



## FORMULARIO DE IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE COOPERACIÓN AL DESARROLLO

### ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. FICHA DE PROYECTO .....	3
1.1 Título del proyecto.....	3
1.2 País / Área geográfica donde se realizará.....	3
1.4 Fecha prevista de inicio y finalización .....	3
1.5 Resumen del proyecto .....	3
1.6 Sector y subsector en el que se incluye el proyecto.....	3
1.7 Presupuesto .....	3
1.8 Colectivo meta de la intervención .....	3
2.- PROYECTO DE DESARROLLO .....	5
2.1 Matriz de planificación .....	5
2.2 Descripción de las actividades y recursos humanos y materiales necesarios.....	8
2.3 Plan de ejecución con relación de actividades y cronograma preciso .....	10
2.4 Antecedentes y relación del proyecto con actividades anteriores .....	10
2.5 Justificación del proyecto .....	11
2.6 Contexto (económico, social, cultural, etc.) .....	23
2.7 Ubicación geográfica.....	24
2.8 Plan de ejecución.....	24
2.9 Enfoques transversales.....	26
2.10 Contribución del proyecto a los Objetivos de Desarrollo Sostenible .....	27



3. ANÁLISIS DE LA VIABILIDAD Y SOSTENIBILIDAD .....	28
3.1 Factores sociopolíticos.....	28
3.2 Factores técnicos .....	29
3.3 Factores económicos .....	29
3.4 Análisis de impacto .....	30
4. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO .....	31
5. ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN Y DIFUSIÓN .....	33



## 1. FICHA DE PROYECTO

### 1.1 Título del proyecto

Programa de prevención del embarazo adolescente en los municipios de Ansonia y Tábara Abajo, Azua, República Dominicana.

### 1.2 País / Área geográfica donde se realizará

República Dominicana. El municipio de Tábara abajo tiene 7.263 habitantes, y el de Ansonia-Las Barías 7.522. Los municipios se encuentran en la provincia de Azua, Región de Valdesia; situados en el suroeste de la República Dominicana

### 1.3 Plazo de ejecución (en meses)

8 meses

### 1.4 Fecha prevista de inicio y finalización

octubre 2024 - mayo 2025

### 1.5 Resumen del proyecto

En proyecto consiste en la implementación de un programa de prevención y atención del embarazo a edad temprana (de 14 a 19 años) en los Liceos de Ansonia y Tábara Abajo, provincia de Azua (República Dominicana). El objetivo es brindar a los y las alumnas adolescentes información esencial sobre salud sexual y reproductiva; y de esta forma implementar un plan de estudios obligatorio de educación sexual integral en las escuelas. Este proyecto implicará también al personal docente, que recibirá formación en la materia; y a las familias, con las que se realizará un taller sobre el abordaje de la salud sexual y reproductiva durante la adolescencia.

### 1.6 Sector y subsector en el que se incluye el proyecto

- Sector: Programas/políticas sobre población y salud reproductiva.
- Subsector: Planificación familiar.

### 1.7 Presupuesto

Presupuesto detallado anexo.

### 1.8 Colectivo meta de la intervención

#### 1.8.1 Descripción de los titulares de derechos, e identificación de los titulares de responsabilidades y de obligaciones.



724 alumnas y alumnos comprendidos entre los 14 y 19 años del Liceo de Ansonia y el Liceo de Tábara Abajo, 1.300 padres y madres y 28 profesores.

### **1.8.2 Estimación del número de personas beneficiarias directas e indirectas**

	TOTAL	Mujeres	Hombres
Beneficiarios directos	724	370	354
Beneficiarios indirectos	1.328	690	638

### **1.8.3 Criterios de selección prioritarios de las personas beneficiarias**

Las y los adolescentes entre 14 a 19 años de edad serán invitados a participar en el programa, quienes acepten hacerlo lo harán de forma voluntaria previa autorización de sus progenitores. Se incluyen las adolescentes embarazadas o los y las adolescentes que ya tengan un hijo/a.

### **1.8.4 Relación entre personas beneficiarias y contraparte local**

La relación es fluida y de mutua confianza ya que, desde 2003, miembros de la contraparte local de Sendera, la Comunidad de San Pablo, están al cargo de la parroquia La Sagrada Familia, la iglesia católica que se ocupa de Sabana Yegua y 18 comunidades rurales aledañas.

Los miembros de la Comunidad de San Pablo en Sabana Yegua impulsan varias actividades de desarrollo, entre ellas un centro de salud, tres centros educativos infantiles, un programa de salas de lectoescritura y matemáticas para 140 niños y niñas, un programa de becas de estudios universitarios, un centro de capacitación laboral, un programa de mejoramiento de vivienda y varios programas de suministro de agua para proyectos agrícolas.

### **1.8.5 Participación en el diseño y ejecución del proyecto de las personas beneficiarias. Acciones previstas para conseguir su participación**

La Comunidad de San Pablo, presente en la zona a través de la Parroquia La Sagrada Familia, lleva a cabo desde el año 2003 proyectos de desarrollo en todo el territorio parroquial. Mensualmente se realizan reuniones con los líderes parroquiales y sociales de todas las comunidades donde afloran las distintas situaciones y problemáticas. El tema de la prevención del embarazo y la educación sale de manera frecuente en las reuniones y los líderes están dispuestos a iniciar proyectos de prevención. Azua es la provincia con la mayor tasa de adolescentes embarazadas del país, llegando al 36,9%.



## 2.- PROYECTO DE DESARROLLO

### 2.1 Matriz de planificación

<b>OBJETIVO GENERAL</b>	Promoción del derecho al acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de información y educación, de los y las adolescentes de Ansonia y Tábara Abajo.			
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	OE 1. Prevenir y atender el embarazo a edad temprana (de 14 a 19 años) en niñas y adolescentes.	IOV 1 Número de niños, niñas y adolescentes participante en el programa de prevención del embarazo adolescente.  IOV 2 Número de deserciones escolares debidas al embarazo.	FV 1.1 Informe de asistencia.  FV 2.1 Estadísticas de los Liceos de Ansonia y Liceo de Tábara Abajo.	Supuestos:



<b>RESULTADOS</b>	<b>Indicadores Objetivamente Verificables (IOV)</b>	<b>Fuentes de Verificación (FV)</b>	<b>Hipótesis</b>
R1. Implementado Programa de prevención del embarazo adolescente en los Liceos de Ansonia y de Tábara Abajo	IOV 1. 100% de niños y niñas participan en el programa  IOV 2. Número de talleres implementados	FV 1.1 Informe fotográfico.  FV 1.2 Informe de asistencia.  FV 2.1 Contenidos de los 7 talleres implementados en cada uno de los Liceos.	Los niños, niñas, padres, madres y docentes tienen interés en tener acceso a información sobre educación sexual.  La dirección de los Liceos está concienciada e implicada en implementar el programa de prevención del embarazo adolescente.



<p>R2. Programa de capacitación al personal docente del Liceo de secundaria en educación sexual integral.</p>	<p>IOV 1. 60% del personal docente de los Liceos formados.</p>	<p>FV 1.1 Realización de 1 taller pedagógico y de contenidos de capacitación para personal docente de cada uno de los Liceos.</p> <p>FV 1.2. Elaboración de materiales para formación del personal docente.</p> <p>FV 1.3. Informe fotográfico.</p> <p>FV 1.4. Informe de asistencia.</p>	
<p>R3. Involucradas las familias del Liceo de Ansonia y Liceo de Tábara Abajo en orientación sobre temas de sexualidad a sus hijos/as.</p>	<p>IOV 1. Realización de 1 taller para padres y madres en cada uno de los Liceos.</p> <p>IOV 2. 1 Reunión general para padres y madres de cada uno de los Liceos.</p>	<p>FV 1.1 Informe fotográfico.</p> <p>FV 1.2. Informe de asistencia.</p> <p>FV 2.1. Contenidos del taller implementado.</p>	



<b>ACTIVIDADES</b>
<b>Del R1:</b> A 1.1. Invitación a padres y madres a reunión informativa. A 1.2. Realización de los 7 talleres del programa para cada uno de los Liceos.
<b>Del R2:</b> A 2.1. Taller de educación sexual integral al cuerpo docente para cada uno de los Liceos.
<b>Del R3:</b> A 3.1. Taller de educación sexual integral para padres y madres para cada uno de los Liceos.

