

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Tesis Licenciatura en Trabajo Social

¿Tener o no tener hijos? Esa es la cuestión

Carolina da Silva Díaz
Tutora: Laura Paulo

2019

Página de aprobación

Profesora guía: Laura Beatriz Paulo Bevilacqua

Tribunal:

Fecha:

Calificación:

Autora: Carolina da Silva Díaz

Agradecimientos

A mi tutora Laura Paulo por acompañarme y guiarme en este proceso con dedicación y paciencia

A mi hija Mariajosé por ser capaz de entender los momentos de ausencia

A mi mamá Sandra por su apoyo incondicional

A mi papá José y mi hermano Nico por ayudarme a pensar y cuestionarme cada paso

A mis mamás del corazón Moni, Pato, Gaby por enseñarme el amor por esta profesión

A toda mi familia por siempre estar presente

A mis amigos de la vida Paulo y Mariana que me apoyaron mucho en este trabajo

A las amigas que me dió la carrera Cris, Clari, Gime y Noe por transitar todos estos años juntas.

A mis compañeras/os y amigas/os del trabajo por apoyarme desde siempre en todo lo que estuvo a su alcance

Muchas gracias!

Resumen:

A través de este documento se pretende conocer si están dadas las condiciones desde el derecho y la política pública para la planificación familiar, identificando políticas actuales en Uruguay y comparándolas con las existentes en otros países desde los años 60. Con esto se busca contribuir al análisis de la relación entre las políticas de control de población y el comportamiento reproductivo a través de un análisis de fuentes secundarias de datos.

Palabras clave: familia, planificación familiar, derechos

Summary:

Through this document we try to know if the conditions are right from the Law and Public Policy for family planning, identifying current policies in Uruguay and comparing them with those existing in other countries since the 60s and with this contribute to the analysis of the relationship between population control policies and reproductive behavior, through an analysis of secondary sources of data.

Keywords: family, family planning, rights

Índice

1.Introducción	3
2. Algunos conceptos importantes	7
2.1 Familia	7
2.2 Planificación familiar	8
2.3Derechos Humanos y Planificación Familiar	10
3. Una mirada al conocimiento reciente	13
4. Planificación familiar como tema de interés público	18
4.1 El caso de Chile	19
4.2 El caso de Argentina	20
4.3 El caso de Uruguay	23
5. Algunas reflexiones	27
5.1 Derechos en agenda	27
5.2 Planificación Familiar en Uruguay: ¿una política pública posible?	28
6.Conclusiones	34
7. Bibliografía	35

1.Introducción

Este trabajo analiza las diferentes políticas de planificación familiar que se afianzan en Uruguay principalmente luego de la revolución contraceptiva de mediados del siglo XX y las políticas públicas impulsadas por el país.

Esto será a través de un diseño de investigación mixto, en otras palabras, integrará aspectos cuantitativos, aunque en su generalidad será una metodología cualitativa. Se caracterizará por adaptarse a lo que la realidad implique, pero siempre teniendo en cuenta el carácter científico manteniendo la vigilancia epistemológica en cada momento de la investigación.

Partiendo de lo que plantea Kosic (1967), se comenzará desde lo fenoménico, para luego partir a un análisis general y universal que nos permita comprender la totalidad concreta, de modo que cuando volvamos a la misma no observaremos al fenómeno por sí solo, sino implicado en sus múltiples determinaciones. Se podrá comprender mejor, teniendo en cuenta que los hechos sociales no se observan de forma aislada sino como una totalidad concreta, como partes de un todo y no como suma de partes. Para un acercamiento al problema será necesario utilizar herramientas como el análisis de fuentes de datos secundarios, leyes, análisis de microdatos de la última encuesta de comportamiento reproductivo y último censo de población.

Se tratará entonces de comprender la planificación familiar, para acercarnos al conocimiento de las condiciones de ejercer este derecho humano en el Uruguay actual, y poder entablar algunos cuestionamientos que puedan permitir seguir profundizando en el conocimiento del tema.

Es importante entender los procesos sociales vividos por las familias en Uruguay en este tiempo histórico, y así comprender la influencia que puede llegar a tener la aplicación de una política en el comportamiento reproductivo de la sociedad, además de las formaciones familiares comprendidas en un número de integrantes, así como también la ley de salud sexual y reproductiva, ley de adopción, y ley de reproducción humana asistida.

Se cree que es un tema que tiene relevancia social en torno a las consecuencias en la población a nivel ético político y cultural, y porque habla de la formación misma de la unidad básica de la sociedad, como lo es la familia.

