

DEMOCRACIA Y DERECHOS HUMANOS

# UNA MIRADA ECONÓMICA AL DERECHO A DECIDIR EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

Clandestinidad, políticas públicas y desarrollo

**Altaveyda Soriano Rosario**  
Noviembre 2022



El aborto clandestino pone en riesgo el bienestar de niñas, adolescentes y mujeres en la búsqueda de soluciones a embarazos no deseados y dada la falta de respuesta estatal a los diversos factores que podrían reducirlos, tales como: el acceso tanto a información en salud sexual y reproductiva, como a anticoncepción asequible.



En la República Dominicana, la penalización del aborto dispone de dos únicas alternativas para niñas y mujeres: aceptar embarazos no deseados o recurrir a la clandestinidad para obtener abortos inseguros.



Este artículo visibiliza los costos individuales, familiares y estatales de la clandestinidad del aborto así como, sus impactos en el sistema público de salud y sus alternativas.

TRABAJO Y JUSTICIA SOCIAL

# UNA MIRADA ECONÓMICA AL DERECHO A DECIDIR EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

Clandestinidad, políticas públicas y desarrollo

# Contenido

1. Introducción .....	2
2. Antecedentes.....	2
3. Implicancias de la clandestinidad en niñas y mujeres .....	3
4. Consecuencias del aborto clandestino en el presupuesto público de salud .....	6
5. Reflexiones finales.....	10
6. Referencias bibliográficas.....	11

## 1. INTRODUCCIÓN

En la República Dominicana se sanciona el hecho de que cualquier mujer interrumpa su embarazo sin importar las circunstancias, correspondiendo a la protección del embarazo desde el momento de la concepción. Durante los últimos 12 años han existido múltiples manifestaciones con respecto al aborto que, aunque cruciales, han hecho notar características de procesos ineficaces de creación de consenso social, tales como: la extrema polarización, la falta de diálogo abierto y, la más importante, la falta de producción de evidencias para la toma de decisiones.

En términos generales, puede decirse que las tres causales por la vida constituyen el mayor consenso —aunque parcial— logrado hasta el momento con relación a la despenalización del aborto; por supuesto, este proceso aprovechó la coyuntura de la revisión del Código Penal en el 2021. Sin embargo, en este se ausentan importantes matices de cara al reconocimiento de la autonomía del cuerpo de las mujeres al no haber incorporado la importancia de un aborto legal, seguro y gratuito para todas las féminas y no solo en circunstancias. Cabe destacar que las tres causales, a pesar de ser la causa más modesta entre todas, tampoco rindió conquistas políticas tangibles.

No es posible inferir claramente si esta falta de conversación en torno al aborto legal se debe a la naturaleza intrínseca del feminismo dominicano que tiende a externar sus demandas sin provocar mucho ruido o si es una característica de sobrevivencia adoptada y continuada de los procesos propios de la dictadura. Ciertamente, las tres causales han funcionado como el conducto hacia la conquista del aborto legal en varios países de la región, sin embargo, en la República Dominicana se ha mostrado una estrategia insatisfactoria en términos de conquistas políticas, considerando que ha sido la demanda de nivel país de los últimos 22 años.

En ese sentido, continúa el mismo escenario en el que, en primer lugar, el aparato jurídico sigue considerando que todas las maternidades son deseadas; ese órgano del mismo Estado falla (gigantescamente) en proveer calidad de vida y condiciones dignas que garanticen maternidades deseadas y oportunas. En segundo lugar, el mayor consenso logrado es que las mujeres pueden —quizás— decidir sobre sus cuerpos en situaciones donde la razón causal de la decisión no recae en sí mismas.

Por ejemplo, en la primera causal existe un riesgo para la vida y el fundamento de esta decisión no recae originalmente sobre la mujer; la segunda, parte de la siguiente premisa biopolítica: “Es posible extender la permisividad social de permitir la interrupción del embarazo como reparación social al exceso de violencia patriarcal”; y la tercera, recae en la condición del feto, es decir, tampoco es decisión de la mujer. Finalmente, las tres causales, aunque muy justas, son una decisión política ejercida por el conjunto de toda la sociedad y no por quien le corresponde tomarla realmente.

La premisa de que en el país todas las maternidades son solo deseadas o son muy inviábiles no es corroborada por las estadísticas nacionales, los testimonios en hospitales públicos y las realidades que viven cientos de mujeres a diario. Anualmente los centros públicos y semipúblicos atienden

entre 17,000 y 22,000 abortos incompletos<sup>1</sup>, de los cuales se estima que más del 40 % son casos complicados de abortos posiblemente inseguros, a partir del trabajo de investigación “Evaluación de costos monetarios de procedimientos de aborto en República Dominicana: caso Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina en 2021”. Este documento estima los costos monetarios de los procedimientos de aborto aplicados en el citado hospital durante el año 2021 y mide los costos monetarios de la atención a abortos según el tipo de procedimiento en casos con y sin complicaciones; así como, los costos y sus posibles alternativas para reducir el dispendio de recursos en salud.

Aprovechando los datos de este instrumento empírico, ilustraremos el aborto desde una perspectiva económica estructuralista y keynesiana del Estado, como garante de derechos, con un enfoque *individuo-comunidad-Estado* de derechos humanos y de políticas públicas eficientes, de calidad y socialmente asequibles Pensando en políticas públicas.

## 2. ANTECEDENTES

Primero, entendamos que el aborto es una cuestión inevitable. Desde los espontáneos hasta los provocados, es imposible asumir que todas las maternidades son deseadas, pues esto implica sintetizar las realidades de millones de personas gestantes y, a su vez, disminuye intrínsecamente el peso individual, social y económico del proceso de gestación y crianza de otro ser humano.

En ese sentido, y pensando en sistemas de inversión social coherente, penalizar lo inevitable carece de lógica económica, esencial en las políticas públicas” para que no sea tan absolutista. Todas las decisiones de Estado o, en última instancia, los acuerdos sociales que se dan directa o indirectamente por confirmada aceptación o falta de expresión pública de desacuerdo, constituyen estructuras políticas que se reproducen entre generaciones y que son sostenidas por toda la sociedad a través de su carga impositiva. Cada una de estas decisiones tiene un costo —asumido por el conjunto— que las sociedades aceptan como bueno y válido hasta demandar algún cambio.

