



CONSEJO DE MINISTROS DE SALUD DE CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA

RESOLUCIÓN COMISCA 10-2019

Relativa a la aprobación de Protocolo de investigación del Estudio Regional de Equidad y Fecundidad en Adolescentes (EREFA) en Centroamérica y República Dominicana, 2019

Antigua Guatemala, Guatemala, 12 de junio de 2019

El Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana

VISTOS:

Los artículos 19 y 22 del Protocolo de Tegucigalpa a la Carta de la Organización de Estados Centroamericanos (ODECA); y los artículos 8, 15, 20, 21 y 22 del Reglamento para la Adopción de Decisiones del SICA.

CONSIDERANDO:

- I. Que de conformidad al Art. 19 y 22 del Protocolo de Tegucigalpa, los Consejos de Ministros responsables de otros sectores tendrán la responsabilidad del tratamiento de los asuntos de su competencia y sus decisiones serán de obligatorio cumplimiento.
- II. Que de conformidad al Art. 9 literal d) del Reglamento COMISCA 01-2017 denominado Reglamento de organización y funcionamiento del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) y su Secretaría Ejecutiva (SE-COMISCA), corresponde al Consejo de Ministros adoptar las decisiones que fueran necesarias para el cumplimiento de los objetivos de COMISCA e instruir a las demás instancias del sector salud sobre su cumplimiento.
- III. Que el COMISCA durante la XLIX Reunión, realizada en Belize, en diciembre 2018, aprobó mediante la Resolución COMISCA 29-2018, la hoja de ruta para realizar el Estudio Regional de Equidad en Fecundidad Adolescente (EREFA) 2019, Centroamérica y República Dominicana a desarrollarse con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y con el acompañamiento del Grupo Técnico Regional de Salud Adolescente (GTRSA), la Comisión Técnica de Investigación en Salud (CTIS) y que contará con la asesoría de la Comisión Técnica de Género y Salud (CTGS) del COMISCA.

POR TANTO, Resuelven:

- I. Aprobar el protocolo de investigación del Estudio Regional de Equidad y Fecundidad en Adolescentes (EREFA) en Centroamérica y República Dominicana 2019, e instruir a la SE-COMISCA y a la Comisión Técnica de Investigación en Salud (CTIS) la elaboración del Estudio, con el apoyo del Grupo Técnico Regional de Salud Adolescente (GTRSA) y la Comisión Técnica de Género y Salud (CTGS), con el apoyo técnico de la OPS/OMS, durante la Presidencia Pro Tempore de COMISCA de El Salvador. Con el objeto de disponer de la línea base para el desarrollo del Plan Estratégico de Prevención de Embarazo en Adolescentes, para dar cumplimiento al Lineamiento Estratégico 2 relativo a Servicios de Salud preparados para asegurar la atención en salud integral en la adolescencia.
- II. Instar a los Ministerios y Secretaría de Salud de Centroamérica y República Dominicana a que remitan y faciliten datos e información relacionada con las variables a estudiar en el marco de este Estudio, con el fin de contar con información secundaria para el análisis a nivel regional.
- III. La presente resolución es obligatoria para los Estados miembros y entrará en vigencia en la fecha de su firma, deberá ser depositada en original en la Secretaría General del SICA para su registro y publicación en la Gaceta Oficial Digital del SICA.

Adoptada en La Antigua Guatemala, Guatemala, a los doce días del mes de junio de dos mil diecinueve.