## 2.2 Descripción de las actividades y recursos humanos y materiales necesarios

<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Recursos</b>
A 1.1. Invitación a padres y madres a reunión informativa para presentación.	Invitación a padres y madres a reunión informativa para presentación del programa y recogida de las autorizaciones para que sus hijos/as puedan participar en el mismo.	Ver presupuesto



<p>A 1.2. Realización de los talleres del programa.</p>	<p>Presentación del programa y evaluación de los conocimientos de los/las alumnas.</p> <p>Taller de proyecto de vida.</p> <p>Taller de cuerpo y autoestima.</p> <p>Taller de adolescencia y sexualidad.</p> <p>Taller de enfermedades de transmisión sexual (ETS).</p> <p>Taller de embarazo y complicaciones.</p> <p>Taller de métodos anticonceptivos y aborto.</p> <p>Taller específico de educación prenatal para embarazadas.</p>	<p>Ver presupuesto</p>
<p>A 2.1. Taller de educación sexual integral al cuerpo docente.</p>	<p>Realización de un taller pedagógico y de contenidos de capacitación para personal docente.</p>	<p>Ver presupuesto</p>
<p>A 3.1. Taller de educación sexual integral para padres y madres</p>	<p>Realización de un taller explicativo, de capacitación y apoyo.</p>	<p>Ver presupuesto</p>



### 2.3 Plan de ejecución con relación de actividades y cronograma preciso

Actividad / Mes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Resultado 1												
A 1,1.	X											
A 1.2.		X	X	X	X	X	X	X				
A 1.3.												
A 1.4.												
Resultado 2												
A 2.1.	X											
Resultado 3												
A.3.1.	X											

### 2.4 Antecedentes y relación del proyecto con actividades anteriores

Sendera trabaja en Sabana Yegua, y municipios colindantes cómo Ansonia y Tábara Abajo, República Dominicana, desde 2003, en colaboración con su contraparte local, la Comunidad de San Pablo (CSP). Esta se encuentra a cargo de la parroquia La Sagrada Familia, la iglesia católica que se ocupa de Sabana Yegua y sus 18 comunidades rurales aledañas.

Además de llevar a cabo el trabajo estrictamente pastoral propio de la Iglesia (celebración periódica de los sacramentos, organización de la catequesis, visita a los enfermos, encuentros juveniles...), trabaja la CSP trabaja con Sendera para la puesta en marcha de distintas actividades que tienen como objetivo mejorar las condiciones de vida de la población, con un énfasis especial en las comunidades más pequeñas, pobres y apartadas.



**Programa de Salud:** en el campo de la salud, se desarrolla un programa para paliar las graves deficiencias de la atención sanitaria pública en la región. Esto se lleva a cabo a través de un Centro de Salud, gestionado por la parroquia local, y que incluye un consultorio médico, consulta de odontología, ginecología, optometría, un laboratorio y una farmacia, donde se venden medicinas a bajo precio para gente con pocos recursos. El centro cuenta con un médico todas las mañanas, de lunes a viernes.

Como parte del Programa de Salud, varios grupos de médicos dominicanos y extranjeros visitan regularmente la parroquia para realizar operativos médicos, especialmente dentales y oftalmológicos.

Finalmente, dentro del campo de la salud, cabe destacar también que se realiza un seguimiento a varios casos médicos de personas de bajos recursos, en especial niños/as, ancianos y mujeres embarazadas, a quien se ayuda con derivaciones a especialistas, medicinas, transporte y gastos de hospitalización.

**Programa de Educación:** en el campo de la educación, se lleva a cabo un programa de salas de lecto-escritura y matemáticas en que participan 140 niños/as de tercero y cuarto de educación básica de distintas escuelas. También se realiza un programa de becas mediante el cual se costean los gastos de más de 60 jóvenes de Sabana Yegua para que puedan ir a la universidad. Finalmente, el programa de educación incluye un centro de capacitación laboral de peluquería y costura, que promueve distintos cursos de capacitación profesional a través de INFOTEP (Instituto de Formación Técnica y Profesional del gobierno).

**Programa vivienda digna:** se desarrolla un programa de construcción y reforma de viviendas con el objetivo de que la población pueda disfrutar de una vivienda digna. Estas reparaciones consisten en la reparación de techos de zinc agujereados, maderas podridas, paredes agrietadas y rotas, suelos de tierra para convertirlos en suelos de cemento e instalación de ventanas, entre otras reformas básicas para mejorar las viviendas y hacerlas más seguras ante situaciones climáticas extremas, que son habituales en la región durante la época de huracanes.

## 2.5 Justificación del proyecto

La República Dominicana ocupa el primer lugar en América Latina y Caribe en cuanto a la tasa de embarazo en adolescentes, con 97 nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años; y la posición 26 en el mundo, según un estudio del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) de 2021 sobre las consecuencias socioeconómicas del embarazo adolescente.

En la República Dominicana, hay aproximadamente 2 millones de adolescentes entre las edades de 10 a 19 años, que constituyen el 19% de la población total del país. Los datos

disponibles indican que el 22% de las mujeres entre 12 y 19 años han estado embarazadas, lo que es un 34% más que el promedio de la región. La mayoría de estos embarazos no son planeados ni deseados.

**Figura 16. Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que declaran haber estado embarazadas, por región, 2018**



Fuente: Elaboración de los autores a partir de datos de ENHOGAR 2018.

Con respecto a la población de Sabana Yegua los últimos datos oficiales indican:

## Género



Notas: Los datos contemplan a los hogares empadronados en el Tercer Estudio Socioeconómico de Hogares 2018 (3-ESH 2018) del SIUBEN.

La base de datos del SIUBEN cubre las áreas en prioridad I y II del Mapa de Pobreza del MEPyD y los residentes en bolsones de pobreza del país, la cual actualmente abarca el 60.5% de la población nacional.

Fuente: Base de datos 3ESH-2018 SIUBEN, certificada a septiembre 2021.

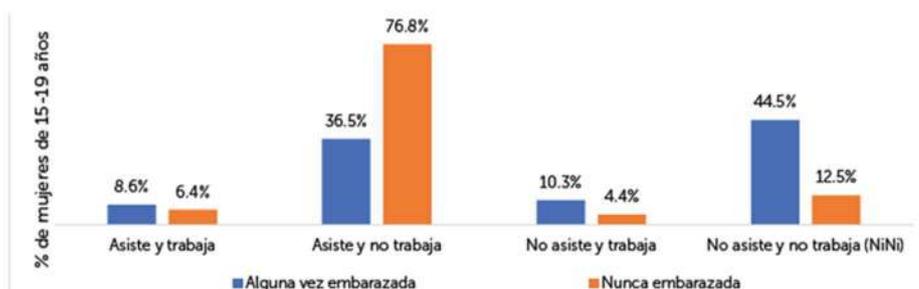
Registros administrativos de la Oficina de Estadísticas y Cartografía de la Policía Nacional.

Un embarazo adolescente no deseado constituye una grave violación de los derechos sexuales y reproductivos de las niñas y adolescentes. Además, muchas de ellas se ven obligadas a dejar su educación a edades tempranas, volviéndose vulnerables a experimentar relaciones desiguales de poder y agresiones.

Tal como indica el Análisis de situación poblacional República Dominicana realizado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA 2017): “Estar en una situación de unión temprana y de embarazo en adolescentes constituye el factor principal que determina que las adolescentes sean madres antes de cumplir los 15 años, más que las relaciones sexuales en sí mismas”.

