SIDA.
- Promoción de hábitos saludables.
- Salud oral.
- Desarrollo del proyecto de vida.
- Anticoncepción y planificación de la familia.
- Control prenatal y postnatal.

- Prevención, detección y tratamiento de la tuberculosis.
- Atención de enfermedades prevalentes.

Por su parte, el Programa Nacional de Adolescentes (PRONAIISA) es responsable de la elaboración de las normativas de salud, así como del seguimiento a las acciones locales en materia de promoción en salud e intervenciones de carácter preventivo dirigidas a la población adolescente.

Desde el PRONAIISA se promueve la incorporación de la oferta básica de atención de adolescentes en el primer nivel y la instalación de servicios modelos de atención diferenciada para adolescentes en centros de salud de 2do y 3er nivel.

TABLA No. 10

Cuantos establecimientos de salud nivel primaria con servicios diferenciados para adolescentes existen en su país del total (Ej. 50/200)	318/1589=20%
Su país está implementando un paquete integral de normas y estándares para proveer atención adecuada los adolescentes y jóvenes (Sí/No)	SI
Cuantos centros de atención integral ofrecen consejería integral a los adolescentes (Ej. 20/50)	48/106
Su país está implementando una metodología de consejería integral para las necesidades de adolescentes y jóvenes (Sí/No)	NO
Cuál es la proporción de parto institucional en mujeres adolescentes	98%
Cuantos ingresos hospitalarios de aborto son mujeres 10-19 y 20-24	----
Existe algunos programas o servicios nacionales de atención de salud para hombres adolescentes y jóvenes (Sí/No)	SI

Para el año 2008 se registró que en el 100% de las Regionales de Salud y el 97% de las Direcciones Provinciales de Salud se contaba con un servicio de adolescentes en alguno de sus establecimientos de salud; de acuerdo al documento Diagnóstico situacional de la oferta de servicios de salud integral de adolescentes del Ministerio de Salud.

Los servicios de atención integral de adolescentes han tenido un incremento sostenido en los últimos años. En 2008 se presentaron un total de 81 servicios y en la actualidad están en funcionamiento alrededor de 100 servicios de atención integral de adolescentes en establecimiento de 2do y 3er nivel y sin embargo, se tiene escasa información en lo referente a coberturas y los mismos no han sido objetos de evaluaciones periódicas que puedan dar cuenta de su eficiencia. (Ver gráfico No.17)

Estos servicios operan en el marco de las Normas Nacionales de Atención Integral de Adolescentes. Las diferentes ofertas que están establecidas como parte de la atención integral de adolescente no está siendo brindada de igual

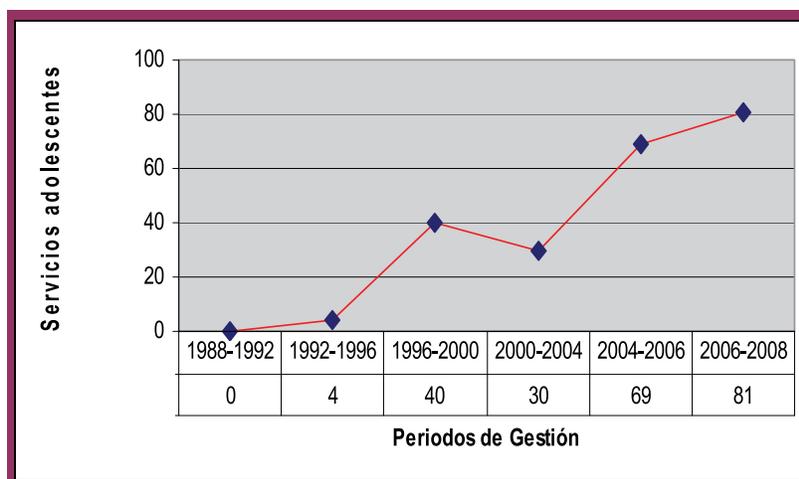
manera en todos los servicios de adolescentes, variando según el nivel de atención, las condiciones del establecimiento de salud y de factores tales como la falta de insumos y suministro, limitaciones en los recursos humanos y la existencia de infraestructura física no adecuada.