Un ejemplo de esto es la demanda del 4 % para la educación. En este modelo la sociedad entiende —y apuesta— como buena inversión que cierto porcentaje de su producción nacional esté destinado a la preparación de su ciudadanía. El aborto no es la excepción, el conocer sus costos dentro del actual esquema de penalización permite a la sociedad iniciar dicho ejercicio de valoración de la conveniencia de su penalización absoluta, para decidir entre mantener tal estructura deficiente en resultados y consumidora de recursos o impulsar algún cambio.

Al hablar de condiciones estructurales nos referimos, esencialmente, a los indicadores sociodemográficos que alertan acerca de una profundidad y multifactorialidad del problema. En concreto, más del 22 % de las adolescentes

1 Página del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social > Transparencia > Estadísticas Institucionales > Producción de Servicios de Salud (<https://www.msp.gov.do/web/Transparencia/estadisticas-institucionales-c/#EIPSSS>).

entre 12 y 19 años han estado embarazadas; 2 de cada 10 es decir, un 34 % más alto que el promedio regional, según el Banco Mundial (2020).

De igual manera, la educación sexual y de género integral no forma parte de los currículos educativos. Mientras que, los porcentajes de necesidades de anticoncepción no cubiertas oscilan en un 27 % en adolescentes y jóvenes de entre 15 y 19 años, y en un 21 % en mujeres de entre 20 y 24 años (ENDESA, 2013); por tanto los grupos etarios más jóvenes encabezan los índices de fecundidad.

En tal sentido, no es sorpresa que la fecundidad no deseada se presente en el 52 % de los embarazos como planificados y deseados en el momento en que se produjeron; el 35%, como no planificados; y el 13 %, como no deseados [ibid].

El problema de los embarazos no deseados<sup>2</sup> es que en esquemas legales muy rígidos con relación al aborto, disminuyen drásticamente las oportunidades de desarrollo socioeconómico de niñas y mujeres y aumenta la probabilidad de abortos inseguros. Existe evidencia robusta de que el estado de ilegalidad no elimina en lo absoluto su práctica, sino que alimenta mercados clandestinos con riesgos fatales para las mujeres y costos exorbitantes para el sistema público de salud.

En la República Dominicana, esto puede evidenciarse a través de la atención a abortos incompletos en la esfera pública de salud que, si bien penaliza y persigue la interrupción del embarazo en todas sus circunstancias, mediante un protocolo<sup>3</sup>

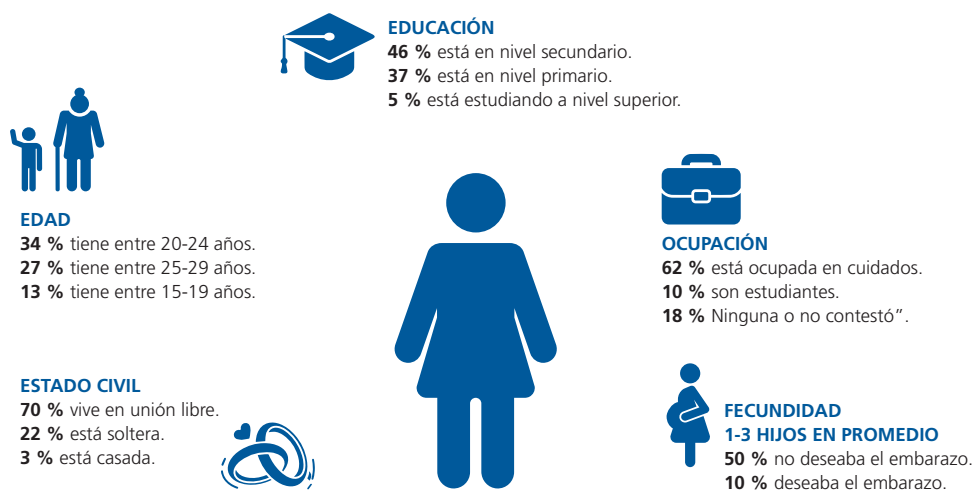
de atención en emergencias, provee cuidados médicos a abortos incompletos (entendidos como espontáneos) en centros públicos y semipúblicos de salud en el país. Aquí las pacientes reciben procedimientos quirúrgicos de extracción —donde el legrado es el más conocido— o atención a complicaciones.

Sin embargo, en más del 40 % de los casos atendidos durante el 2021, en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, la demanda de este protocolo fungió para atender abortos con complicaciones por procesos posiblemente inseguros practicados en la clandestinidad con costos excesivos para las mujeres, sus familias y el Estado; así como, con riesgos de salud muy importantes.

### 3. IMPLICANCIAS DE LA CLANDESTINIDAD EN NIÑAS Y MUJERES

Las complicaciones<sup>4</sup> por un aborto pueden deberse a padecimientos crónicos de las pacientes, a malas prácticas médicas en procesos practicados en establecimientos clandestinos e inseguros, o a complejidades interoperativas en espacios seguros, siendo esta última la menos frecuente. Estas afectan de manera más desproporcionada a niñas y mujeres en condiciones de vulnerabilidad.

Figura 1. **Perfiles socioeconómicos de las pacientes**



Fuente: Elaborada por la autora utilizando los datos de (SORIANO, 2022).

2 Yazdkhasti, M., Pourreza, A., Pirak, A., & Abdi, F. (2015). Unintended Pregnancy and Its Adverse Social and Economic Consequences on Health System: A Narrative Review Article. *Iranian journal of public health*, 44(1), 12–21.

3 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2016) Protocolo de Atención para Ginecología y Obstetricia. [repositorio.msp.gob.do](https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/90/Protocolosobstetriciayginecologia.pdf?sequence=1&isAllowed=y). <https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/90/Protocolosobstetriciayginecologia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

4 En el estudio están constituidas por todo procedimiento con tiempo de estancia en el hospital superior a 12 horas. Si bien existen condiciones específicas, tales como: sepsis y perforaciones uterinas, entre otras, el tratamiento de las mismas implica un tiempo de estancia superior al promedio; por lo que, es posible reducirlo a esta categoría ordinal.