De igual manera, el estudio Impacto Económico del Matrimonio Infantil y las Uniones Tempranas publicado por el Banco Mundial y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (BM/UNICEF 2017), señala que en la República Dominicana la unión temprana “es probablemente la causa de tres de cada cuatro niños nacidos de madres menores de 18 años”. Esto se asocia a que niñas, niños y adolescentes en situación de uniones tempranas (en especial adolescentes embarazadas) cuenten con menos herramientas para la prevención del embarazo y para la negociación de prácticas sexuales seguras con sus parejas (ya sea uso de preservativos u otros métodos anticonceptivos).

**Figura 17. Porcentaje de adolescentes que declaran haber estado embarazadas, por situación educativa y laboral actual, 2018**



Fuente: Elaboración de los autores a partir de datos de ENHOGAR 2018.

Estos indicadores sobre salud y desarrollo muestran el impacto en las adolescentes, sobre todo en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, evidenciándose en los altos índices de embarazos en adolescentes con. A su vez, la elevada tasa de nacimientos de madres adolescentes se asocia a alta morbilidad y mortalidad materna, representando el 16% del total de las muertes maternas para el año 2018. Si consideramos los datos de la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR, 2018), que indican que por cada madre adolescente que declara haber buscado su embarazo de



manera intencional hay tres que declaran no haberlo buscado, la situación toma un matiz aún más preocupante.

Podemos profundizar en esta cuestión con los datos del Informe General ENHOGAR-MICS 2019:

**TABLA TM.2.2W: Maternidad temprana (mujeres jóvenes)**

Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años de edad que han tenido un hijo nacido vivo, están embarazadas con el primer hijo, han tenido un hijo nacido vivo o están embarazadas con su primer hijo, y han tenido un hijo nacido vivo antes de los 15 años; y el porcentaje de mujeres de 20 a 24 años de edad que han tenido un hijo nacido vivo antes de los 18 años de edad, según características de contexto seleccionadas. República Dominicana, ENHOGAR-MICS 2019

Características de contexto seleccionadas	Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años de edad que:			
	Han tenido un hijo nacido vivo	Están embarazadas de su primer hijo o hija	Han tenido un hijo nacido vivo o están embarazadas de su primer hijo o hija	Han tenido un hijo nacido vivo antes de los 15 años de edad
<b>Total</b>	16.1	2.8	18.9	1.5
<b>Área de residencia</b>				
Urbana	14.6	3.0	17.6	1.6
Rural	20.4	2.3	22.7	1.5
<b>Región de residencia</b>				
Cibao Norte	15.8	3.3	19.1	1.7
Cibao Sur	11.8	4.2	15.9	0.7
Cibao Nordeste	15.5	2.6	18.1	2.0
Cibao Noroeste	23.9	3.5	27.3	3.1
Valdesia	15.2	3.5	18.7	1.1
Enriquillo	23.9	3.7	27.6	2.4
El Valle	21.1	2.8	23.9	2.5
Yuma	21.4	3.7	25.1	2.6
Higuamo	16.7	2.1	18.7	1.6
Ozama o Metropolitana	14.1	2.0	16.1	1.1
<b>Educación</b>				
Ninguna o educación de la primera infancia	(48.9)	(7.3)	(56.3)	(8.1)
Primaria	30.1	4.2	34.3	5.9
Secundaria	14.7	2.8	17.4	1.0
Terciaria <sup>a</sup>	10.9	2.0	12.8	0.2
Sin información/no sabe	(*)	(*)	(*)	(*)
<b>Dificultades funcionales (18-19; 20-24 años de edad)<sup>b</sup></b>				
Tiene dificultad funcional	(29.6)	(2.1)	(31.7)	(0.0)
No tiene dificultad funcional	26.2	4.5	30.7	1.1
<b>Religión de la persona jefa del hogar</b>				
Católica	12.3	2.8	15.1	0.8
Evangélica	14.1	2.0	16.1	1.0
Otra religión	16.8	1.7	18.5	2.4
Ninguna religión	26.6	4.1	30.7	3.5
<b>Quintil de índice de riqueza</b>				
Más pobre	29.9	5.9	35.8	4.0
Segundo	21.7	3.8	25.6	2.2
Medio	14.5	1.9	16.5	0.9
Cuarto	8.9	1.0	10.0	0.5
Más rico	4.3	1.5	5.8	0.0

**TABLA TM.2.2W: Maternidad temprana (mujeres jóvenes), continuación...**

Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años de edad que han tenido un hijo nacido vivo, están embarazadas con el primer hijo, han tenido un hijo nacido vivo o están embarazadas con su primer hijo, y han tenido un hijo nacido vivo antes de los 15 años; y el porcentaje de mujeres de 20 a 24 años de edad que han tenido un hijo nacido vivo antes de los 18 años de edad, según características de contexto seleccionadas. República Dominicana, ENHOGAR-MICS 2019

Características de contexto seleccionadas	Número de mujeres de 15 a 19 años de edad	Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que han tenido un hijo nacido vivo antes de los 18 años de edad <sup>1</sup>	Número de mujeres de 20 a 24 años de edad
<b>Total</b>	3,753	20.4	3,759
<b>Área de residencia</b>			
Urbana	2,769	19.4	2,931
Rural	983	24.2	828
<b>Región de residencia</b>			
Cibao Norte	581	21.2	586
Cibao Sur	270	25.3	288
Cibao Nordeste	195	19.4	218
Cibao Noroeste	160	25.3	152
Valdesia	431	23.1	400
Enriquillo	150	28.2	122
El Valle	119	30.0	106
Yuma	259	24.9	264
Higuamo	241	20.4	198
Ozama o Metropolitana	1,348	15.8	1,425
<b>Educación</b>			
Ninguna o educación de la primera infancia	18	(20.4)	38
Primaria	452	48.9	441
Secundaria	2,720	28.6	1,533
Terciaria <sup>A</sup>	562	6.1	1,746
Sin información/no sabe	1	(*)	0
<b>Dificultades funcionales (18-19; 20-24 años de edad)<sup>B</sup></b>			
Tiene dificultad funcional	63	19.9	138
No tiene dificultad funcional	1,558	20.5	3,620
<b>Religión de la persona jefa del hogar</b>			
Católica	1,841	18.0	1,779
Evangélica	893	16.8	890
Otra religión	193	21.1	152
Ninguna religión	826	28.4	938
<b>Quintil de índice de riqueza</b>			
Más pobre	740	33.9	692
Segundo	782	25.4	796
Medio	778	22.8	764
Cuarto	808	14.1	842
Más rico	645	5.8	665

<sup>1</sup> MICS indicador TM 2 - Maternidad temprana

<sup>A</sup>La educación terciaria comprende los niveles técnicos, de grado, especialidad, maestría y doctorado.

<sup>B</sup>La desagregación de las dificultades funcionales se muestra solo para los encuestados en el módulo de funcionamiento adulto, es decir, entrevistas individuales de mujeres de 18 a 49 años de edad.

( ) Cifras que se basan en 25-49 casos no ponderados.

(\*) Cifras que se basan en menos de 25 casos no ponderados.