Las ofertas que deben ser brindadas por estos servicios son las siguientes:

- Consulta clínica integral que incluye evaluación del crecimiento y desarrollo; consulta ginecológica integral que incluye detección precoz cáncer cérvico uterino y patologías de mama;
- Detección y manejo de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH y SIDA;
- Consulta prenatal;
- Consulta postnatal o de puerperio;
- Consulta anticoncepción y planificación familiar;
- Consejería;
- Educación para la salud;
- Atención integral al aborto con prevención de un siguiente embarazo;
- Atención integral en caso de violencia.

GRAFICO No. 17

NUMERO DE SERVICIOS DE SALUD DE ADOLESCENTES EN LOS ULTIMOS PERIODOS DE GESTION DE LA SESPAS.



VACUNAS.

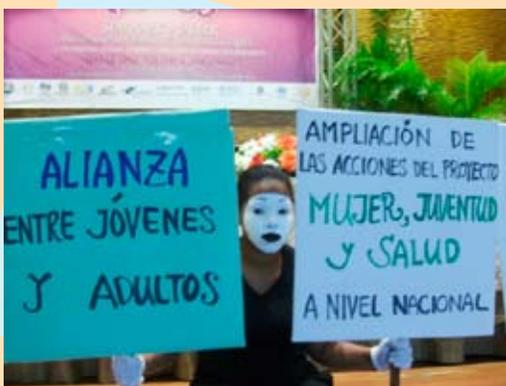
En la República Dominicana funciona el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), El esquema de vacunación vigente incluye la inmunización contra la tuberculosis, la hepatitis B, la poliomielitis; la pentavalente que en un solo pinchazo incluye difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B y meningitis por la bacteria *Haemophilus influenzae* B.

Además se aplican las vacunas combinadas para sarampión, rubéola y papera (SRP); difteria, tos ferina y tétano (DPT); difteria y tétano (DT); sarampión y rubéola (SR); también la de influenza para grupos de alto riesgo (envejecientes) y Fiebre Amarilla también para grupos de alto riesgo.

Hasta la fecha no se ha incluido la vacunación contra HPV como parte del esquema de vacunación, ni se han hecho acciones desde el PAI que permitan monitorear coberturas.

En el caso de la rubeola, cabe destacar que en el año 2006 fue abordada como una prioridad, realizándose una amplia exitosa campaña de vacunación alcanzando a la población de 7 a 39 años, desde entonces no se han reportado casos de rubeola, por tanto cero caso de rubeola congénita.

Las coberturas específicas en población de 10-19 años no están disponibles. En la tabla No. 12 se ofrece información sobre la situación referida a vacunas en adolescentes y jóvenes.



XXI

MORTALIDAD EN ADOLESCENTES.

En el año 2008 hubo una publicación³² de fuente oficial; donde se registraron las defunciones en adolescentes de ambos sexos para el año 2007; incluyendo las causas de muerte. (Ver tabla No. 11)

En esta publicación la meningococcemia aparece en primer lugar con un total de 109 casos, seguido de tumor maligno de faringe con 23 casos; leptopirosis con 10 casos al igual que el ahogamiento. Las causas de muerte debidas lesiones externas, tales como accidentes y heridas por armas de fuego y armas blancas figuran entre las primeras causas de defunción en adolescentes; así como la enfermedad por VIH y otros tipos de tumores.

Se presenta el cuadro con el detalle de las defunciones registradas en adolescentes según enfermedad o causa de muerte.