En la muestra del estudio de Soriano (2022) más del 80 % de los perfiles indican algún tipo de vulnerabilidad —o varias— en términos de ingresos por falta de trabajo formal remunerado, por nivel educativo, por unión civil, por edad y por acceso a anticoncepción. Estas desventajas agravan tanto la probabilidad, como el impacto de las complicaciones y de los costos que asumen las pacientes y sus familias al requerir atención por un aborto incompleto.

debido a la intermitencia de los confinamientos y de cómo estos acentuaron las vulnerabilidades. Sobre este particular, es crucial determinar la extensión de las necesidades de anticoncepción no cubiertas, pues representan una de las principales causalidades de abortos inseguros por embarazos no deseados (como en esta muestra en que el 50 % de las usuarias reportó el embarazo como no deseado al momento de ser atendidas por aborto incompleto).

Tabla 1.  
**Nivel educativo y uso de anticoncepción**

ANTICONCEPCIÓN							
Nivel de Estudios	Barrera	DIU	Hormonal	Emergencia	No usaba	N/D	Total
Primaria	0	1	1	0	53	26	<b>81</b>
Secundaria	0	0	2	2	65	32	<b>101</b>
Est. Universitaria	0	0	0	0	11	0	<b>11</b>
Técnico/Profesional	0	0	0	0	1	0	<b>1</b>
Ninguno	0	0	0	0	9	3	<b>12</b>
N/D	1	0	0	0	4	7	<b>12</b>
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>143</b>	<b>68</b>	<b>218</b>

Fuente: Elaborado por la autora usando datos de (Soriano, 2022).

Por ejemplo, pacientes con vulnerabilidad de ingresos y, a su vez, de bajos niveles educativos son más propensos a no contar con acceso a mecanismos de prevención ante el embarazo no deseado, como anticoncepción y condones, tanto por falta de conocimiento como por falta de medios de vida para adquirirlos en el mercado. Esto aumenta las probabilidades de embarazos no deseados que terminan en abortos y, consecuentemente, en abortos clandestinos y riesgosos.

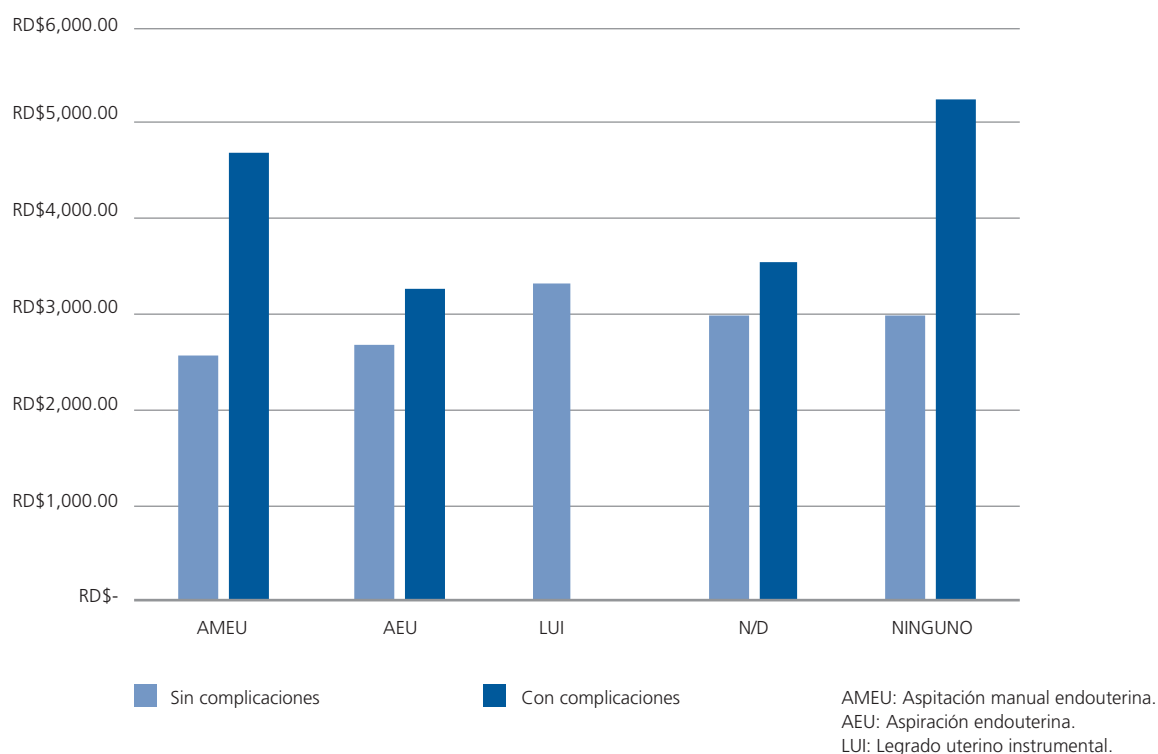
Al contrastar el nivel de estudios con el uso de anticonceptivos —como se ilustra en la tabla anterior,— del total de 218 observaciones, siete respondieron haberlos utilizado y 143 dijeron no utilizar ninguno; de este total que no utilizaba, la gran mayoría está concentrada en los niveles de educación más bajos.

Los niveles educativos acentuados en los eslabones más bajos y el reducido uso de anticonceptivos resultan dos cuestiones críticas a evaluar durante el período pospandemia,

Una vez en el hospital, cuando el personal médico percibe que el aborto no es de origen espontáneo, las pacientes son denunciadas a la Policía. Muchas de estas son custodiadas por agentes policiales, mientras reposan después del procedimiento quirúrgico; son apresadas al ser dadas de alta; o se escapan de las instalaciones del hospital, sin esperar el tiempo de reposo médico obligatorio en el centro de salud, incurriendo en serias violaciones al derecho a la atención en salud oportuna, amigable y de calidad.