En este documento veremos cómo entra en agenda pública la cuestión de la planificación familiar, a nivel internacional y en algunos países específicos como ser: Argentina, Chile y Uruguay. Se hará un racconto histórico de las diferentes políticas que empiezan a desarrollarse en el siglo XX, principalmente en la segunda mitad, a partir de las diferentes conferencias internacionales de población, la introducción al mercado de nuevos métodos anticonceptivos, el *baby boom* postguerra y las altas tasas de fecundidad en países subdesarrollados.

A partir de este análisis se intentará contribuir al debate de las políticas de planificación familiar impulsadas en Uruguay y a la comprensión de la relación entre las políticas de control de población y las decisiones reproductivas. Además, se establecerá una comparación entre las políticas de salud sexual y reproductiva implementadas por algunos países que han firmado acuerdos internacionales vinculados a la planificación familiar.

Según Pellegrino (2010) Uruguay tiene un comportamiento de las tasas de natalidad y mortalidad a niveles de países industrializados desde fines del siglo XIX a comienzos del siglo XX, lo cual posee diversas explicaciones, entre ellas: la inmigración de altos niveles de personas provenientes de España e Italia; el mercado de exportación de carnes que implica viajes al exterior por parte de las elites, y la introducción de nuevas pautas a toda la sociedad como ser la implementación de la educación pública laica y obligatoria para hombres y mujeres, y otras legislaciones que fueron “traídas” desde países Europeos colocando a Uruguay como pionero en políticas sociales de esta índole en América Latina. Otro motivo fue que la actividad ganadera no generaba la necesidad de mano de obra numerosa, como es en el caso de la actividad agrícola, por lo cual la mayor concentración de población estaba en la ciudad capital, cercana al puerto, y no en el campo, lo que contribuyó a este proceso.

Actualmente, se encuentra transitando la segunda transición demográfica, o transición avanzada, es decir la natalidad y la mortalidad han pasado a un estadio de equilibrio a niveles bajos teniendo como tasa de crecimiento 0,19%. Lo que implica que no está alcanzando el nivel de reposición de la población basado en el nacimiento de mujeres que serán “futuras procreadoras”, ya que según el último censo de población (2011) nacen 105 hombres cada 100 mujeres en Uruguay.

La introducción de la tecnología al sistema social (como ser la comercialización de

anticonceptivos), la necesidad de que las mujeres salgan al mercado laboral, ya sea por reivindicaciones del movimiento feminista o por necesidades propias del sistema económico, las legislaciones en torno a la tenencia de hijos (adopciones, ley de salud sexual y reproductiva, ley de regulación de las técnicas de reproducción humana asistida), cambios en los comportamientos en la pareja entorno a la elección del matrimonio o el concubinato, cambios en las formas de la familia tipo nuclear y surgimiento de nuevas formas familiares como la monoparental, homoparental, extendida, entre otras, explican este fenómeno llamado planificación familiar y forman parte de él.

En la sociedad actual que vive bajo un sistema de producción capitalista que promueve el individualismo, la proyección de una vida como individuo independiente, trabajador y que pueda tomar decisiones. En esta lógica la familia pasa a cumplir un papel secundario luego de haber sido el pilar fundamental de la formación del capitalismo basado en el matrimonio heterosexual con monogamia femenina e inserción en el sistema laboral casi únicamente por parte de los hombres. Se instala un nuevo modelo en que la mujer se introduce masivamente al mercado laboral y los arreglos familiares cambian y se diversifican. (Lessa, 2012)

La concepción de planificación familiar en América Latina muy frecuentemente está asociada a métodos anticonceptivos y en pocos estudios aparece la planificación familiar como derecho humano “a la libertad de decidir sobre el número de hijos y los intervalos de sus nacimientos”, como fue expresado en la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de Teherán - Irán en 1968.

A partir de los años 50 y en el transcurso de los 60 y 70, comienza a aparecer la idea de que a mayor crecimiento demográfico menores posibilidades para los países en desarrollo de lograr el objetivo del progreso económico. Desde la ONU comienzan a sugerir y financiarse nuevas políticas. Consistieron en planteos que priorizan descender los índices de natalidad, mejorar los niveles de salud y disminuir la mortalidad materno-infantil en países subdesarrollados. Esto provocó diversas respuestas desde América Latina, por ejemplo en Chile como en gran parte de los países latinoamericanos, hubo adherencia al programa. Se implementaron los planes de planificación familiar donde deberían distribuirse anticonceptivos además de dar información sobre estos y apoyo a las familias para elegir el mejor método para prevenir embarazos no planificados. El caso de Argentina fue

emblemático por no adherir a las propuestas de los organismos internacionales, tomando medidas contrarias a la planificación familiar .