La fuente anterior, ofrece también información detallada sobre las causas de muertes en adolescentes femeninas en edad de 13-19 años donde las enfermedades infecciosas ocupan los primeros lugares (tuberculosis, septicemia, gangrena gaseosa y dengue hemorrágico); seguido de las enfermedades cardiacas; y las metabólicas (diabetes, cirrosis y desnutrición); en un 4to lugar como causa de muerte en este grupo poblacional figuran las lesiones externas por armas seguido por los accidentes. Entre las causas de muerte registradas con mayor frecuencia también figuran las neoplasias (tumores, linfomas y leucemias) y anemias de diversas tipologías. Las enfermedades neurológicas y la enfermedad por VIH también se registran entre las causas mas frecuentes de defunción en esta población (Ver tabla No. 12)

³²Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social- Dirección General de Información y Estadísticas de Salud (2009) Anuario Estadístico 2008. República Dominicana.

TABLA No. 11

Defunciones registradas en adolescentes

Mortalidad de Adolescentes de ambos sexos en el año 2007

ENFERMEDAD	CODIGO	EDAD							TOTAL
		13	14	15	16	17	18	19	
Meningococemia, no especificada	A394	2	7	7	11	35	27	20	109
Tumor maligno de la faringe, parte no especificada	C140	1	5	1	6	2	6	2	23
Leptospirosis, no especificada	A279	2	0	1	2	1	2	2	10
Ahogamiento y sumersión mientras se está en aguas naturales, granja	W697	0	0	1	0	4	2	3	10
Pasajero de motocicleta lesionado por colisión con otros vehiculos de motor y con los no especificados, en accidente de tránsito	V295	0	0	2	0	3	3	1	9
Disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas, comercio y área de servicios	W345	0	1	1	0	6	0	1	9
Persona lesionada en accidente de vehiculo no especificado	V899	0	1	2	0	3	1	1	8
Tumor maligno del cerebro, excepto lóbulos y ventrículos	C710	1	0	1	0	1	2	2	7
Exposición a factores no especificados, escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas	X592	0	0	1	3	2	1	0	7
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], sin otra especificación	B24X	1	0	2	1	2	0	0	6
Tumor maligno del colon, parte no especificada	C189	1	1	0	0	0	1	3	6
Tumor maligno del hígado, no especificado	C229	1	0	2	0	0	1	2	6
Disparo de arma corta, institución residencial	W321	0	0	0	1	1	2	2	6
Enfermedad por VIH, resultante en otras afecciones especificadas	B238	1	0	0	2	1	0	1	5
Tumor maligno del hueso y del cartilago articular, no especificado	C419	1	1	1	0	1	0	1	5
Edema cerebral	G936	0	1	1	0	0	2	1	5
Disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas, lugar no especificado	W349	0	0	0	1	1	1	2	5
TOTAL		26	42	50	60	99	106	88	471