Las pacientes y sus familias, además de los riesgos de salud padecidos por la clandestinidad y por ser víctimas de violencia institucional, asumen costos indirectos por requerir la atención en el hospital, que son evaluados a través de los siguientes factores: pérdida de salario por hospitalización y licencia médica, transporte, cuidado de hijos y tratamiento médico posquirugía. Los mismos son importantes porque permiten evaluar, en términos de costo de oportunidad, el valor monetario de la alternativa a la que renunciaron las pacientes y sus familias para recibir la atención médica.

Gráfico 1.  
**Costos indirectos de la atención a abortos para las pacientes y familias según tipo de procedimiento**



Fuente: Elaborado por la autora, utilizando los datos de Soriano (2022).

En promedio, estas responden a costos indirectos con valores que oscilan entre RD\$ 2,561 y RD\$ 3,323 en casos regulares y entre RD\$ 3,267 y RD\$ 5,248 para casos con complicaciones. Sin embargo, existen costos adicionales —no estimados en el estudio— que también son asumidos en silencio por las mujeres, sus familias y el Estado, en el corto y mediano plazo, relacionados a complicaciones y secuelas por escapar de las instalaciones antes del alta médica por miedo a ser apresadas.

El escape de las pacientes del hospital, fenómeno de alta regularidad, incrementa exponencialmente los riesgos de salud, puesto que las mismas pueden contraer infecciones, hernias o complicaciones adicionales, desarrollando secuelas de por vida.

Hasta el 2021, con el lanzamiento de la política de comunidades de cuidados, el Estado dominicano no reconocía propiamente las labores no remuneradas de reproducción y cuidado. Sumado a esto, las estadísticas de necesidades de anticoncepción no cubiertas indican una falta de condiciones políticas que garanticen la reproducción oportuna, electiva y planificada de individuos gestantes. En cambio, el Estado instrumentaliza procesos de persecución hacia las mujeres que atraviesan estos procedimientos clandestinos en busca de soluciones, con especial injusticia para aquellas que viven en condiciones de vulnerabilidad, pues

componen el mayor perfil de usuarias del sector público de salud y, que a su vez, son la última parte del problema.

La penalización da abertura a estos procesos de violencia sistémica y desmedida, puesto que al invisibilizar el problema escasean importantes protocolos de atención y supervisión. En el hospital no se evidenciaron: i. protocolos de persecución al matrimonio infantil, cuando en la muestra el 9 % de las niñas y adolescentes reportaron vivir en unión libre y haber experimentado un promedio de 1 a 2 abortos previos; ii. protocolos de atención y seguimiento a víctimas de violencia doméstica; y iii. protocolos de atención para evitar la violencia obstétrica, específicamente hacia mujeres haitianas sin posibilidad de comunicarse con el personal médico que les atiende, debido a la barrera del idioma.

En particular, la violencia obstétrica fue evidenciada en varios escenarios, tanto en los archivos médicos como en testimonios en sala. Uno de estos casos es que, según el personal médico que participó de las encuestas, la planificación posprocedimiento es obligatoria por órdenes<sup>5</sup> del

5 Al indagar con la entidad de salud no fue hallada evidencia de esta orden ni evaluación de su pertinencia.

Ministerio de Salud, con o sin autorización de la paciente y con el alta médica condicionada o con el contacto a la Policía, como única opción.

En algunas ocasiones, las pacientes egresan del procedimiento quirúrgico con implantes de planificación familiar colocados sin su permiso; y, en muchas otras, las pacientes se niegan rotundamente a la planificación, alegando que podrían ser víctimas de violencia de pareja por dicha decisión.

El auge de estos testimonios en el aparato público de salud consolida que el Estado despliega mecanismos gigantescos para mantener una prohibición que no solo invisibiliza a las mujeres que voluntariamente desean interrumpir su embarazo, sino que también desconsidera las circunstancias que envuelven la demanda por el servicio. En tanto, ninguna de estas alternativas disipan los matices del problema, sino que permean la violencia estatal sistémica hacia grupos con menores oportunidades de saltar la regla; es decir, hacia aquellas mujeres que carecen de poder adquisitivo para recurrir a mercados más costosos, pero seguros, para abortos clandestinos.

Los métodos en los que se recolectan, tratan y almacenan estas informaciones de salud también contribuyen a la subdimensión de los impactos del problema; así como, el hecho de que las autoridades competentes permanezcan en la inacción. De este modo, la información es almacenada

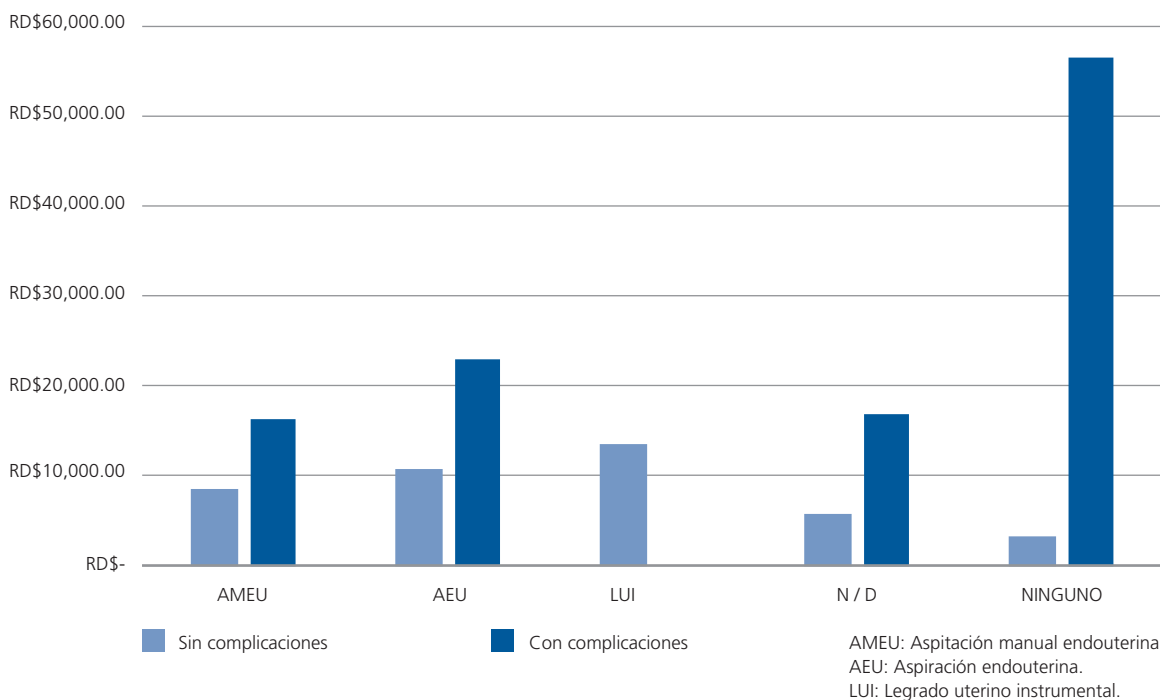
en documentos físicos en malas condiciones y sin fines de generación de evidencia; mientras que, el hospital y el sistema de salud desconocen el costo unitario y las condiciones de producción de estos servicios de salud y su impacto en el presupuesto.