En Uruguay, el tema de la planificación familiar como derecho humano entra en agenda luego de la Conferencia de El Cairo en 1994 con la instauración de dos programas de planificación familiar. Ya en el año 2005 se comienzan a dar los primeros pasos hacia una política integral, que en principio da origen a una serie de leyes que modifican el código civil referente a la formación de la familia y la ley de adopciones. Se crean leyes como la de reproducción humana asistida, además se crea una nueva ley de derechos sexuales y reproductivos y actualmente se encuentra en desarrollo el Sistema Nacional de Cuidados. Esta política pretende generar mayor equidad a la hora de la distribución de las tareas de cuidado, pero a través de una cooperación público privada. Establece una cartera de servicios, gratuitos y pagos para el cuidado de la primera infancia, los adultos mayores y personas con discapacidad, sacando de ese modo el peso del cuidado a las mujeres, otorgando soluciones y visibilidad al costo del cuidado.

Los objetivos de este documento parten de la pregunta: ¿Están dadas las condiciones en el Uruguay actual para ejercer el Derecho Humano a la planificación familiar?

Objetivo General:

Conocer si están dadas las condiciones desde el derecho y la política pública en Uruguay para que la planificación familiar se lleve a cabo.

Objetivos específicos:

- Identificar cuáles son las políticas de planificación familiar actuales en Uruguay
- Comparar políticas de planificación familiar que se han desarrollado en Chile, Argentina y Uruguay desde los años 60.
- Contribuir a la comprensión de la relación entre el comportamiento reproductivo y las políticas de control de población.

2. Algunos conceptos importantes

2.1 Familia

Existen varias versiones acerca del concepto etimológico de familia, Oliva y Villa (2013) consideran que la palabra proviene del latín *familiae* que refiere a “grupo de siervos y esclavos patrimonio del jefe de la gens” (pág 12). También dicen que la palabra puede derivar del término *famulus*, que significa siervo, esclavo, o incluso del latín *fames* (hambre). “Conjunto de personas que se alimentan juntas en la misma casa y a los que un pater familias tiene la obligación de alimentar” (pág.12). Bajo esta concepción se presumía la inclusión de la esposa y de los hijos del *pater familia*, a quien legalmente pertenecían en cualidad similar a un objeto de su propiedad.

Según Engel en Oliva y Villa (2013), la familia se seguirá por siempre modificando pues “es el elemento activo; nunca permanece estacionada, sino que pasa de una forma inferior a una forma superior a medida que la sociedad evoluciona de un grado más bajo a otro más alto”. (pág.14) Por ello, Oliva y Villa (2013) plantean que no puede ser estudiada como una institución inmutable y tradicional, es necesario una revisión continua del concepto bajo las nuevas dinámicas, que le dan nuevas formas. Los autores expresan:

La familia está presente en la vida social. Es la más antigua de las instituciones humanas y constituye el elemento clave para la comprensión y funcionamiento de la sociedad. A través de ella, la comunidad no sólo se provee de sus miembros, sino que se encarga de prepararlos para que cumplan satisfactoriamente el papel social que les corresponde. Es el canal primario para la transmisión de los valores y tradiciones de una generación a otra. (Gustavikno P. E. 1987 en Oliva y Villa, 2013, pág.13)

Oliva y Villa (2013), además, plantean que desde sus orígenes la familia desarrolla algunas funciones a las que los autores llaman universales: reproducción, protección, la socialización y canalización de los afectos, las cuales otorgan un status a los niños, aparte de ejercer control social.

2.2 Planificación familiar

Esquivel, Faur y Jelin (2012) plantean que el punto de partida para la comprensión del concepto de familia está en la diferenciación entre casa y trabajo. Es decir, la separación entre los procesos de producción integrados al mercado capitalista a través de la división del trabajo, y los procesos ligados al consumo y reproducción unidos al ámbito doméstico, en el mundo privado y en la intimidad de la familia. En este sentido, plantean a la familia como el conjunto de personas que comparten la toma de decisiones frente a los procesos de producción y reproducción social.

Para esto es necesario comprender a la familia como una institución compleja y variable de interés público y privado.