Dr. Carlos Enrique Soto Menegazzo
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala
Presidente Pro – Tempore del COMISCA



Dra. Alejandra Acuña
Viceministra de Salud de la República
de Costa Rica



Dr. Oscar Hernández
Representante Adhoc Ministerio de
Salud de la República de El Salvador



Hon. Pablo Saúl Marín
Ministro de Salud Pública de Belize




Dra. Marina Janethe Aguilar
Representante Adhoc de la Secretaria
de Estado de Salud de la República de
Honduras



Dr. Enrique Beteta Acevedo
Viceministro de Salud de la República
de Nicaragua



Dr. Miguel Mayo Di Bello
Ministro de Salud de la República de
Panamá



Lic. Luis Cruz Holguín
Representante Adhoc del Ministerio de
Salud Pública de la República
Dominicana

Estudio Regional de Equidad y Fecundidad en Adolescentes (EREFA) en Centroamérica y República Dominicana, 2019

Línea de Base del Plan Estratégico Regional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes de Centroamérica y República Dominicana 2019-2023

Protocolo de Investigación

Introducción

La equidad social es requisito de buen gobierno y consiste en crear oportunidades iguales de bienestar para todas las personas. Sin equidad social no es posible garantizar la sostenibilidad del desarrollo humano. La equidad social es el resultado de políticas, programas, instituciones y distribución equitativa de los recursos que permite a las personas alcanzar su pleno potencial de salud, de tal manera que nadie sea excluido o quede en desventaja por su posición social u otras circunstancias socialmente determinadas.

La equidad en salud implica la eliminación de diferencias injustas y remediables, así como la instalación de mecanismos que garanticen el libre ejercicio del derecho a la vida y la salud. Para lograr la equidad en salud, el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA), establece en el Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2016-2020 (PSRCARD) la Determinación Social de la Salud (DSS) como uno de los cuatro ejes de trabajo.

La DSS sostiene que los procesos de salud-enfermedad no son únicamente biológicos sino el resultado de causas estructurales, hechos históricos, sociales y culturales. Además este análisis de determinación social hace énfasis en las desigualdades entre clases sociales y al interior de ellas entre géneros, generaciones y etnias, por lo anterior; las causas del embarazo en la adolescencia deben buscarse en las relaciones de jerarquía y desigualdad entre hombres y mujeres, expresadas en inequidades, subordinación y discriminación.

La Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible promete *no dejar a nadie atrás* y aspirar a la equidad en salud que incluye acceso y cobertura universal. Esto implica modificar las circunstancias en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como el conjunto de fuerzas y sistemas que definen la distribución de la riqueza, el poder y los recursos. Este esfuerzo exige un trabajo esencialmente intersectorial, bajo el enfoque de *equidad en salud todas las políticas*.

Atender, prevenir y erradicar el embarazo en adolescentes es una prioridad, además de orientar el cuidado del embarazo en las adolescentes. Esto no puede hacerse desde una perspectiva únicamente salubrista, por ello el COMISCA, a través de su Grupo Técnico Regional de Salud Adolescente (GTRSA) ha preparado el *Plan Estratégico Regional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes de Centroamérica y República Dominicana 2019-2023* cuyo objetivo es “Contribuir a la articulación de una respuesta intersectorial desde la integración regional para la prevención y reducción del

embarazo en adolescentes en Centroamérica y República Dominicana”. En este marco se propone, con el apoyo de OPS/OMS el “Estudio Regional de Equidad en Fecundidad Adolescente (EREFA) 2019”.

Antecedentes

A nivel mundial, las complicaciones del embarazo y el parto son las principales causas de muerte en adolescentes de 15 a 19 años (1). El riesgo de muerte materna es mayor en las madres antes de los 15 años en comparación con las madres de 20 y más años (2). En los países de ingresos medianos o bajos, el riesgo de muerte materna es el doble en las menores de 15 años que en las madres de una edad mayor.

El impacto del embarazo en adolescentes no solo implica riesgo obstétrico sino también lleva a un impacto social desfavorable en los adolescentes; a saber, implica que la niña que debe transitar a la adultez queda en una situación de desventaja en derechos humanos, en la continuidad de su formación escolar, desarrollo de competencias, impacta en su futura familia y en el niño producto del embarazo y su subsecuente perpetuidad en mantener el círculo de la pobreza y la persistencia de desigualdades y sociedades injustas.