FUENTE: DIRECCION GENERAL DE INFORMACION Y ESTADISTICA DE SALUD

DATOS PRELIMINARES, 41% CERTIFICADOS RECIBIDOS 5/11/2009

TABLA No. 12

Causas de Mortalidad de adolescentes femenina en edad de 13 a 19 años. Año 2007

NOMBRE DE ENFERMEDAD	CODIGO	EDAD							Total
		13	14	15	16	17	18	19	
Tuberculosis de pulmón, sin mención de confirmación bacteriológica o histológica	A162	0	0	1	0	1	0	0	2
Septicemia, no especificada	A419	0	3	2	4	9	7	2	27
Gangrena gaseosa	A480	0	3	1	2	1	3	1	11
Fiebre del dengue hemorrágico	A91X	1	1	1	0	1	0	0	4
		1	7	5	6	12	10	3	44
Enfermedad por VIH, resultante en infección por micobacterias	B200	0	1	1	0	0	1	0	3
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], sin otra especificación	B24X	1	0	1	0	0	1	0	3
		1	1	2	0	0	2	0	6
Tumor maligno del encéfalo, parte no especificada	C719	0	0	1	0	0	0	1	2
Tumor maligno del miembro inferior	C765	0	0	1	0	1	0	0	2
Tumor maligno de sitios no especificados	C80X	0	0	1	0	0	0	0	1
Enfermedad de Hodgkin, no especificada	C819	0	0	1	0	0	0	0	1
Leucemia linfoblástica aguda	C910	0	0	1	0	0	0	0	1
		0	0	5	0	1	0	1	7
Anemia falciforme con crisis	D570	0	0	1	0	0	0	0	1
Anemia falciforme sin crisis	D571	1	0	0	1	0	1	1	4
Anemia de tipo no especificado	D649	0	0	0	1	1	0	1	3
		1	0	1	2	1	1	2	8
Crisis o tormenta tirotoxicas	E055	2	0	0	0	0	0	0	2
Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	E119	0	0	0	0	0	1	1	2
Diabetes mellitus no especificada, con coma	E140	0	0	0	1	0	1	0	2
Diabetes mellitus no especificada, con cetoacidosis	E141	1	1	0	0	0	0	0	2
Desnutrición proteico calórica, no especificada	E46X	0	0	0	1	0	1	0	2
		3	1	0	2	0	3	1	10
Meningitis bacteriana, no especificada	G009	0	0	0	1	0	1	0	2
Meningitis, no especificada	G039	0	0	0	0	0	0	2	2
Síndrome de Guillain-Barré	G610	0	0	0	0	1	0	0	1
Parálisis cerebral infantil, sin otra especificación	G809	0	0	0	0	0	0	1	1
		0	0	0	1	1	1	3	6
Enfermedad valvular mitral, no especificada	I059	0	0	0	0	0	1	0	1
Hipertensión esencial (primaria)	I10X	0	0	0	0	0	1	0	1
Infarto agudo del miocardio, sin otra especificación	I219	0	0	0	0	0	0	1	1
Enfermedad isquémica crónica del corazón, no especificada	I259	1	0	0	0	0	0	0	1
Embolia pulmonar sin mención de corazón pulmonar agudo	I269	0	0	0	0	0	0	1	1
Hipertensión pulmonar primaria	I270	0	1	0	0	0	0	0	1
Cardiomiopatía dilatada	I420	0	0	0	0	0	1	0	1
Insuficiencia cardíaca congestiva	I500	0	1	0	0	0	0	0	1
Insuficiencia ventricular izquierda	I501	0	0	0	0	1	0	0	1
Insuficiencia cardíaca, no especificada	I509	0	0	0	0	0	1	0	1
Hemorragia intraencefálica, no especificada	I619	0	0	0	1	0	0	0	1
Infarto cerebral debido a embolia de arterias cerebrales	I634	0	0	0	1	0	0	0	1
Accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico	I64X	0	1	0	0	0	0	0	1
		1	3	0	2	1	4	2	13
Neumonía, no especificada	J189	0	0	0	0	0	0	1	1
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	J449	0	0	0	1	0	0	0	1
Asma, no especificado	J459	0	0	0	0	0	1	0	1
Derrame pleural no clasificado en otra parte	J90X	0	0	0	1	0	0	0	1
		0	0	0	2	0	1	1	4

FUENTE: DIRECCION GENERAL DE INFORMACION Y ESTADISTICAS DE SALUD (CERTIFICADOS DE DEFUNCION).
DATOS PRELIMINARES, 41% CERTIFICADOS RECIBIDOS 5/11/2009.