#### 4. CONSECUENCIAS DEL ABORTO CLANDESTINO EN EL PRESUPUESTO PÚBLICO DE SALUD

A diferencia de la atención médica por consulta, el hospital ofrece atención gratuita en caso de emergencia a todos los usuarios. Si bien se verifica que existe algún seguro médico público o privado, su ausencia no afecta para que reciban atención. De hecho, la única transacción de tipo económica, mas no monetaria, entre el hospital y las usuarias se evidencia cuando requieren sangre, pues deben proporcionar un donante que reponga las cantidades utilizadas.

Para cada paciente, según tipo de procedimiento, el hospital asume costos operacionales y administrativos que involucran salarios, insumos quirúrgicos, exámenes de laboratorio, medicación y alimentación. Los costos en procedimientos normales oscilan entre RD\$ 8,638 pesos y RD\$ 13,495, así como entre RD\$ 16,411 y RD\$ 56,371 (entre 1 y 4.3 salarios mínimos) para casos con complicaciones.

Gráfico 2.  
**Costos operacionales y administrativos de la atención a abortos para el hospital según tipo de procedimiento**



Fuente: Elaborado por la autora, utilizando los datos de Soriano (2022).



Particularmente, los casos en que las pacientes no recibieron ningún procedimiento, tan solo atención a complicaciones, presentan los costos promedios más altos como se observa en el Gráfico 2. En conjunto con el tiempo de estancia por pacientes de hasta 90 horas, estos indicadores de procesos posiblemente inseguros son examinados a través de un modelo probabilístico que señala cuatro elementos esenciales para determinar la presencia de la clandestinidad:

intensivos; y el alta médica, por igual, prosigue a este tipo de ingreso en la conclusión del servicio. Por último, cuando no hay datos sobre el tipo de egreso, en congruencia con el fenómeno denominado “pacientes fantasmas”, están quienes reciben atención quirúrgica o por complicaciones y desaparecen de las instalaciones.

Gráfico 4.  
**Probabilidad de Complicaciones**



Fuente: Elaborado por la autora, utilizado en modelo econométrico (Tabla 7) en Soriano (2022).

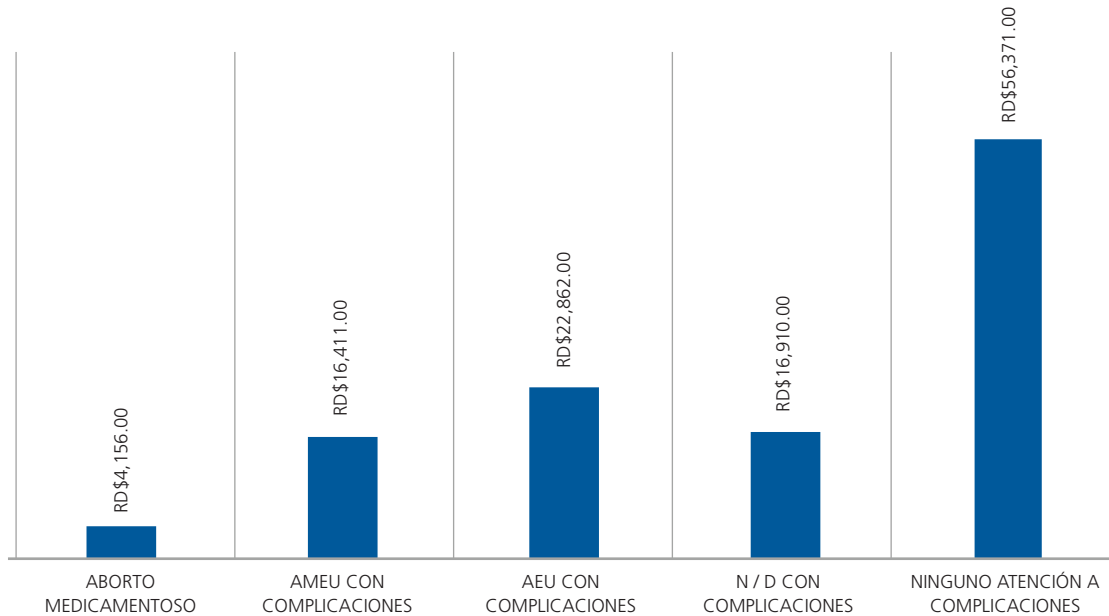
i. cuando el ingreso es hospitalario y no ambulatorio; ii. cuando el egreso es alta médica, que se explica por aquellas complicaciones que requieren hospitalización y cuidados intensivos; iii. cuando no hay datos sobre el tipo de egreso, es decir, cuando las pacientes huyen de las instalaciones (36 % de la muestra); y iv. cuando requieren sangre.

Estos indicadores son consistentes con las experiencias colectadas en el hospital: el ingreso hospitalario es un proceso obligatorio cuando se presentan complicaciones, pues requieren hospitalización, monitoreo constante o cuidados

#### 4.1 ALTERNATIVAS HACIA LA REDUCCIÓN DE LOS COSTOS

Se estima que en el año 2021 el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Minas gastó aproximadamente RD\$ 9,954,826.45 (USD\$ 174,034.83) o 6 % de su presupuesto para brindar atención a 631 casos de abortos incompletos ingresados por emergencia, de los cuales más del 40 % fue empleado en el tratamiento a abortos con complicaciones. Si bien una alternativa para la reducción de estos costos puede ser la fijación de un único procedimiento quirúrgico entre los tres disponibles en el hospital, los resultados probabilísticos determinan que el aumento en el dispendio está más vinculado a las pacientes que a los proveedores de salud; por lo tanto, la efectividad de esta medida de cara a reducir el dispendio puede ser muy mínima.