Reconocida socialmente y dotada de identidad social, la familia configura a la vez un espacio de acción e influencia, donde se reproduce el ejercicio de las responsabilidades parentales. Con frecuencia naturalizada e idealizada como recinto de amor, es el ámbito donde tienen lugar las relaciones de afecto, cuidado, y donde se reproducen las desigualdades de poder que transversalizan las relaciones de género y generaciones (Pintos y Azkinas, 2015, pág. 12)

Lessa (2012) plantea que las sociedades nómades para poder sobrevivir de la caza y de la pesca debían organizarse en grupos para enfrentarse con los demás animales en esta lucha por la supervivencia, es por esto que la forma de vida comunitaria predominaba en la época primitiva. En estas sociedades, la decisión del número de hijos estaba determinada por los recursos de supervivencia existentes (abrigo, alimentación) y el número de mujeres establecía la cantidad de nacimientos; en caso de haber más nacimientos de lo necesario se optaba por abandonar a la cría. La crianza era responsabilidad de la tribu y la filiación determinada por la maternidad únicamente. Las mujeres en estas tribus ocupaban un rol importante, no existía división del trabajo atravesada por las relaciones de poder, sino que la división de tareas se da en función de quiénes sean más útiles para la supervivencia en tal o cual tarea. Respecto a las tareas peligrosas, las mujeres no las realizaban, porque debían ser mantenidas a salvo ya que son quienes aseguran la continuidad de la vida en las comunidades. Es decir, en estas sociedades la planificación familiar estaba ligada a la supervivencia de la especie, y la distribución de los recursos existentes en la naturaleza.

Hace aproximadamente 10 mil años el descubrimiento de las semillas y la introducción de la agricultura provocó un cambio en la organización de las sociedades, esto implicó la extinción del modo de vida nómada ya que se pudo producir los recursos para la sobrevivencia. También implicó un cambio en la cantidad de integrantes de las comunidades, de forma que para la producción agrícola fue necesaria mayor mano de obra, en este sentido la planificación familiar también estaba asociada a la sobrevivencia en este momento histórico.

La acumulación para sostener el modo de vida era necesaria, y se genera la necesidad del control de trabajo, ya que no todos los integrantes de la comunidad podían trabajar y producir.

El surgimiento de la familia monogámica, según Lessa (2012), fue necesario para desmontar el sistema primitivo comunitario, para que no generara oposición al nuevo modelo de producción. Además fue necesario establecer linaje para que la propiedad fuera heredada, es así que la familia se despegó del colectivo y se constituyó como ámbito privado. Esta nueva forma de familia es la familia nuclear o monogámica. Es así que comienza a aparecer la división sexual del trabajo, de modo que toda la tarea productiva y que genera riqueza estuviera a cargo de los hombres y las tareas del ámbito privado como ser la reproducción, el cuidado de los hijos y el hogar fuera tarea de las mujeres.

Para Pellegrino (2013) históricamente la familia tiene un rol socializador, un rol de impartir las normas sociales de convivencia y proveer a sus integrantes de satisfactores para sus necesidades. Según el momento histórico, las necesidades de los sujetos influyen en el número de hijos que desean tener. Es decir, como se planteó anteriormente, en culturas que se dedicaban a la caza y la recolección no era necesario un gran número de hijos, ya que esto significaba compartir los recursos escasos entre más integrantes. Sin embargo, en culturas dedicadas a la agricultura o campesinas era necesario tener un mayor número de hijos para asegurar mano de obra numerosa para trabajar la tierra y así obtener más alimentos.

De todas formas, no es hasta los años 70 que comienzan a ponerse sobre la mesa, la cuestión de cómo se producen los humanos, y por ende la planificación familiar como proceso separado de la sobrevivencia, ya no asociado a sostener un modelo de producción. Al respecto de esto Meillassoux (2012) plantea:

la comunidad doméstica es el único sistema económico y social que dirige la reproducción física de los individuos, la reproducción de los productores y la reproducción social en todas sus formas, mediante un conjunto de instituciones, y que la domina mediante movilización ordenada de los medios de reproducción humana, vale decir de las mujeres. (en Esquivel, V., Faur, E. y Jelin, E., pág. 15)

Si bien es desde el siglo XVIII que las parejas comienzan a decidir conscientemente cuándo quieren o no tener hijos basados en métodos naturales como el coitus interruptus o el aborto, no es hasta mediados del siglo XX que surgen nuevas tecnologías para ello. (Pellegrino, 2013)

En la década del 60 se generaliza el uso de técnicas contraceptivas sin precedentes que permiten una toma de decisiones respecto a la tenencia de hijos y por lo tanto un mayor control de la reproducción. La segunda revolución contraceptiva constituyó un hito en la historia de la reproducción humana ya que junto a la transformación tecnológica implicó transformaciones sociales sumamente importantes asociadas a la planificación familiar. Es decir, se separa la vida sexual de la reproductiva mudando las composiciones familiares, así como las formas de relacionamiento entre hombres y mujeres.