TABLA No. 13

NOMBRE DE ENFERMEDAD	CODIGO	EDAD							Total
		13	14	15	16	17	18	19	
Otras cirrosis del hígado y las no especificadas	K746	0	0	0	0	0	0	1	1
Lupus eritematoso sistémico con compromiso de órganos o sistemas	M321	0	1	0	0	0	0	0	1
Insuficiencia renal aguda con necrosis cortical aguda	N171	1	0	0	0	0	0	0	1
Insuficiencia renal aguda, no especificada	N179	0	0	0	0	0	1	0	1
Insuficiencia renal crónica, no especificada	N189	0	0	0	0	0	0	1	1
		1	0	0	0	0	1	1	3
Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria significativa	O13X	0	0	0	0	1	0	0	1
Eclampsia, en período no especificado	O159	0	0	0	0	1	0	0	1
Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio	O990	0	0	0	0	0	0	1	1
		0	0	0	0	2	0	1	3
Insuficiencia respiratoria del recién nacido	P285	0	0	0	0	0	1	0	1
Ausencia congénita del muslo y de la pierna con presencia del pie	Q721	0	0	0	0	1	0	0	1
Choque hipovolémico	R571	0	0	0	0	0	1	0	1
Muerte instantánea	R960	0	0	0	0	1	0	0	1
Otras causas mal definidas y las no especificadas de mortalidad	R99X	0	1	0	0	0	0	0	1
		0	1	0	0	1	1	0	3
Fractura del cráneo y de los huesos de la cara, parte no especificada	S029	0	0	0	0	0	0	1	1
Traumatismos múltiples, no especificados	T07X	0	0	0	0	1	0	0	1
Peatón lesionado en accidente de tránsito no especificado	V093	0	1	0	0	0	0	0	1
Conductor de motocicleta lesionado por colisión con otros vehículos de motor, y con los no especificados	V294	0	0	0	0	1	0	0	1
Pasajero de motocicleta lesionado por colisión con otros vehículos de motor, y con los no especificados	V295	0	0	0	0	0	0	1	1
Conductor de automóvil lesionado por colisión con otros vehículos de motor, y con los no especificados	V494	0	0	0	0	0	0	1	1
Pasajero de automóvil lesionado por colisión con otros vehículos de motor, y con los no especificados	V495	0	1	0	0	0	0	0	1
Ocupante (cualquiera) de automóvil lesionado en accidente de tránsito no especificado	V499	0	0	0	0	1	0	0	1
Persona lesionada en accidente de vehículo no especificado	V899	0	0	0	1	0	0	0	1
		0	2	0	1	2	0	2	7
Disparo de arma corta, vivienda	W320	0	0	0	1	0	0	0	1
Disparo de arma corta, escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas	W322	0	0	0	0	0	0	1	1
Disparo de arma corta, calles y carreteras	W324	0	0	0	0	0	0	1	1
Disparo de arma corta, lugar no especificado	W329	0	0	0	0	0	1	0	1
Disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas, vivienda	W340	0	0	0	0	0	1	0	1
Ahogamiento y sumersión mientras se está en aguas naturales, granja	W697	0	0	0	0	0	0	1	1
Ahogamiento y sumersión no especificados, lugar no especificado	W749	0	0	0	0	0	0	1	1
Exposición a corriente eléctrica no especificada, vivienda	W870	0	0	0	0	1	0	0	1
		0	0	0	1	1	2	4	8
Exposición a factores no especificados, vivienda	X590	0	0	0	0	0	0	1	1
Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros productos químicos y biológicos	X692	1	0	0	0	0	0	0	1
Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación vivienda	X700	0	0	0	0	1	0	0	1
Agresión por ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación, vivienda	X910	0	0	0	0	0	0	1	1
Agresión con disparo de arma corta, vivienda	X930	0	0	0	0	1	0	0	1
Agresión con disparo de arma corta, escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas	X932	0	0	0	0	0	1	0	1
		1	0	0	0	2	1	2	6
Total		9	15	13	17	24	27	23	128

FUENTE: DIRECCION GENERAL DE INFORMACION Y ESTADISTICA DE SALUD (CERTIFICADOS DE DEFUNCION)