Gráfico 3.

**Costos promedio en RD\$ de abortos complicados en contraste con aborto medicamentoso**

Fuente: Elaborado por la autora, utilizando los datos de Soriano (2022) y el “Manual de práctica clínica para un aborto seguro” de la OMS (2014).<sup>5</sup>

En cuanto a los costos operacionales y administrativos, entre todas las posibles soluciones estudiadas, la de mayor eficacia de cara a la reducción del dispendio resulta de una flexibilización hacia el aborto que contemple la actualización de tratamientos y protocolos de atención. Como se observa en el Gráfico 3, existe una diferencia de hasta 4.3 salarios mínimos entre los costos operacionales y administrativos estimados para el aborto medicamentoso y un procedimiento promedio con complicaciones y sin cirugía.

Quiere decir que, en un escenario en que se asumen los procedimientos con complicaciones como abortos provocados evitables, de implementarse el aborto medicamentoso bajo la *Guía para un Aborto Seguro de la Organización Mundial de la Salud*, los costos podrían reducirse en más de un 26.3 % para el Estado dominicano.

Existen, también, apuntes de quiebra estructural a nivel educativo que acentúan la problemática; las probabilidades de complicaciones por aborto se reducen conforme aumenta el nivel educativo de las pacientes entre 30 % y 40 %; de hecho, la probabilidad de que estudiantes uni-

versitarias atraviesen estos procesos de complejidad es de un 17 %, en contraste con primaria y secundaria<sup>6</sup>, categorías en las que podría ser superior al 40 %. Es decir que, de pensar en mecanismos de carácter preventivo para la reducción de los costos, la inclusión de información en sexualidad y reproducción en currículos escolares de nivel medio y básico o, en su defecto, aumentar el número de plazas ocupadas a nivel superior, podría resultar en la alternativa de mayor eficacia.

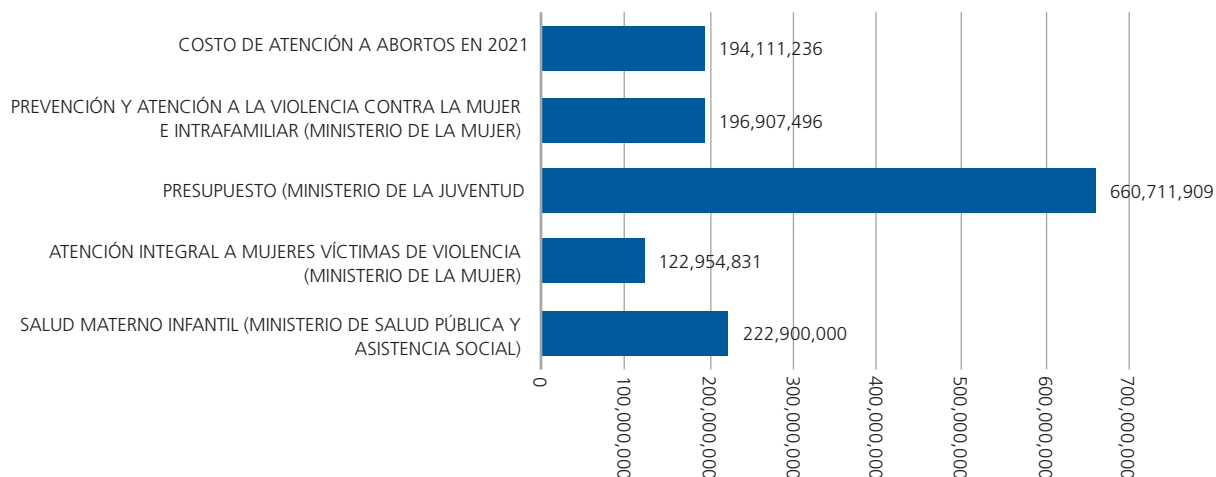
De igual manera, es vital aumentar el número de usuarias de planificación familiar considerando que más del 65 % de la muestra del estudio reportó no utilizar ningún método anticonceptivo (coincidiendo con los niveles de educación más bajos) o, en su defecto, determinar las razones detrás de este porcentaje tomando en cuenta que más del 50 % de los casos declaró el embarazo como no deseado.

Dado este nivel de especificidad para el hospital, es posible estimar que el costo para el sistema de salud oscila en los 194,111,236.80 pesos anuales (USD\$ 3,393,541.23), a partir de los 12,304 casos reportados a nivel nacional.

<sup>5</sup> Manual de práctica clínica para un aborto seguro (2014) Organización Mundial de la Salud. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf)

<sup>6</sup> Otras categorías con mayores porcentajes provocan colinealidad en los datos, por lo que no fueron incluidas en el modelo.

Gráfico 4.

**Costo de atención a abortos frente a costo de programas y políticas del Estado Central**

Fuente: Elaborado por la autora, utilizando la Ley No. 237-20 que aprueba el Presupuesto General del Estado para el año 2021. Ver en: <https://www.digepres.gob.do/pubs/2021/libros/Tomo-I/aprobado/Ley-237-20-PGE-2021.pdf>

Para dimensionar este gasto<sup>7</sup> es necesario contrastarlo con el costo de inversión doméstica del Gobierno Central en políticas prioritarias, como se observa en el Gráfico 4, lo que nos permite concluir que el dispendio para la atención a abortos incompletos es igual al gasto doméstico en salud materno-infantil, en la respuesta nacional para la prevención y atención de la violencia contra la mujer e intrafamiliar; así como en la atención a víctimas de violencia y, de igual manera, es equivalente al 29 % del presupuesto destinado a políticas de juventud.