América Latina y el Caribe (ALC) tiene la segunda tasa estimada de fecundidad en adolescentes más elevada del mundo (66.5 nacimientos por 1.000 adolescentes de 15 a 19 años en el período 2010-2015) en comparación con la tasa mundial (46 nacimientos por 1.000 adolescentes) (3). La tendencia de la tasa de fecundidad en adolescentes permaneció estacionaria en ALC entre 1990 y el año 2000, seguido de una tendencia lentamente descendente durante los últimos años.

No obstante, la tasa de fecundidad en adolescentes en ALC sigue siendo excesivamente elevada, con grandes inequidades entre los países y dentro de ellos. Las adolescentes de familias en el quintil inferior de riqueza, con menor nivel educativo, de comunidades indígenas y de ascendencia africana tienen tasas de embarazo desproporcionadamente altas.

Según el informe más reciente de “Indicadores Básicos. Situación de Salud de las Américas 2018” de OPS/OMS (4) los países de la Región del Sistema de Integración Centroamericana (SICA) con Tasa Global de Fecundidad (TGF) más altas son Guatemala (2.9 hijos/mujer) y Panamá (2.5); y con Tasas Específicas de Fecundidad en Adolescentes más altas son República Dominicana (95.0 nacimientos/1,000 adolescentes) y Nicaragua (85.4 por 1,000) (Tabla 1).

Cuadro 1. Tasas Globales de Fecundidad y Tasas Específicas de Fecundidad por país –Centroamérica y República Dominicana, año 2018.

País	Tasa global de fecundidad (hijos/mujer)	Tasa de fecundidad en adolescentes (nacimientos/1,000 mujeres de 15-19 años)
Belice	2.4	63.5
Costa Rica	1.8	53.5
El Salvador	2.0	69.5
Guatemala	2.9	70.9
Honduras	2.4	70.8
Nicaragua	2.1	85.4
Panamá	2.5	81.8
República Dominicana	2.4	95.0
Total	2.4	71.8

Fuente: OPS/OMS. Indicadores Básicos. Situación de Salud de las Américas 2018.

Durante la XLVIII Reunión del COMISCA realizada en junio de 2018 en Santo Domingo, República Dominicana, el COMISCA aprobó las recomendaciones del segundo Foro Intersectorial Regional para la Salud de Centroamérica y República Dominicana relativas a preparar una propuesta de actualización del Plan y realizar un estudio regional de equidad y fecundidad en adolescentes, este último con el apoyo de la OPS/OMS.

Justificación

A pesar de algunos esfuerzos excepcionales de encuestas demográficas en las que los indicadores de fecundidad y embarazo en adolescentes se presentan estratificados por nivel socio-económico, escolaridad y área geográfica en países de la Región del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA), sigue haciendo falta la presentación de estos resultados de manera sistemática en todos los países. Más aún, no existen reportes a nivel regional, en los que puedan compararse las desigualdades injustas y evitables de fecundidad entre adolescentes entre países.

El presente estudio pretende llenar esa brecha de conocimiento. Desde un enfoque analítico exploratorio de la determinación social de la salud y de la perspectiva ecológica, ofrece visibilizar la magnitud y tendencias de las desigualdades en la fecundidad determinadas por las condiciones sociales (nivel socio-económico, escolaridad y área geográfica) bajo las cuales se desarrolla la vida de las adolescentes de Centroamérica y República Dominicana.

Las inequidades en salud son las diferencias en la salud de las personas de diversos grupos sociales consideradas como injustas o evitables. Se asocian con distintas desventajas como la pobreza, la discriminación y la falta de acceso a servicios o bienes. La inequidad en salud es un concepto ético y no puede medirse ni monitorearse con precisión.

A través del uso y minería de datos de encuestas demográficas disponibles al público, se pretende apoyar –con evidencia– el alcance de los objetivos del *Plan Estratégico Regional para la Prevención de Embarazo en Adolescentes 2019-2023* y animar el esfuerzo intersectorial que significa actuar desde la Determinación Social de la Salud para disminuir la fecundidad y el embarazo en adolescentes.