**TABLA TM.2.3W: Tendencias en maternidad temprana (mujeres)**

Porcentaje de mujeres que han tenido un hijo nacido vivo, antes de los 15 y 18 años de edad, por zona de residencia, según grupos de edades. República Dominicana, ENHOGAR-MICS 2019

Características de contexto seleccionadas	Urbana				Rural			
	Porcentaje de mujeres con un hijo nacido vivo antes de los 15 años de edad	Número de mujeres de 15 a 49 años de edad	Porcentaje de mujeres con un hijo nacido vivo antes de los 18 años de edad	Número de mujeres de 20 a 49 años de edad	Porcentaje de mujeres con un hijo nacido vivo antes de los 15 años de edad	Número de mujeres de 15 a 49 años de edad	Porcentaje de mujeres con un hijo nacido vivo antes de los 18 años de edad	Número de mujeres de 20 a 49 años de edad
<b>Total</b>	3.0	17,118	20.8	14,348	4.1	5,177	29.2	4,194
<b>Edad</b>								
15-19	1.6	2,769	na	na	1.5	983	na	na
15-17	1.9	1,547	na	na	1.9	585	na	na
18-19	1.1	1,222	na	na	0.9	399	na	na
20-24	2.4	2,931	19.4	2,931	2.7	828	24.2	828
25-29	3.6	2,835	18.7	2,835	3.7	812	26.4	812
30-34	3.7	2,398	21.8	2,398	7.4	692	35.9	692
35-39	3.6	2,278	25.7	2,278	6.0	678	33.7	678
40-44	3.4	2,019	21.3	2,019	4.1	634	27.6	634
45-49	3.0	1,887	18.6	1,887	5.2	550	28.4	550

**TABLA TM.2.3W: Tendencias en maternidad temprana (mujeres), continuación...**

Porcentaje de mujeres que han tenido un hijo nacido vivo, antes de los 15 y 18 años de edad por zona de residencia, según grupos de edades. República Dominicana, ENHOGAR-MICS 2019

Características de contexto seleccionadas	Total			
	Porcentaje de mujeres con un hijo nacido vivo antes de los 15 años de edad	Número de mujeres de 15 a 49 años de edad	Porcentaje de mujeres con un hijo nacido vivo antes de los 18 años de edad	Número de mujeres de 20 a 49 años de edad
<b>Total</b>	3.2	22,295	22.7	18,542
<b>Edad</b>				
15-19	1.5	3,753	na	na
15-17	1.9	2,132	na	na
18-19	1.1	1,621	na	na
20-24	2.5	3,759	20.4	3,759
25-29	3.6	3,648	20.4	3,648
30-34	4.5	3,090	24.9	3,090
35-39	4.1	2,956	27.6	2,956
40-44	3.5	2,653	22.8	2,653
45-49	3.5	2,437	20.8	2,437

na: no aplicable



En el año 2019, el 24.5% de los nacidos vivos y el 20% de los abortos atendidos en centros públicos de salud en República Dominicana fueron de madres adolescentes (menores de 19 años) de acuerdo con los datos del Repositorio del Servicio Nacional de Salud.

La unión temprana (UT) constituye, además de una vulneración a los derechos de niños, niñas y adolescentes, una manifestación de la desigualdad de género. Asimismo, la UT es un problema de carácter global, identificado como una práctica nociva en los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS), que tiene especial relevancia en el contexto nacional, no solo por la alta prevalencia de la problemática, sino porque el abordaje de sus causalidades es uno de los aceleradores para la reducción de la pobreza multidimensional.

A modo de resumen podemos decir sobre el embarazo adolescente que:

- Es una de las situaciones en que mejor se evidencian las inequidades sociales, de justicia y de género.
- Es calificado desde el discurso del desarrollo como una puerta de entrada o un reproductor del círculo de la pobreza.
- Se trata de un fenómeno que va más allá del sector salud, debido a que acarrea múltiples consecuencias no sólo en el orden de la salud, sino también en cuanto al desarrollo social en general.
- Estas consecuencias alcanzan no sólo a la mujer adolescente, sino también a su hijo o hija, a su pareja, a su familia y a la comunidad misma a la cual pertenece la adolescente.
- El impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial y se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos/as, desempleo, fracaso en la relación con la pareja e ingresos inferiores de por vida. Contribuye a perpetuar el ciclo de la pobreza y a la "feminización de la miseria".
- Entre los países de la región de las Américas, la República Dominicana está entre los 5 con más altos índices de embarazos en adolescentes, presentando una de las más altas tasas de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años de edad, registrada en 97 por 1.000 mujeres.
- Está relacionado con la brecha entre una menarquia, una iniciación sexual que se adelantan (ambos resultados esperados de la modernización) y una tasa de uso de anticonceptivos aún insuficiente y muchas veces incorrecta.

Las causas estructurales son más complejas y se relacionan con:

a. Las reticencias institucionales (familiar y social) respecto de la sexualidad adolescente premarital;



b. La falta de oportunidades educativas, laborales y de proyecto de vida autónomo para las adolescentes (en particular las pobres) y;

c. Una cultura familiar que, a través de diversos mecanismos, amortigua los costos de la reproducción temprana.

## EMBARAZOS EN ADOLESCENTES EN REPÚBLICA DOMINICANA

Número y porcentaje de embarazos en adolescentes, según año, 2018-2022



Nota: Incluye partos, OIGs y partos. Fuente: Dirección de Información y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública.

El embarazo en adolescentes es una problemática social que nos afecta desde hace varios años, sin embargo, a pesar de que ha disminuido en los últimos 5 años, sigue siendo un reto en materia de desarrollo.

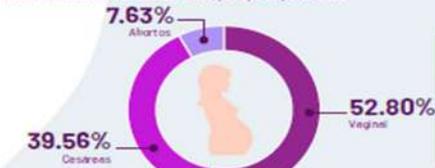
Porcentaje y número de Embarazos en adolescentes y las 10 provincias con mayor porcentaje de embarazos, 2022



En el año 2022, la provincia Elías Piña es la de mayor incidencia de embarazo en adolescentes con respecto al total de embarazos ocurridos, seguido de las provincias Peravia, María Trinidad Sánchez, Pedernales y San Juan, que también presentan altos porcentajes. Es importante resaltar, que a nivel absoluto el mayor número de embarazos se registran en Santo Domingo (3,359) y en el Distrito Nacional (2,876).

Nota: Incluye partos, OIGs y partos. Fuente: Dirección de Información y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública.

Total de embarazos en adolescentes, por tipo de parto, 2022



De los embarazos en adolescentes poco más de la mitad (52.8% (13,376)) fueron desembarzados vía vaginal. Seguidos de 39.5% por cesáreas y un 7.6% correspondieron a abortos.

Nota: Incluye partos, OIGs y partos. Fuente: Dirección de Información y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública.

Tasa de fecundidad adolescente, según características sociodemográficas, 2019



Por cada 1,000 mujeres adolescentes entre 15-19 años ocurren 77 nacimientos. A medida que aumenta el índice de riqueza y el nivel educativo, las tasas de fecundidad en adolescentes disminuyen. Asimismo según la zona de residencia la rural refleja un mayor desafío que la urbana.

Porcentaje de mujeres con un hijo nacido vivo antes de los 15 años de edad, 2019



El porcentaje de mujeres con edades entre 15 y 19 años que tuvo un hijo nacido vivo antes de cumplir los 15 años fue de 1.6% en la zona urbana y de un 1.5% en la zona rural.

Fuente: ENHOGAR MCI 2019

Nacimientos ocurridos y registrados de madres adolescentes por grupo de edad de la madre, según grupo de edad del padre al momento del nacimiento de e/la hijo/hija, 2022



Una de las características de la maternidad adolescente, es la marcada diferencia de edad de esta con el padre. En general, esta diferencia de edad supera los 10 años, pero se observan casos donde esta diferencia es de hasta 30 años y más. Esto coloca a las adolescentes en mayores riesgos.

Fuente: registros administrativos de las Oficinas Cívicas

Mortalidad de hijos de mujeres adolescentes, según indicador, 2019



Los embarazos en adolescentes representan mayores riesgos en la salud de la madre y sus hijos, tal es el caso de la mortalidad infantil que por cada 1,000 nacidos vivos de madres adolescentes mueren 22 niños antes de cumplir los 28 días de vida, mientras que la mortalidad en el primer año de vida es aun mayor, 28 por cada 1,000 nacidos vivos.

Fuente: ENHOGAR MCI 2019

Porcentaje de mujeres de 15-19 años que están actualmente casadas o unidas con necesidades de planificación familiar insatisfechas, 2019



El 61.3 de las mujeres de 15-19 años que están actualmente casadas o unidas tienen necesidades de planificación familiar insatisfechas y un 24.3 de ellas tiene necesidades de planificación familiar insatisfechas.