No es del todo negativo que el Estado dominicano muestre un gasto extendido en la producción de servicios de salud. El objetivo de esta discusión es poner atención especial al cómo y para qué se gasta considerando la penalización vigente. En este caso particular, se demuestra que esta misma penalización tiene un efecto de retorno (*backfire*) a causa de los mercados clandestinos que terminan en costos más altos para el Estado a corto y mediano plazo.

Si bien las autoridades sanitarias han reconocido<sup>8</sup> la causalidad entre los índices de embarazos no deseados, no planificados, y el aborto clandestino, y cómo aumentan las tasas de mortalidad materna, los esfuerzos multisectoriales en salud sexual y reproductiva han sido muy mínimos.

El auge de actuación del Estado dominicano en materia de salud sexual y reproductiva ha primado en la reducción del embarazo en adolescentes; sin embargo, estas intervenciones resultan insuficientes. Si bien impactan a poblaciones entre 15 y 19 años, no intervienen para los grupos etarios entre 20 y 24 años ni de 25 y 29 años que también poseen necesidades de salud sexual y control de reproducción pues lideran las tasas de fecundidad (ENHOGAR-MICS, 2019) y, al mismo tiempo, pueden formar parte del 22 % de quienes tuvieron hijos/as durante la adolescencia aumentando su desventaja en posibilidades de desarrollo social y económico.

En ese sentido, se ve la importancia de una respuesta a la sexualidad y reproducción como parte de una política que considere las condiciones en que aumenta la capacidad productiva (nacimientos) a nivel nacional y que asegure una mayor articulación y transversalidad.

<sup>7</sup> Es importante destacar una posible subestimación, considerando los costos a mediano y largo plazo que se extienden en el sistema público de salud por causa de secuelas o condiciones resultantes de las complicaciones.

<sup>8</sup> Alianza Nacional para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil. (2019) Viceministerio de Salud Colectiva, Ministerio de Salud Pública. Santo Domingo, p. 17-27. Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/1431>

## 4.2 EXPERIENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS POLÍTICAS DE ENSEÑANZA INTEGRAL EN SEXUALIDAD EN LA REGIÓN

En la región latinoamericana existen múltiples experiencias exitosas en la enseñanza integral sobre salud sexual y reproductiva que validan la pertinencia de estas intervenciones en contextos de altos indicadores de muerte materna, abortos inseguros y embarazos no deseados como el de la República Dominicana.

En países como El Salvador, Guatemala y Perú, que mantienen enfoques de abstinencia, los avances en la reducción de tasas de embarazos no deseados en adolescentes, y muerte materna por abortos inseguros no han sido muy significativos. De hecho, estos retos vivenciaron un ciclo de expansión durante la pandemia de la covid-19, revirtiendo logros importantes.

No obstante, entre los ejemplos de buenas prácticas, Argentina ha construido marcos jurídicos robustos de protección y garantía de la educación sexual integral como un derecho establecido por ley y que el Estado se responsabiliza por garantizar. De igual forma, por considerarlo una responsabilidad educativa, otorga a las familias el derecho a estar informadas más no a intervenir de cara a reducir la preeminencia de posicionamientos personales que actúan como obstáculos en el abordaje integral de la educación sexual (Wainerman et al., 2008; Fuentes, 2012 y 2021; Molina, 2015; Tomasini et al., 2017; Romero, 2018).

Desde el año 2002 se han presentado porcentajes constantes con tendencia decreciente e inferiores al 15 % de embarazos no intencionados en la adolescencia. Si bien con fallas importantes en la falta de homogeneidad al aplicar las políticas entre provincias, se han incorporado factores de colectivización que aseguran respaldos al interior de la comunidad educativa y de afectos, resultando ejemplo para el resto de la región.

Chile también ofrece evaluaciones positivas de sus programas en sexualidad responsable, más específicamente Las Jornadas de Conversación sobre Sexualidad y Afectividad (JOCAS)<sup>9</sup> aplicadas desde 1980 y que integran a los actores más importantes de la comunidad, tales como: estudiantes, profesores, padres, madres y apoderados, miembros de la dirección y profesionales invitados a los establecimientos escolares para sostener las conversaciones.

En el año 2012, con la promulgación de la Ley 20.418<sup>10</sup>, se evidencian los picos de mayor disminución de embarazos

no deseados y en adolescencia, debido al aumento de los espacios amigables<sup>11</sup> y a la democratización del acceso a métodos anticonceptivos modernos.

La evidencia empírica internacional sugiere un impacto positivo en la salud sexual y reproductiva (SSR) a través de mecanismos de Educación Sexual Integral (ESI), porque contribuyen a reducir las infecciones de transmisión sexual (ITS), el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y los embarazos no deseados (según la UNESCO, 2009); además de ser una herramienta fundamental para la construcción de ciudadanía democrática y participativa. No obstante, se requieren ejercicios políticos intersectoriales con integralidad y coordinación en los mecanismos de prevención y respuesta, así como prioridad presupuestaria.

## 5. REFLEXIONES FINALES

Al considerar los impactos de los embarazos no deseados, no planificados o no oportunos, es importante que desde todos los sectores de la sociedad se consideren, también, a aquellos que no entran en la categoría de adolescentes y determinar respuestas urgentes hacia su disminución sostenida. Hemos visto cómo la clandestinidad pone en riesgo el bienestar de niñas y adolescentes, pero también de adultas, en su búsqueda de dar solución a embarazos no deseados, dada la falta de respuesta estatal a los diversos factores que podrían reducirlos.

En el actual contexto, las dos únicas alternativas son aceptar embarazos no deseados o recurrir a la clandestinidad. De esta forma, niñas, adolescentes y adultas son empujadas a posponer el alcance de metas y oportunidades personales para iniciar procesos de construcción de una familia, que no siempre son oportunos, o que en su defecto pueden poner sus vidas y su salud en peligro para obtener abortos inseguros. Sin embargo, ambas opciones retrasan las agendas locales de desarrollo económico y social.

En la República Dominicana, la población femenina representa más del 50.07 %, en tal sentido, para la construcción de garantías democráticas, participativas y de equidad social, es necesario invertir en la producción de evidencias que amplíen estos debates y permitan políticas más coherentes y efectivas. Resultan muy reducidas las posibilidades de alcanzar desarrollo integral en el panorama nacional si no se plantea estratégicamente visibilizar, aceptar y reparar las problemáticas estructurales que afectan a su mayor grupo poblacional.