En la misma línea Pellegrino (2003) plantea que este nuevo método anticonceptivo, surge luego del periodo post guerra con el *baby boom*, lo que significa un incremento importante en la población de muchos países del mundo y hace que resurja la alarma malthusiana¹,

2.3 Derechos Humanos y Planificación Familiar

El concepto de derechos humanos lleva consigo el supuesto de que son inalienables al ser humano. Ordoñez (2013; 2014) plantea que esta declaración de derechos humanos se define como el

ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse a fin de que,

¹. Malthus enunció su teoría sobre población, que indicaba que la población aumentaría geoméricamente, mientras que la producción de comida solo aumentaría en una proporción aritmética. De esta forma, aparecería una escasez en el largo plazo que requeriría un descenso de la tasa de natalidad.

tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros, como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción (Preámbulo de la Declaración Universal).” (pág. 9-10)

Esto hace que los gobiernos no hagan uso indebido de su poder y hagan respetar los derechos humanos que son no transaccionales al momento de entrar al contrato social. (Ordoñez, 2013; 2014).

La consolidación de un Estado burgués generó garantías a lo que T. H. Marshall llamó derechos individuales: “La economía se convierte en la nueva filosofía política. La sociedad es concebida como un sistema de relaciones jurídico privadas de contenido fundamentalmente económico que han de responder leyes objetivas y naturales de la economía” (Montagut, 2000, pág. 38).

T.H. Marshall además (2007) plantea que la evolución de los derechos en el marco del sistema capitalista de producción, configura la ciudadanía y la entiende como el status adquirido por los individuos que hacen parte del colectivo social. Por su parte enuncia en este marco la incorporación de los derechos a la participación política como electores y posibles elegidos y los que luego se incorporan los derechos sociales o de seguridad social.

Monereo (2005) plantea que los derechos sociales son derechos fundamentales y más estrictamente derechos económicos, sociales y culturales. Hablar de derechos fundamentales permite reivindicar una mayor protección de los mismos. Es así como Monereo entonces parte de la afirmación de que todos los derechos se fundamentan en la dignidad humana concreta, en los valores de la libertad, igualdad, solidaridad y seguridad. Expresa además que estos son valores flexibles y abiertos al diálogo intercultural y a la transformación de las necesidades humanas. Los valores que han provocado mayor conflicto en relación a los derechos sociales son la libertad y la igualdad.

La solidaridad da fundamento a la distribución de bienes y recursos según las necesidades y se ha definido como un deber, en tanto son los poderes públicos y los ciudadanos quienes están obligados a prestarla a favor de la comunidad siempre. El problema reside en si la solidaridad es una «virtud pública» o se cuestiona la posibilidad de obligar a

alguien a ser solidario con los demás miembros de su comunidad, valor procedimental que supone la creación de un ámbito de certeza. Es así como “no obstante, la seguridad en cuanto seguridad jurídica se debe entender como eficacia de un sistema jurídico en tanto sistema normativo, es decir, se trata de una técnica que obtiene un cierto grado de previsibilidad de los comportamientos humanos”(Monoreo, pág. 273)

Para Plummer la ciudadanía es ahora un concepto mucho más complejo,

Muchas nuevas preocupaciones se han colocado firmemente en la agenda. La noción de "ciudadanía" ahora plantea problemas sobre una pluralidad de derechos y obligaciones formados a través de mundos sociales (y comunidades) participativos y diferenciados, cada uno con un estatus controvertido y tensiones continuas que deben resolverse. Se basa tanto en la política de redistribución y reconocimiento; (...) sugiere mirar el reconocimiento de los emergentes "grupos de intimidad", y sus derechos y responsabilidades, en las zonas emergentes de conflicto. Muchos nuevos tipos de "ciudadanos" pueden estar en proceso".(Plummer, s/f)²