Fuente: ENHOGAR MCI 2019

Porcentaje de mujeres de 15-19 años actualmente casadas o unidas que no usan ningún método anticonceptivo, 2019



El 38.7% de las adolescentes entre 15 y 19 años actualmente casadas o unidas no usan ningún método anticonceptivo.

Fuente: ENHOGAR MCI 2019

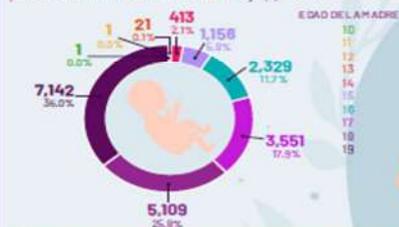
Niños o niñas jefes o jefas de hogar



El 4.8% de los hogares de la República Dominicana tiene como jefe o jefa del hogar un niño o niña de 15 a 17 años de edad. Estos son hogares donde los adolescentes están cuidando de niños.

Fuente: ENHOGAR MCI 2019

Nacimientos ocurridos y registrados de madres adolescentes por edad al momento del nacimiento del hijo (a), 2022



Durante el año 2022, continuó el descenso del número de embarazos a edades tempranas. Sin embargo, del total de nacimientos ocurridos y registrados para ese año, de madres de 19 y menos años, un total de 7,588 corresponden a madres menores de 18 años, y 1,708 a madres de 15 años o menos. Esto debe considerarse como datos relevantes en materia de política pública, dado que el embarazo en adolescentes es un disruptor del



## **DESIGUALDADES, POBREZA Y EXCLUSIÓN**

Es frecuente una relación intergeneracional en el embarazo adolescente, que contribuye a perpetuar la pobreza. Se destaca en los estudios sobre el tema que en las familias en que se repite la maternidad adolescente pueden existir normas o creencias culturales en las que intervienen factores contribuyentes a la ocurrencia del embarazo precoz.

El comportamiento del embarazo en adolescentes remite a un escenario de desigualdades donde las menos educadas, más pobres y residentes en áreas rurales están en desventaja y resultan ser las más afectadas.

Respecto a la transmisión intergeneracional de la pobreza, se ha encontrado que el ser madre adolescente aumenta la probabilidad de ser pobre de 16% a 28%.

Las implicaciones del embarazo se manifiestan de forma diferente según el medio social de la adolescente. Diversos estudios reportan que en la clase media y media-alta las relaciones sexuales ocurren más tempranamente que en generaciones anteriores y es muy probable que exista un número creciente de embarazos, pero en este ámbito social es posible ocultar esta realidad a través de la interrupción del embarazo, dada la importancia que se le asigna a la finalización de los estudios universitarios y la realización de aspiraciones de clase.

## **EDUCACIÓN**

En la República Dominicana viven alrededor de dos millones de adolescentes entre 10 y 19 años, Los/as adolescentes representan cerca de la cuarta parte del total de la población dominicana; sin diferencias significativas en la distribución por sexo.

En lo referente a la educación, encontramos que en el país se han experimentado mejoras importantes, con una reducción significativa de los niveles de analfabetismo (la tasa de analfabetismo en la población mayor de 10 años es de un 11%) y una asistencia escolar que ronda alrededor del 90% en el nivel primario. No obstante, la deserción escolar sigue siendo alta coincidiendo con el paso de la niñez a la adolescencia, reduciéndose la asistencia escolar a un 74% en el nivel secundario.

Los motivos de abandono escolar son diferentes en los hombres y en las mujeres, según los datos del último censo nacional de población y vivienda. El principal motivo referido por la población masculina estuvo relacionado con factores endógenos del sistema, mientras que una proporción importante de muchachas abandonó la escuela para

casarse y un 37.2% por embarazo (ver gráficos sobre población masculina/femenina que no asiste, pero asistió a la escuela según motivo de deserción).

Además, los datos muestran que, a menor educación, se da una mayor proporción de embarazo en adolescentes.

REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que ha recibido información sobre temas de salud sexual y reproductiva según desagregación; 2018

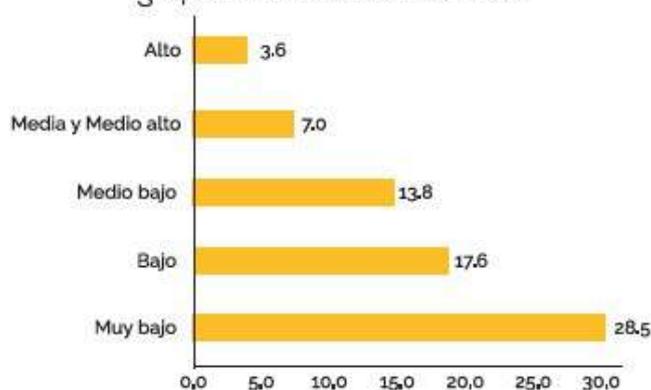
Desagregación	Tema	
	Pubertad	Anatomía y fisiología reproductiva, sexualidad y embarazo
<b>Total</b>	<b>81.5</b>	<b>85.7</b>
<b>Zona de residencia</b>		
Rural	82.3	85.8
Urbana	77.6	85.3
<b>Grupo socioeconómico familiar</b>		
Muy bajo	65.9	77.0
Bajo	76	82.8
Medio bajo	81.4	84.8
Medio y Medio alto	88.5	89.5
Alto	96.2	96.5

Fuente: Fascículo salud sexual y reproductiva de las adolescentes, ENHOGAR-2018; ONE.

REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que ha estado alguna vez embarazada, según edad grupo socioeconómico familiar, ENHOGAR-2018



REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de las adolescentes de 15 a 19 años que son madres, según grupo socioeconómico familiar



Fuentes: Fascículo salud sexual y reproductiva de las adolescentes, ENHOGAR-2018; ONE.

Municipios priorizados en la implementación de la política para la prevención y reducción de las uniones tempranas y el embarazo en adolescentes								
Provincia	Municipio	Cantidad de Mujeres de 10 a 19 años de edad	% de la Población Nacional de Mujeres de 10 a 19 años	Nacimientos registrados para madres de 19 años o menor de edad	% de la población nacional de nacimientos registrados para madres de 19 años o menor de edad	Relación mujeres de 19 años o menor y nacimientos registrados en el municipio	% hogares en condición de pobreza	% hogares en condición de pobreza extrema
Santo Domingo	Santo Domingo Este	104,388	5.81%	3,861	9.08%	3.70%	26.4%	4.9%
Santiago	Santiago de los Caballeros	63,886	3.56%	3,678	8.65%	5.76%	29.9%	5.1%
Distrito Nacional	Santo Domingo de Guzmán	85,486	4.76%	3,024	7.12%	3.54%	26.7%	4.7%
Santo Domingo	Santo Domingo Norte	62,816	3.50%	2,099	4.94%	3.34%	40.8%	8.7%
Santo Domingo	Santo Domingo Oeste	39,891	2.22%	1,523	3.58%	3.82%	25.8%	3.6%
La Altagracia	Higüey	28,839	1.61%	1,370	3.22%	4.75%	50.7%	15.8%
San Cristóbal	San Cristóbal	24,958	1.39%	1,249	2.94%	5.00%	32.9%	5.4%
Santo Domingo	Los Alcarrizos	32,943	1.83%	1,233	2.90%	3.74%	42.6%	9.2%
Puerto Plata	Puerto Plata	14,040	0.78%	1,036	2.44%	7.38%	32.6%	6.9%
Duarte	San Francisco de Macorís	16,685	0.93%	1,034	2.43%	6.20%	35.7%	5.7%
San Juan	San Juan	10,971	0.61%	1,013	2.38%	9.23%	58.8%	21.8%
Peravia	Bañí	15,656	0.87%	978	2.30%	6.25%	48.0%	11.8%
San Pedro de Macorís	San Pedro de Macorís	18,952	1.05%	943	2.22%	4.98%	41.5%	7.4%
Barahona	Barahona	8,619	0.48%	663	1.56%	7.69%	58.3%	20.7%
Azua	Azua	9,255	0.52%	491	1.16%	5.31%	59.8%	18.6%
San Cristóbal	Bejos de Heina	13,367	0.74%	556	1.31%	4.16%	27.8%	3.6%
Santo Domingo	Boca Chica	17,789	0.99%	519	1.22%	2.92%	42.6%	11.8%
Dejábón	Dejábón	2,895	0.16%	222	0.52%	7.67%	49.1%	11.6%
San Juan	El Cercado	1,733	0.10%	196	0.46%	11.31%	77.6%	37.3%
San Juan	Las Matas de Farfán	3,745	0.21%	311	0.73%	8.30%	62.7%	23.3%

Fuente: Política de Prevención y Atención a las Uniones Tempranas y el Embarazo en Adolescentes (PPA) 2021. Gabinete de Niñez y Adolescencia. Gobierno de la República Dominicana.