<sup>9</sup> Ramírez, A. L. (2010). Educación sexual; sistematización sobre educación de la sexualidad en América Latina. *Comité de Latinoamérica y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer CLADEM*. <https://cladem.org/wp-content/uploads/2018/11/educacion-sexual-sis-derecho-educacion.pdf>

<sup>10</sup> Ley núm. 20.418. Fija Normas sobre Información, Orientación y Prestaciones en Materia de Regulación de la Fertilidad. (2010) Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Disponible en: <http://www.leychile.cl/N?i=1010482&f=2010-02-02&p=>

<sup>11</sup> Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes: nivel especializado de atención abierta y cerrada. (2018) Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, División Prevención y Control de Enfermedades. Disponible en: [https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/12/2018.12.13\\_PROGRAMA-ADOLESCENTES\\_web.pdf](https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/12/2018.12.13_PROGRAMA-ADOLESCENTES_web.pdf)

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alianza Nacional para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil.** (2019) Ministerio de Salud Pública, Viceministerio de Salud Colectiva, p. 17-27. Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/143>
- Banco Mundial.** *Adolescent Fertility Rate.* 2020. Consultado en: 2 de noviembre de 2022. Disponible en: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.ADO.TFRT>
- Bearak, Jonathan. Et.** (2020) *al Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019.* The Lancet, v. 8, n. 9, p. 1152-1161.
- Bongaarts, John.** (1982) *The Fertility-Inhibiting Effects of the Intermediate Fertility Variable.* Studies in Family Planning, v. 13, n. 6/7, p. 179-189. Disponible en: <https://doi.org/10.2307/1965445>
- Congreso Nacional de la República Dominicana.** (2020, 3 diciembre). *Ley No. 237-20 que aprueba el Presupuesto General del Estado para el año 2021.* Dirección General de Presupuesto. <https://ley.no.237-20> que aprueba el Presupuesto General del Estado para el año 2021. G. O. 10999 del 3 de diciembre del 2020.
- Embarazos no intencionales en niñas y adolescentes en las escuelas : propuestas para sus abordajes desde la ESI.** (2021) *Ministerio de Salud de la Nación.* Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Disponible: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/documento\\_tecnico-n8.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/documento_tecnico-n8.pdf)
- Encuesta Nacional de Hogares (ENHOGAR- MICS)** (2019) Oficina Nacional de Estadísticas.
- Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDESA)** (2013) Santo Domingo: ONE, 2013. Oficina Nacional de Estadísticas.
- Filonenka A, Law A, Purser M, Mader G, Graham J.** (2019) *Economic burden of unintended pregnancy in the United States.* Poster presented at the 2019 ISPOR 24th Annual International Meeting; New Orleans, LA.
- Johnston, Heidi; Hill, Kenneth.**(1996) *Induced abortion in the developing world: indirect estimates.* International Family Planning Perspectives, v. 22, n. 3, p. 108-114. Disponible en: <https://doi.org/10.2307/2950751>
- Manual de Práctica Clínica para un Aborto Seguro.** (2014) Organización Mundial de la Salud.
- Leal, Ingrid, & Molina, Temistocles.** (2021). *Cambios en el uso de anticonceptivos, embarazos no planificados e hijos en adolescentes chilenas entre 1997 y 2018.* Revista chilena de obstetricia y ginecología, 86 (4), 360-367. <https://dx.doi.org/10.24875/rechog.m21000014>
- Ley núm. 20.418. Fija Normas sobre Información, Orientación y Prestaciones en Materia de Regulación de la Fertilidad.** (2010) *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.* Disponible en: <http://www.leychile.cl/N?i=1010482&f=2010-02-02&p=>
- Ramirez, A. L.** (2010). *Educación sexual; sistematización sobre educación de la sexualidad en América Latina.* Comité de Latinoamérica y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer CLADEM. <https://cladem.org/wp-content/uploads/2018/11/educacion-sexual-sis-derecho-educacion.pdf>



## ACERCA DE LA AUTORA

**Altaveyda Soriano Rosario:**

Economista egresada de la Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA) en Brasil con mención en economía, integración y desarrollo para América Latina y diploma de postítulo en Mujer y Políticas Públicas Globales por la Universidad de Chile. Ha trabajado en planificación de políticas públicas y gestión de la cooperación desde el Caribe insular. En la actualidad, se dedica al diseño de proyectos de innovación para el desarrollo y movilización de recursos desde organizaciones no gubernamentales.

Correo: [veydasi@gmail.com](mailto:veydasi@gmail.com)

## PIE DE IMPRENTA

**Fundación Friedrich Ebert**

Edificio Plaza JR, piso 8, av. Tiradentes  
esq. Roberto Pastoriza, Santo Domingo.  
[www.caribe.fes.de](http://www.caribe.fes.de)

**Responsable**

Yesko Quiroga  
Director FES  
República Dominicana  
Tel.: 809-221-8261

**Coordinadora de Proyectos**

María Fernanda López

**Corrección de estilo**

Correctomanía

El uso comercial de todos los materiales editados y publicados por la Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) está prohibido sin previa autorización escrita de la FES.

# UNA MIRADA ECONÓMICA AL DERECHO A DECIDIR EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

Clandestinidad, políticas públicas y desarrollo



Los esfuerzos realizados por el Estado dominicano para garantizar la salud sexual y reproductiva, siguen siendo insuficientes. La ausencia de educación sexual integral dentro de los currículos escolares, el insuficiente acceso a métodos anticonceptivos y la penalización total del aborto agravan la situación.



En 2021 el Estado dispuso de más de 194 millones de pesos para atender abortos incompletos del cual más del 40% estuvo destinado al tratamiento de complicaciones por abortos en la clandestinidad. Estos costos exorbitantes se suman a riesgos de salud muy críticos para niñas y mujeres.



Apostar a una política de reproducción que amplie el acceso a anticoncepción, educación sexual integral y flexibilice la penalización del aborto, son algunas de las medidas altamente efectivas en aras de garantizar el bienestar de más de la mitad de la población, y por consecuencia, del Estado dominicano.