DATOS PRELIMINARES, 41% CERTIFICADOS RECIBIDOS 5/11/2009

BIBLIOGRAFIA

- 1) Centro de Estudios Sociales y Demográficos- CESDEM (2007), “Encuesta Demográfica y de Salud-2007”. República Dominicana.
- 2) Comisión Económica para América Latina/ CEPAL & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia /UNICEF (2007) “Desafíos”, Boletín Número 4, enero de 2007. Santiago- Chile.
- 3) Comisión Económica para América Latina/ CEPAL (2008): “Nuevos desafíos con los y la jóvenes de Iberoamérica”, Publicación CEPAL, 2008. Santiago, Chile,
- 4) Consejo Nacional de Población y Familia/ CONAPOFA (2008) “Maternidad y Paternidad en Adolescentes”. Editora de Revista, S. A. República Dominicana.
- 5) Donas, Solum (1997) “Marco Epidemiológico Conceptual de la Salud Integral del Adolescente”. Serie Paltex-Organización Panamericana de la Salud, Washington
- 6) Fondo de Población de las Naciones Unidas/ UNFPA (2000) “Cartilla Informativa-Programa de Acción Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo.” 1994. México.
- 7) Instituto de Estudios de Población y Desarrollo de la Asociación Pro Bienestar de la Familia/ IEPD-PROFAMILIA (1997) “Madres Adolescentes en la República Dominicana”. Una publicación del IEPD. Santo Domingo, República Dominicana.
- 8) Ministerio de Economía y Planificación (2010) Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe Preliminar de Seguimiento República Dominicana 2010
- 9) Ministerio de Salud Pública (2010) “Plan Estratégico Nacional de Salud Integral de Adolescentes, 2010-2015”. Editora Omnimedia República Dominicana.
- 10) Naciones Unidas (2009) Reporte ODM 2009- Washington
- 11) Oficina Nacional de Planificación/ONAPLAN (2005) “Estudio sobre Focalización de la Pobreza en la República Dominicana”. Editora de Revistas. República Dominicana.

- 12) Oficina Nacional de Planificación/ ONAPLAN (2003) "Estrategia para Reducción de la Pobreza". Editora de Revistas. República Dominicana.
- 13) Oficina Nacional de Estadísticas/ONE (2003) "VIII Censo Nacional de Población y Vivienda-2002". República Dominicana.
- 14) Oficina Nacional de Estadísticas/ONE (2008). "Madres adolescentes en la República Dominicana". Omnimedia. Santo Domingo, República Dominicana.
- 15) Organización Panamericana de la Salud/ OPS (2009) "Prevalencia y tendencia del embarazo en adolescentes". Washington.
- 16) Organización Panamericana de la Salud: Estrategia Regional para Mejorar la Salud de Adolescentes y Jóvenes. Washington, octubre, 2009.
- 17) Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo/ PNUD (2008) Informe de Desarrollo Humano República Dominicana -2008.
- 18) República Dominicana (2003). Código para el Sistema de Protección de los Derechos Fundamentales de Niños, Niñas y Adolescentes/ Ley No.136-03. Santo Domingo, República Dominicana.
- 19) Secretaria de Estado de la Mujer /SEM y Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social/ SESPAS (2008) "Salud sexual y reproductiva de adolescentes". 2da edición, Impresos Santillos. República Dominicana.
- 20) Secretaria de Estado de la Mujer. (2002) "Memorias Foro Nacional de Prevención y Atención del Embarazo en Adolescentes". Editora Amigos del Hogar. República Dominicana.
- 21) Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (2009) "Normas Nacionales de Atención Integral de Adolescentes". Editora Ortega. República Dominicana.
- 22) Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social- Dirección General de Información y Estadísticas de Salud (2010) Boletín Semestral Estadísticas de Salud, enero- junio 2010. República Dominicana.
- 23) Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social- Dirección General de Información y Estadísticas de Salud (2009) Anuario Estadístico 2008. República Dominicana.

ISBN: 978-9945-436-50-1