Por lo tanto, contar con una educación integral que incluya temas sobre salud sexual y reproductiva es fundamental para el desarrollo de los/las jóvenes en edades de procrear, ya sea que esta información llegue a través de los padres, otros familiares, personal docente o personal especializado. El conocimiento sobre sexualidad, sus riesgos y consecuencias les puede ayudar a hacer frente a las situaciones que se presenten al mantener una vida sexual activa, como embarazos no deseados, enfermedades e infecciones de transmisión sexual, entre otras.

El embarazo en adolescentes es el desenlace de un conjunto de elementos que afecta tanto a actores individuales como a la sociedad en conjunto. Las consecuencias para la nueva madre van desde discriminación, riesgo a su integridad física, deserción escolar, uniones tempranas y forzadas y violencia de género, hasta convertirse en una carga



económica para sus progenitores cuando tienen que responsabilizarse de la madre adolescente y su criatura.

Desde el punto de vista social el embarazo en adolescentes es una problemática. Al tener que dedicarse a la maternidad, muchas jóvenes abandonan los estudios, con ello quedan rezagadas en el mercado laboral a puestos de menor cualificación en perpetuación de la pobreza.

## **2.6 Contexto (económico, social, cultural, etc.)**

**Situación socioeconómica de la región:** la mayoría de los habitantes de la región viven de la agricultura de subsistencia, principalmente del cultivo del plátano, que venden posteriormente. También se cultivan, en menor cantidad y según la temporada, el tomate y la cebolla. La mayoría de los habitantes no tienen tierras propias, sino que trabajan en parcelas ajenas, propiedad de grandes empresas o de terratenientes que no viven en la zona.

El pueblo de Sabana Yegua y sus comunidades rurales circundantes se enfrentan a gran variedad de problemas: una parte de la población vive sin acceso al agua potable y con un acceso limitado a la electricidad.

También hay en la zona una población significativa de inmigrantes haitianos, la mayoría de los cuales son indocumentados. Trabajan en la agricultura y viven con miedo a ser repatriados y reciben un salario más bajo que los dominicanos.

**Salud:** aún se ven en la zona casos de desnutrición, mayormente leve y moderada, especialmente entre niños/as y ancianos. Debido a una dieta deficiente y a la falta de acceso al agua potable, muchas personas son propensas a enfermarse, típicamente de amebas, diarrea y otras infecciones gastrointestinales. También hay abundancia de enfermedades dermatológicas, debido a la falta de agua limpia para el aseo personal.

**Educación:** el 46% de los habitantes de la zona son menores de 18 años. Aunque hay escuelas públicas en varios pueblos, la calidad de la educación allí impartida es muy deficiente, y además muchos niños y niñas no van a la escuela porque no pueden cumplir con los requisitos mínimos, tales como el uniforme y los materiales escolares básicos. Otra dificultad es que muchos niños y niñas no tienen certificado de nacimiento y por esta razón es imposible inscribirlos en la escuela. Además, algunas de las poblaciones más pequeñas no tienen escuela, o en las que tienen sólo se imparten clases hasta cuarto de primaria. Aproximadamente el 14% de los niños/as de entre 7 y 14 años no van a la escuela y 11% de los adultos no sabe leer ni escribir.



## **2.7 Ubicación geográfica**

Tábara abajo tiene 7.263 habitantes, y Ansonia-Las Barías 7. 522. Se encuentra situados en el suroeste de la República Dominicana. La región suroeste de la República Dominicana es la zona más necesitada del país, y también más seca.

Las frecuentes tormentas tropicales y huracanes entre los meses de junio a noviembre de cada año son una amenaza constante para la población más vulnerable.

## **2.8 Plan de ejecución**

### **2.8.1 Estrategia de intervención y elementos de innovación**

En el momento en que la subvención sea concedida, Sendera ONG y la organización local iniciarán la implementación del proyecto recogiendo lo estipulado en el convenio de colaboración entre ambas entidades en el que se recogen las responsabilidades que se adquieren en la ejecución, el seguimiento y la evaluación de este, de acuerdo con las normas establecidas por la entidad financiadora. En el convenio entre ambas entidades se determinan los siguientes aspectos:

- El compromiso de la contraparte local de contar con una cuenta en el país, para la ejecución del mismo, en la que ingresará tanto la subvención otorgada por la entidad financiadora como los fondos propios de Sendera ONG.
- El sistema de libramiento de los fondos al proyecto.
- El calendario de presentación de informes de seguimiento y final.
- La justificación y control del gasto de acuerdo con la normativa de la entidad financiadora.
- La visibilidad de la cooperación de la entidad financiadora en el proyecto.

El seguimiento del proyecto es una actividad de corresponsabilidad y participación. La contraparte local se compromete a una comunicación e intercambio permanente. Sendera y la organización local compartirán las responsabilidades de la gestión ordinaria del proyecto en el país, aunque Sendera sea la responsable última de la correcta ejecución de este. Cualquier modificación sustancial que se pudiera plantear requerirá de la autorización de la entidad financiadora.

El seguimiento del proyecto se llevará a cabo de forma continuada por el personal de la contraparte local, mediante visitas de seguimiento, comunicación directa y observación.



Así mismo, la contraparte local y Sendera mantendrán comunicación continua y elaborarán informes de seguimiento cuando proceda. Durante todo el proceso de ejecución se tendrán como referentes los indicadores y fuentes de verificación que se han señalado en la matriz del proyecto para medir el logro de los resultados y objetivo previsto. Se tendrá muy en cuenta la participación, acceso y control de la población meta en el proyecto.

En un momento intermedio y final del programa se evaluarán sus logros, dando especial importancia a los aprendizajes obtenidos. Se tratará de determinar la pertinencia de los objetivos y su grado de realización, la eficiencia en cuanto al desarrollo, la eficacia, el impacto y la viabilidad. Esta evaluación final se realizará de forma conjunta entre los titulares de derechos y el equipo del proyecto.

El sistema que va a utilizarse se basa en:

- Evaluación de la eficiencia: la relación entre lo planeado y lo logrado.
- Evaluación de la eficacia: forma de trabajo adecuada o no para alcanzar los objetivos, en términos del buen uso de los recursos humanos y financieros del proyecto.
- Evaluación de la relevancia del proyecto: en qué medida los logros del proyecto son significativos con relación a la situación que se quiere alcanzar o al problema que se quiere resolver
- Evaluación de la cobertura: proporción de la población alcanzada por el proyecto respecto de la población total.

Las principales herramientas empleadas por el proyecto para llevar a cabo el seguimiento y la evaluación son:

- Talleres internos para el diseño, discusión y coordinación de las actividades de monitoreo, realizados en la sede del proyecto en los cuales participa todo el equipo técnico del proyecto.
- Fichas básicas de recolección de información para la implementación del proyecto, monitoreo y seguimiento, así como para anotar las incidencias.

### **2.8.2 Factores de Riesgo**

Como factores de riesgo que hemos de considerar son las posibles huelgas en el sistema educativo y la baja implicación de padres y madres.