Los resultados de este estudio generarán la línea base de las desigualdades del embarazo que dará un panorama de fecundidad en adolescentes de los países de la región y esta línea base será de utilidad para vigilancia, monitoreo y plantear propuestas de intervención en el marco de la implementación del Plan Estratégico de Prevención del Embarazo en Adolescentes en Centroamérica y República Dominicana 2019-2023.

Objetivo General

Estimar la magnitud y las tendencias de las desigualdades en el embarazo y en la fecundidad en el grupo de adolescentes de los ocho países de la región SICA en el período comprendido entre la década de los 1990's y la década de los 2010's, para establecer una línea de base que sea útil en el proceso de monitoreo y evaluación del Plan Estratégico de Prevención del Embarazo en Adolescentes en Centroamérica y República Dominicana 2019-2023.

Objetivos Específicos

- Caracterizar las desigualdades en las tasas de fecundidad y porcentaje de embarazo en adolescentes en la región SICA en el período comprendido entre la década de los 1990's y la década de los 2010's.
- Estimar la magnitud y las tendencias de las desigualdades en las tasas de fecundidad y porcentaje de embarazo en adolescentes, estratificando su análisis por área geográfica, variables socioeconómicas, educativas y uso de métodos anticonceptivos.

Métodos

El diseño del estudio es observacional, de tipo ecológico, con datos agregados a nivel nacional para explorar analíticamente desigualdades sociales en fecundidad y embarazo en adolescentes en Centroamérica y República Dominicana.

Diseño Ecológico.

Los estudios en los que las medidas representan las características de grupos o subpoblaciones, y que son empleadas para describir un evento o condición de salud son denominados ecológicos.

Un **estudio ecológico** describe la distribución de una enfermedad, condición o evento en poblaciones, a diferencia de estudios que investigan características de un evento o condición en las personas a nivel individual, como son los estudios epidemiológicos clásicos (de caso control o de cohorte), que recopilan datos de los individuos.

El presente estudio utilizará datos agregados a nivel nacional sobre fecundidad y embarazo en adolescentes, reportados por encuestas demográficas especializadas (MICS, ENDESA, etc.). Asimismo utilizará variables estratificadoras como nivel socioeconómico y nivel de escolaridad, también reportadas en dichas encuestas.

Desigualdades en Salud.

En teoría, la desigualdad no siempre es inequidad, pero toda inequidad siempre es una desigualdad. Toda inequidad es simplemente una desigualdad que ha sido considerada como injusta, evitable o no aceptable en una sociedad y en un momento determinado. Definir una desigualdad como inequidad requiere conocer sus causas y emitir un juicio de valor sobre las mismas. Estas resultan difíciles de medir y generan discusiones teóricas que escapan al alcance de este estudio.

En cambio, las desigualdades en salud son las diferencias observables entre grupos sociales dentro de una población que sí pueden medirse y monitorearse, y sirven como un medio indirecto de evaluar la inequidad en salud.

Sin embargo, en el presente estudio los términos desigualdad e inequidad serán usados indistintamente en un sentido descriptivo como “las diferencias que hay en las tasas de fecundidad y porcentaje de embarazo entre adolescentes que pertenecen a distintos grupos socioeconómicos, geográficos o educativos”, sin llegar al punto de clasificar dichas diferencias como injustas o no.

Unidad de Análisis.

Al ser un estudio ecológico, la unidad de análisis corresponde a un grupo poblacional y no a individuos. Para el caso, las unidades de análisis corresponden a los países de la región SICA, en los que se miden las variables dependientes (de salud) e independientes (socioeconómicas, educativas, étnicas y uso de métodos anticonceptivos) como medidas resumen en la población de adolescentes.