Es decir, partiendo de diversas tradiciones de estudios de ciudadanía, examina derechos, obligaciones, reconocimientos y respeto en torno a las esferas más íntimas de la vida como son la convivencia, la crianza y el manejo del cuerpo. (Plummer, s/f)

Actualmente, la planificación familiar es considerada en términos de geopolítica y desarrollo como un derecho humano fundamental. El ejercicio de este derecho tiene que ser asegurado por todos los estados comprometidos con los distintos tratados y convenciones internacionales. (Felitti, 2009)

López (2013) plantea que los derechos humanos tienen una dimensión que los convierte en medio de constreñimiento del poder. Son reconocidos como principios morales inmanentes al ser humano que potencialmente operan como crítica y legitimidad frente a las situaciones de su violación. Es así que el Derecho Internacional vela por su protección.

Cuando un gobierno se propone estimular nacimientos, impedir otros o establecer un número ideal de hijos/as por familia, ya sea por razones económicas, políticas, eugenésicas, religiosas; la tensión entre el derecho a la regulación de la natalidad que posee cada individuo y las prerrogativas que asumen los Estados en materia de población se hacen manifiestas. Ya sean pronatalistas o fiscalizadores de la fecundidad, de manera explícita o implícita, los gobiernos despliegan medidas que inciden de manera significativa sobre los/as ciudadanos/as; en especial, sobre las mujeres, sus cuerpos y sus condiciones de autodeterminación sexual y reproductiva,

² Traducción de la autora

volviéndolas objeto de políticas nacionales e internacionales (Felitti,2009:56).

Esto muestra la dicotomía existente entre las responsabilidades públicas y el respeto por la privacidad y la intimidad que se ven reflejadas en políticas concretas de disciplinamiento de los cuerpos y de la sexualidad, lo que genera obstáculos a la hora de ejercer los derechos que hacen parte de la ciudadanía íntima de la que habla Ken Plummer. (Felitti, 2009)

3. Una mirada al conocimiento reciente

Hay pocos estudios referentes a la incidencia de la planificación familiar en los nuevos arreglos familiares y su vinculación con las políticas de control de población, como forma de comprender el comportamiento reproductivo. Por este motivo, trabajaré sobre los estudios realizados entre los años 2013 y 2017.

Es importante tener en cuenta para el proceso de conocimiento y acercamiento a la realidad concreta que el tema en sí mismo es muy amplio y abarca muchas esferas de la vida, como ser: la educación, la salud, el trabajo, el cuidado de los dependientes, entre otras múltiples determinaciones (Kosic, 1957). Además está mediado por la política pública, la cultura y sociedad.

Gutiérrez (2013), plantea que a pesar de la evidencia científica de que la planificación familiar contribuye al cumplimiento de los ocho objetivos de desarrollo al 2015³, siguen existiendo barreras sociales como ser mitos o construcciones respecto a la tenencia de hijos, culturales asociadas a costumbres, económicas y políticas como son las políticas de control de población, o religiosas. Todo ello hace que exista una necesidad insatisfecha de la planificación familiar, y por lo tanto el desrespeto al derecho de las personas a decidir cuándo y cuántos hijos tener, y a tener una vida sexual saludable y libre.

Es en esta línea que el autor plantea que la planificación familiar puede ser positiva para el desarrollo pleno de otros derechos como la educación y la salud y puede significar menor gasto del Estado a largo plazo, en vivienda, recursos sanitarios, empleo y agua potable, entre otros. Por otro lado advierte que “todos los beneficios que podamos tener con un adecuado programa de PF⁴ se pierden cuando no se tienen las necesidades cubiertas”. (Gutiérrez, 2013, p.466)

Las mujeres en algunos países, históricamente han sido tratadas como objeto y no como sujeto de derecho. Las políticas han sido pensadas en el imaginario de la mujer

³ **Objetivo 1:** Erradicar la pobreza extrema y el hambre, **Objetivo 2:** Lograr la enseñanza primaria universal, **Objetivo 3:** Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer, **Objetivo 4:** Reducir la mortalidad infantil, **Objetivo 5:** Mejorar la salud materna, **Objetivo 6:** Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, **Objetivo 7:** Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente, **Objetivo 8:** Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

⁴ Planificación Familiar

doméstica y no como sujetos autónomos capaces de transformar, como debería ser una política basada en género y en mejorar la calidad de vida. (García, 2015).