### **2.8.3 Indicar los aspectos que se consideren más relevantes del Proyecto, así como cualquier comentario de interés que se desee realizar**



## **2.9 Enfoques transversales**

### **2.9.1 Enfoque de Género en desarrollo**

Se entiende como el desarrollo de planes, programas, proyectos, actividades y estrategias, conducentes a promover una salud sexual y reproductiva saludable y destinados a satisfacer las necesidades reales de la población adolescente, sin discriminación alguna, transversalizados por la perspectiva de género que, por una parte, da cuenta de las relaciones de poder y, al mismo tiempo, reconoce y respeta las legítimas diferencias de género y sus diversas necesidades.

Siendo el embarazo adolescente una situación de salud que afecta a las mujeres, a las más jóvenes, a las menos educadas, a las más pobres, las rurales y las reconoce como únicas responsables de la maternidad, siendo por ello esencial el involucramiento de los varones en una corresponsabilidad que incluye derechos y deberes, este enfoque resulta fundamental en esta política.

En cuanto al enfoque de equidad con relación a la prevención del embarazo en las adolescentes, implica identificar e intervenir los factores que inciden y generan inequidades para que esta situación afecte especialmente a adolescentes en situación de vulnerabilidad y pobreza.

### **2.9.2 Enfoque basado en Derechos**

El proyecto incorpora la perspectiva de derechos la cual apunta principalmente al desarrollo de una institucionalidad y un marco sociocultural donde se respeten los derechos fundamentales de las niñas y adolescentes para que dispongan de opciones válidas para tomar decisiones más saludables en relación a su sexualidad y reproducción. Una coyuntura mejorada en este sentido ofrecería oportunidades que permitirían romper con aquella percepción y valoración cultural de que la única opción de las niñas y adolescentes para realizarse como mujeres es la maternidad. Esto permitiría una transición exitosa de las mismas a la adultez donde la visualización de un proyecto de vida más amplio es posible.

Entre estas intervenciones se encuentran aquellas que evitan las uniones a edad temprana y la violencia y coacción sexual a partir de un fortalecimiento del marco legal y una disminución de los prejuicios culturales-tradicionales. También aquellas que garantizan una mayor participación escolar en el mediano plazo y oportunidades laborales en el largo plazo como reformas educativas o convenios estudiantiles-laborales, entre otros.



En este grupo de intervenciones también se pueden identificar aquellas de sensibilización y comunicación que promuevan una familia empática con la situación de los adolescentes de hoy. Por último, como el fenómeno del embarazo adolescente está asociado con un contexto de vulnerabilidad, en este grupo también se incluirían políticas gubernamentales que intentan mejorar factores socioeconómicos como la pobreza, la desigualdad y el empleo.

### **2.9.3 Enfoque de Sostenibilidad Medioambiental**

El presente proyecto incorpora decididamente el desarrollo sostenible en su concepción como un eje transversal.

### **2.10 Contribución del proyecto a los Objetivos de Desarrollo Sostenible**

La Agenda 2030, con sus 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y 169 metas, aprobada por los países en la Cumbre de Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible de 2015, es la culminación de más de cuatro decenios de diálogo y debate multilateral sobre cómo responder a los desafíos medioambientales, sociales y económicos que enfrenta la comunidad internacional.

El embarazo adolescente es un tema clave dentro de esta agenda. El ODS 3, Salud y Bienestar, por ejemplo, tiene como propósito fundamental garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos y todas en el entendido de que se requieren iniciativas para erradicar por completo una gama de enfermedades y hacer frente a numerosas y variadas cuestiones persistentes y emergentes relativas a la salud, como lo es el fenómeno del embarazo en la adolescencia.

De forma específica, el objetivo 3.7.2 plantea la necesidad de garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales. Otros objetivos que guardan una estrecha relación con el tema del embarazo en la adolescencia y abordan múltiples aristas de ese fenómeno son:

- Objetivo 1: Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo.
- Objetivo 4: Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos.
- Objetivo 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas.



-Objetivo 8: Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos.

-Objetivo 10: Reducir la desigualdad en y entre los países.

El embarazo en adolescentes tiene una estrecha relación con el avance hacia los ODS. Con la adopción de la Agenda 2030, República Dominicana enfrenta el desafío de traducir el alto crecimiento económico en una ampliación de oportunidades de las personas, sin discriminaciones ni exclusión de ningún segmento de población.

### 3. ANÁLISIS DE LA VIABILIDAD Y SOSTENIBILIDAD

#### 3.1 Factores sociopolíticos

##### 3.1.1 Actitud de las autoridades locales hacia el proyecto

Las autoridades locales, así como las instituciones educativas apoyan este proyecto. El Ministerio de Salud aprueba el proyecto, así como el Liceo de secundaria beneficiario. Se les consultó en la fase previa y han dado su apoyo al mismo. Es política prioritaria del gobierno para la provincia de Azua trabajar en la reducción de los embarazos adolescentes, pues Azua es de las provincias con tasas más elevadas de embarazos no deseados.

##### 3.1.2 Políticas locales o regionales que deben ser tenidas en cuenta por el proyecto

El proyecto se integra en el Comité Técnico Interinstitucional para la Prevención del Embarazo Adolescente que integra los esfuerzos de varios ministerios e instituciones del estado, agencias de cooperación internacional, organizaciones no gubernamentales y grupos de jóvenes. Las acciones se circunscriben a propósito del cumplimiento de las Objetivos de Desarrollo Sostenible, y en el marco del Plan Nacional de Igualdad y Equidad de Género 2018-2030 (PLANEG III), el Plan Decenal de Salud (PLANDES) y los lineamientos del Plan Estratégico Nacional para la Salud Integral de Adolescentes.

De igual manera, se incorporan a este escenario las recomendaciones y compromisos asumidos desde otros espacios donde participan las instancias del Comité y que se vinculan al tema del embarazo en adolescentes; tales como la Iniciativa sobre Derechos Humanos y la aplicación de la Convención de los Derechos del Niño; coordinadora por el Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de los y las Adolescentes (PRONAISA) de Salud Pública, conjuntamente con el Consejo Nacional



para la Niñez y la Adolescencia (CONANI) y los auspicios de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

### **3.1.3 Viabilidad social**

En la República Dominicana, 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 educación sexual y la precariedad económica figuran como factores causales del problema del embarazo en la adolescencia. A todo ello se le suma los escasamente conocidos y reconocidos derechos sexuales y derechos reproductivos, y el hecho de que en las familias predomina la falta de comunicación respecto a temas sexuales.

El que el programa de prevención del embarazo adolescente se impulse desde la escuela es una forma de fomentar la aceptación y viabilidad social del proyecto. A través de este se pretende:

- a. Aumentar los conocimientos.
- b. Mejorar la comunicación padres/madres - hijos e hijas.
- c. Ayudar a retrasar el inicio de las relaciones sexuales en los y las más jóvenes.
- d. Aumentar el uso de anticonceptivos y condones.

## **3.2 Factores técnicos**

### **3.2.1 Tecnología utilizada y adecuación al entorno en el que ha de ser aplicada**

El proyecto utilizará métodos, materiales y tecnología que forman parte de la cultura de la población beneficiaria, y la acción es técnicamente viable porque se disponen de los medios necesarios para el funcionamiento continuado y por la experiencia de muchos años de trabajo.

## **3.3 Factores económicos**

### **3.3.1 Aportación material, técnica, financiera y humana van a realizar los beneficiarios de la acción**

No se prevé.

### **3.3.2 Capacidad financiera, presupuestaria y de gestión de los responsables de la acción después de la ejecución del proyecto**



Una vez finalizado el proyecto se cuenta con el apoyo tanto de la Comunidad de San Pablo, del Liceo de Secundaria beneficiario y el Ministerio de Salud para seguir implementado el proyecto.