Variables

Las variables independientes (Estratificadores de equidad) serán cuatro:

- 1) Nivel socioeconómico medido como Ingreso Nacional Bruto (US\$ per cápita)
- 2) Nivel educativo medido como Años de Escolaridad Promedio de las Mujeres
- 3) Prevalencia de uso de anticonceptivos modernos
- 4) País de residencia de la adolescente
- 5) Grupo étnico

Las variables dependientes (de salud) serán cuatro:

- 1) Tasa Global de Fecundidad (hijos/mujer)
- 2) Tasa de fecundidad en adolescentes (nacimientos/1,000 mujeres de 15-19 años)
- 3) Porcentaje de embarazos en la adolescencia (Número de embarazos en adolescentes/Total de embarazos x 100)
- 4) Porcentaje de adolescentes embarazadas (Número de adolescentes embarazadas/Población de adolescentes x 100)

Fuentes de Datos

Todos los datos y sus definiciones operacionales provendrán de las encuestas demográficas de los países (MICS, ENDESA, etc.) comparando los indicadores en el período comprendido entre la década de los 1990's y la década de los 2010's.

En el caso de no estar disponibles los datos de encuestas poblacionales, se utilizarán las proyecciones en los reportes publicados por OPS/OMS “Indicadores Básicos. Situación de Salud de las Américas”, tomando dos puntos en el tiempo, como pueden ser los años 2000 y 2018. Estos reportes incluyen datos de los países de la región de las Américas, incluyendo a los ocho países que conforman la región SICA, a saber: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana.

Plan de Análisis

Se realizarán análisis exploratorios de desigualdad en salud estratificados por nivel socioeconómico, nivel educativo y prevalencia de uso de anticonceptivos, independientemente para los años 2000 y 2018. Se calcularán medidas de *efecto* como Razón de Tasas (RT) y Diferencia de Tasas (DT) e Índice de Efecto basado en la regresión (IE). También se calcularán medidas de *impacto* como el Riesgo Atribuible Poblacional (RAP), el Índice de Desigualdad de la Pendiente (IDP), el Índice Relativo de Desigualdad (IRD) y el Índice de Disimilitud (ID).

Cuadro 2. Datos necesarios, cálculo e interpretación de medidas de efecto y de impacto de las desigualdades de salud tomando como ejemplo el cruce de las variables TGF y Nivel Socioeconómico medido como INB.

Medida	Datos necesarios	Cálculo	Interpretación
RT	TGF, INB	$RT = \text{TGF del país con menor INB} / \text{TGF del país con mayor INB}$	En el país de la región SICA con la peor situación económica la TGF es x número de veces mayor que en el país con la mejor situación
DT	TGF, INB, Población de Adolescentes	$DT = \text{TGF del país con menor INB} - \text{TGF del país con mayor INB}$ $DT \times \text{Población de Adolescentes en el país con la peor situación económica} = \text{Número de hijos de adolescentes}$	En el país de la región SICA con la peor situación económica la TGF es x número de hijos por mujer más que en el país con la mejor situación En números absolutos, en el país de la región SICA con la peor situación económica hubo más X número de hijos de adolescentes que en el país con la mejor situación
IE	TGF, INB	Hacer una regresión de la variable de salud (y) sobre la variable socioeconómica (x)	La pendiente de la recta equivale al IE e indica en promedio cuánto la TGF disminuye por cada dólar de aumento en el IND
RAP	TGF, INB	Calcular la diferencia entre la TGF general y la TGF del país con la mejor situación socioeconómica, dividirla por la TGF general y multiplicar el resultado por 100 para expresarlo en porcentaje	Si todos los países de la región SICA tuvieran la TGF del país con la mejor situación socioeconómica, el número de hijos por mujer se reduciría en X%
ID	TGF	1. Calcular el número de hijos por mujer en una situación de igualdad, suponiendo que todos los países tienen la misma TGF que la TGF de la región SICA (promedio) 2. Calcular la diferencia entre el número observado y el	Para que todos los países de la región SICA tuviesen una distribución equitativa del número de hijos por mujer adolescente, habría que redistribuir entre ellos x número de hijos (%).