Según García (2015):

Analizar los procesos reproductivos desde una perspectiva de género permite reflexionar sobre los mecanismos históricos que han puesto a las mujeres en situación subordinada. Diversos procesos biológicos como el embarazo, el parto y el aborto pueden ser analizados a la luz de la desigualdad, la violencia o la injusticia, por ejemplo. (pág. 97)

Cuando vemos que una política pública actúa sobre la regulación solamente del cuerpo de las mujeres, no se está respetando su derecho a la autonomía y autodeterminación. Este tipo de políticas actúan bajo el supuesto de que el control de la natalidad radica en el control de las mujeres y su biología, ya que las responsabiliza por la natalidad. (García , 2015)

La autora plantea además:

La violencia y la discriminación respecto a la salud reproductiva se manifiestan, por ejemplo, en el uso de cesáreas no requeridas, esterilización forzada, o negativas de proveer servicios de aborto legal. Cuando una mujer desea o no tener hijos, está influida en su decisión por factores diversos como la demanda social de ser madre, que puede entrar en contradicción con la política de control natal. (García, 2015. pág. 99-100)

Es un hecho constante en la historia del sistema capitalista de producción, que la mujer sea colocada al servicio y cuidado de los otros, en el ámbito doméstico, ” tener muchos, pocos o ningún hijo, según las políticas del gobierno de turno sin tener en cuenta las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres representa un sometimiento y una arbitrariedad contra sus derechos”(García, 2015. pág. 98)

La decisión de tener o no tener hijos está ligada a la capacidad de cuidado de las mujeres, entendiendo capacidad de cuidado como horas reales del día ejerciendo esa tarea, pero también está ligado al nivel educativo de las mujeres y a su inserción laboral.

Para que las mujeres puedan insertarse laboralmente, requieren de una infraestructura suficiente (familiar, de políticas públicas o de servicios de cuidado adquiridos en el mercado) que la sustituya durante su jornada laboral, determinada exclusivamente por

las exigencias del mercado (Pérez Orozco, 2004). Así, el mercado de trabajo no parece sufrir modificaciones ante las demandas del mundo reproductivo que trae la incorporación de las mujeres, sino que son ellas quienes, asumiendo costos de forma individual, buscan acceder y permanecer en el trabajo remunerado. (Betthyány, Genta y Perrotta, 2015, pág. 8)

Estas desigualdades se reproducen en todas las etapas de la vida, desde la niñez y la instauración de los roles de género, a través del juego, la división sexual del trabajo y la distribución de los recursos económicos, y a nivel salarial a través de pensiones y jubilaciones. En este sentido las autoras expresan:

Estas diferencias en la participación laboral de varones y mujeres en el mercado laboral, tienen sus consecuencias en la vejez, impactando en la autonomía económica de varones y mujeres. Los varones adultos mayores cuentan con ingresos más altos que las mujeres de su misma edad, los que provienen en mayor medida de las jubilaciones, es decir, de su aporte como trabajadores remunerados. En el caso de las mujeres, su ingreso en la vejez proviene en mayor medida de las pensiones no contributivas que implican montos más bajos que las jubilaciones. En el año 2013, el 84% de los varones adultos mayores percibía jubilación, mientras que esto ocurría con tan sólo el 61,4% de las mujeres. Por el contrario, mientras que el 52,2% de las mujeres cobraba pensión, este valor era de 7,2% para los varones. (Betthyány, Genta y Perrotta, 2015, pág. 11)

Betthyány, Genta y Perrotta (2015) plantean en esta línea que las licencias parentales son un avance en favor de los derechos como trabajadores hombres y mujeres, pero también de cuidado de los niños y niñas, que podría contribuir a la co-responsabilidad en el cuidado. Sin embargo expresan que los subsidios por maternidad y paternidad compartidos no contribuyen a la co-responsabilidad, dado las representaciones sociales del cuidado de los bebés y la estimulación y promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. Además genera que se desestime la opción de compartir la licencia parental en ese período de la vida. Afirman que si se pretende que las licencias parentales contribuyan a disminuir la brecha de la división sexual del trabajo, es necesario cambiar las condiciones de su utilización para generar más adhesión de los varones a ejercer su derecho.

Como se dijo anteriormente la decisión de tener hijos está transversalizada por la capacidad de cuidado de los niños, la inserción laboral y el nivel educativo. La deserción

escolar de las adolescentes es un indicador importante, ya que el retorno al sistema escolar es obstaculizado por el embarazo.