### **3.3.3 Propiedad de las infraestructuras después de la ejecución del proyecto**

Los materiales adquiridos serán propiedad de la contraparte local y serán utilizados en la continuación del programa u otros proyectos de cooperación al desarrollo a implementar en la zona

## **3.4 Análisis de impacto**

### **3.4.1 Impacto de género**

- La maternidad es una condición más frecuente entre las adolescentes que la paternidad de los varones de ese mismo grupo etario, aun cuando éstos inician su vida sexual más temprano. La mayoría de los/as hijos/as de madres adolescentes tienen como padre a un joven o adulto y, además, algunos varones adolescentes pueden desconocer o no responsabilizarse del hecho de haber sido padres.
- A menudo las normas culturales y sociales de género restringen el acceso de las adolescentes a la información básica, las condena a un papel desigual y más pasivo a la hora de tomar decisiones sexuales, socavan su autonomía y expone a muchas a la coerción sexual.
- Del mismo modo, las expectativas tradicionales en relación con la masculinidad también llevan a menudo a comportamientos que aumentan el riesgo de “embarazar” en los adolescentes varones. Este tipo de comportamientos consiste en una iniciación precoz de las relaciones sexuales, número elevado de parejas sexuales, el consumo de alcohol y otras drogas, entre otros.
- En consecuencia, la vida y la salud de adolescentes y en particular la alta fecundidad, solo puede mejorarse si al mismo tiempo se sensibiliza a los varones adolescentes y jóvenes.

### **3.4.2 Impacto medioambiental**

El presente proyecto no supone ningún riesgo para el medio ambiente. Asumimos la educación medioambiental como un eje transversal dentro de todos nuestros proyectos y programas, por la significación que la misma tiene no sólo para el desarrollo sino especialmente para la prevención de catástrofes. De este modo, la promoción de la



higiene del entorno es uno de los ejes principales de este proyecto haciendo énfasis en lavarse las manos, el manejo apropiado del agua y la disposición de desechos.

### **3.4.3 Procedimiento de gestión después de la finalización de la ayuda externa**

La acción necesita únicamente una inversión puntual contemplada en el presente proyecto. La gestión posterior pasa a manos de cada una de las familias beneficiarias. La contraparte local al estar en permanente contacto con las comunidades realizará una labora de apoyo a las personas beneficiarias por si estas necesitasen de puntual ayuda y/o asesoramiento.

## **4. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

En cuanto al seguimiento, control y evaluación interna del proyecto, se va a efectuar en dos niveles complementarios:

### **1) ONGD, Sendera ONG:**

Sendera ONG realizará un seguimiento continuo sobre la ejecución de los proyectos. Para ello cuenta con una persona expatriada, desplazada a la zona de intervención.

La función de la persona expatriada es la coordinación y monitorización de todas las actividades y proyectos que Sendera implementa en el territorio. Así mismo, participa junto a la contraparte local en la identificación, diseño y control financiero y de ejecución de los proyectos. Conjuntamente velan por la consecución de los resultados establecidos y una eficiente ejecución presupuestaria.

Desde España, la persona técnica de proyectos se encarga de preparar la justificación narrativa, técnica y económica del proyecto con los datos y la información proporcionada por la persona expatriada y la contraparte y de la relación administrativa con la entidad cofinanciadora.

Las transferencias bancarias y las actividades previstas se realizarán, en base a las condiciones de cada convocatoria y/o de acuerdo al manual de procedimientos de Sendera ONG, y/o por los convenios y acuerdos firmados con los cofinanciadores respectivos.

La ONG cuenta con un Plan Estratégico. Asimismo, contamos con un Manual de procedimientos técnico y financiero que se implementa en cada proyecto que se lleva a cabo, y con Protocolos adicionales para la buena gestión y prácticas de nuestra entidad. Además, suscribimos Convenios con las contrapartes locales ejecutoras de los proyectos que rigen las condiciones generales de las colaboraciones conjuntas.

### **2) Contraparte local, Comunidad de San Pablo (CSP):**



La contraparte local determina a la persona responsable del proyecto, que supervisa y coordina el buen funcionamiento del proyecto. Para ello se reunirá de forma periódica con todas las personas integrantes del proyecto, revisará los registros e informes confirmando que sean reflejo de la realidad de la ejecución y en base a estos datos se irán reconduciendo las posibles incidencias y será el material en que se basen los informes anuales de seguimiento y el informe final a las entidades financiadoras.

Entre sus funciones se encuentran: la planificación de los proyectos, la organización de los diversos planes y actividades, la coordinación de los recursos locales-tanto humanos como materiales-, la dirección de los proyectos y el control de la ejecución de los proyectos. Convenio firmado con la CSP a disposición, bajo petición

Además de esta evaluación conjunta entre Sendera y su contraparte, miembros de la Junta Directiva de nuestra entidad se desplazan periódicamente a los países donde trabajamos en visitas de control y supervisión de los proyectos que apoyamos, en ocasiones de forma conjunta con otros cofinanciadores públicos y privados, con el objetivo principal de mantener una relación directa con nuestras contrapartes locales y de toma de contacto con los beneficiarios. Estas visitas también permiten comprobar y revisar si fuera necesario el cumplimiento de estrategias; así como controlar la inversión transparente de los fondos concedidos y la consecución de objetivos en todos los proyectos que apoyamos.

Sendera ONG se somete anualmente a una Auditoría externa desde el año 1993. Las Auditorías están a disposición de todo aquel que desee consultarlas en nuestra página web: [www.senderaong.org](http://www.senderaong.org)

También, como asociación de Utilidad Pública desde el año 2.000, Sendera ONG se somete anualmente a los controles ejercidos por el Ministerio del Interior a nuestras cuentas anuales.

La Asociación ajusta sus actividades al Código de Conducta de las ONG de la Coordinadora de Organizaciones para el Desarrollo, y al Código Ético y de Conducta de la Federación Catalana de ONGs - Lafede.cat y de la Red de ONGD de la Comunidad de Madrid, de todas las cuales formamos parte como miembros activos desde los inicios.

Desde el año 2011 Sendera cumple exitosamente con la Herramienta de Indicadores de Transparencia y Buen Gobierno, promovida por la Coordinadora de Organizaciones para el Desarrollo España y aplicada por una firma auditora. Más información en: <https://webtransparencia.coordinadoraongd.org/>



## 5. ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN Y DIFUSIÓN

Sendera lleva a cabo distintas actividades con el objetivo de difundir sus colaboraciones con otras entidades, así como sensibilizar sobre la realidad y los retos a los que se enfrenta la población en los países en vías de desarrollo y acercar su día a día a los donantes, socios/as y otras personas cercanas a la entidad.

Una de estas acciones consiste en la publicación de su **revista anual**, con una tirada de más de 1.800 ejemplares impresos, en la que se da cuenta de los proyectos llevados a cabo y aquellos otros que aún están en fase de ejecución. A través de esta publicación, que también cuenta con una versión digital, se pretende sensibilizar sobre la situación que afrontan las personas con las que trabajamos y dar difusión a la labor que la asociación desarrolla dentro del campo de la cooperación internacional.

Para ello, la [revista](#) cuenta con entrevistas, testimonios directos de las personas participantes en los proyectos y datos de interés sobre los países de actuación, entre otros contenidos de interés, como la memoria de la ONG del último año.

Sendera ONG también lleva a cabo acciones de sensibilización y difusión a través de su [página web](#) y **redes sociales** (@senderaong) donde se dan a conocer los avances de los proyectos y la colaboración con otras instituciones, tanto del sector público como privado, utilizando el espacio que brindan los días mundiales, como el Día Mundial del Agua, el Día de la Mujer o el Día del Ahorro.

Redes sociales:

- Facebook: <https://www.facebook.com/senderaong/>
- Instagram: <https://www.instagram.com/senderaong/>
- Twitter: <https://twitter.com/senderaong>
- LinkedIn: <https://www.linkedin.com/company/senderaong/>
- Youtube: <https://www.youtube.com/@SenderaONG>

Finalmente, Sendera lleva a cabo **actividades presenciales**, tales como charlas y exposiciones para dar difusión y sensibilizar sobre el proyecto. Por lo general, estas se articulan sobre el proyecto en cuestión y su relación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que contribuyen a explicar de manera sencilla y cercana los objetivos de la actuación y su relevancia.