		<p>esperado en caso de igualdad</p> <p>3. Calcular la mitad de la suma de los valores absolutos de las diferencias (Índice de disimilitud absoluto)</p> <p>4. Dividir el índice de disimilitud absoluto por el número de países (observaciones) y multiplicar por 100 (Índice de disimilitud relativo)</p>	
IDP		<p>1. Obtener los valores de la posición relativa acumulada de la población ordenada según la variable país.</p> <p>2. Graficar las dos variables TGF y país, para confirmar la linealidad de la relación entre la variable salud y la variable estratificadora (país)</p> <p>3. Si se confirma la linealidad, estimar la pendiente b a través de una regresión mediante el método de los mínimos cuadrados ponderados en el software Stata 12</p> <p>4. Estimar el valor de la variable TGF (y) en la unidad geográfica con la mejor situación, adjudicándole a la variable (x) el valor correspondiente al <i>ridit</i> del grupo: $y = a + bx$</p> <p>5. Calcular el Índice Relativo de Desigualdad (IRD) con la fórmula $1 + (b/y)$</p>	<p>La diferencia absoluta entre las TGF más alta (país) y la más baja (país) En términos relativos equivale a cuántos hijos más por mujer nacen en el país con la TGF más alta en comparación con el país con la TGF más baja.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de definiciones en Schneider M.C., Castillo-Salgado C., Bacallao J., et al. Métodos de medición de las desigualdades de salud. Rev. Panam Salud Pública 12(6), 2002.

RT: Razón de tasas; DT: Diferencia de tasas; IE: Índice de efecto; RAP: Riesgo atribuible poblacional; ID: Índice de disimilitud; IDP: Índice de desigualdad de la pendiente.

Los análisis se realizarán con MS Excel 2010 y Stata v. 12, calculando las medidas de desigualdad descritas en el cuadro 2.

Aspectos Éticos

El estudio estará exento de revisión por Comité de Ética por ser un análisis secundario de datos agregados, existentes y publicados, en los cuales no puede identificarse a las personas individualmente.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Salud para los adolescentes del mundo: Una segunda oportunidad en la segunda década*. Ginebra: OMS; 2014. www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/second-decade/es/
2. Darroch JE, Woog V, Bankole A, Ashford LS. *Adding it up: cost and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents*. Nueva York: Guttmacher Institute; 2016. www.guttmacher.org/fact-sheet/adding-it-meeting-contraceptive-needs-of-adolescents
3. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. *World population prospects: the 2015 revision. Age-specific fertility rates by major area, region and country, 1950-2100* ["File FERT/7"]. Nueva York: Naciones Unidas; 2015. <https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Fertility/>
4. Every Woman Every Child. *The global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030)*. Nueva York: EWEC, 2015. http://www.who.int/pmnch/media/events/2015/gs_2016_30.pdf
5. Sonja Caffé, Marina Plesons, Alma Virginia Camacho, Luisa Brumana, Shelly N. Abdool, Silvia Huaynoca, Katherine Mayall, Lindsay Menard-Freeman, Luis Andres de Francisco Serpa, Rodolfo Gomez Ponce de Leon, and Venkatraman Chandra-Mouli. Looking back and moving forward: can we accelerate progress on adolescent pregnancy in the Americas? *Reprod Health*. 2017; 14: 83. Published online 2017 Jul 14. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5512880/>
6. Accelerating progress toward the reduction of adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean. Report of a technical consultation (Washington D.C., USA, August 29-30, 2016) <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34853>
7. Hacia un Plan Estratégico Regional de Prevención del Embarazo Adolescente para Centroamérica y República Dominicana <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/FolletoPEA-CA-RD.pdf>
8. OPS/OMS. Indicadores Básicos. Situación en la Salud en las Américas 2018. Consultado el 18 de marzo de 2019 en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49511/IndicadoresBasicos2018_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y