La maternidad en adolescentes es expresión de la desigualdad social y limita el desempeño futuro de estas jóvenes. Como refiere García Hernández (1999), estas adolescentes están sujetas a una triple desigualdad, de género, clase y etaria, por ser mujeres, jóvenes y pobres. La desigualdad social constituye un fenómeno estructural en la sociedad. Este se traduce en diferencias de oportunidades, de acceso a poder, a recompensas, recursos y prestigio para las personas. La conjunción de estos fenómenos establece diferentes posiciones de los individuos y los grupos en la sociedad (Salles y Tuiran, 1997). La desigualdad social se reproduce entre las generaciones, reforzando la condición de privación social e interviene en la modalidad en que se ejerce la sexualidad y la reproducción humana. (López y Varela, 2016, pág. 20)

Según Gutiérrez (2013) a menor nivel educativo, menores son las chances de tener empleos bien remunerados y con acceso a la protección social. La educación y la formación profesional posibilitan una mejor inserción al mercado de trabajo, pero para lograr esto es imprescindible “planificar el número de hijos y cada cuanto tiempo los tendrán” (Gutiérrez, 2013, pág. 467)

Las trayectorias sexuales y reproductivas están vinculadas a las desigualdades sociales y culturales. Las diferencias que se generan en el comportamiento sexual y reproductivo se afianzan en las posibilidades dispares de acceder al bienestar social y en las desigualdades de género que se reflejan en la negociación entre mujeres y varones acerca del método de protección para ejercer la vida sexual. (López y Varela, 2016)

Gutiérrez también plantea que los embarazos no planificados pueden conducir a embarazos no deseados y por lo tanto al aborto en condiciones sanitarias inseguras, en la mayor parte de América Latina (donde el aborto no está regulado) aumentando el riesgo de infecciones crónicas, menopausia precoz por extirpación de ovarios o la muerte de las mujeres.

En el caso Uruguayo, Forrissi (2014) plantea que a nivel estadístico, no hay forma fidedigna de saber si las interrupciones voluntarias de embarazos disminuyeron luego del primer año de la aplicación de la ley (2012-2013) que regula la interrupción voluntaria del embarazo, ya que solamente existe un estudio previo a la ley, que muestra números muy

distantes a los que surgen de las estadísticas post ley y por lo tanto no hay parámetro de comparación y plantea que las mayores dificultades de ejercer este derecho de forma plena esta asociadas a la desinformación de los profesionales que trabajan en los servicios de salud.

La autora expresa que los equipos que toman contacto con mujeres que demandan Interrupción Voluntaria del Embarazo, requieren mejor formación respecto a los procedimientos para que puedan brindar de forma adecuada, completa y en tiempo y forma las opciones existentes, teniendo instancias de asesoramiento, que mejoraría el acceso a sus derechos.

García (2015) plantea que la Sociedad Civil juega un papel muy importante a la hora de mediar las relaciones entre el Estado, la población y los organismos internacionales, que debe ser la sociedad civil la que siga impulsando el acceso a derechos y su garantía por parte del Estado, “los logros en materia de salud sexual y reproductiva han respondido más a las acciones de los movimientos feministas, y de los organismos internacionales que a las políticas públicas en sí mismas”(García, 2015, pág. 100). Como plantea la autora, las decisiones de política pública han respondido más a la responsabilidad que adquieren los Estados parte, que a la transformación de la sociedad por la instauración de un enfoque de género.

4. Planificación familiar como tema de interés público

Es en el marco de postguerra que empiezan a surgir políticas de control de población en todo el mundo y se coloca en agenda internacional la planificación familiar como derecho humano básico. En la declaración de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de Therán - Irán 1968 se proclama entre otras cosas, que: “la protección de la familia y del niño siguen siendo objeto de preocupación de la comunidad internacional, los padres tienen el derecho humano básico de determinar y bajo su responsabilidad el número y el espaciamiento de hijos”. (Esser Braun, 1968, pág. 108)

Por su parte en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo - Egipto 1994, se plantea que la planificación familiar también implica:

disponer de la información y de los medios para ello, y el derecho a disfrutar del más elevado posible nivel de salud sexual y de salud de la reproducción. También incluyen el derecho de todos a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, con arreglo a lo expresado en los documentos de derechos humanos (ONU, 1994 pág 36)

En esta conferencia se trabajó en un Programa de Acción, que implicó que los Estados de los países participantes desarrollaran estrategias para garantizar el ejercicio de este derecho. De aquí surge la idea de que un programa de esta índole podría cambiar al mundo. Según Galoviche (2016) aquí se coloca sobre la mesa una nueva forma de concebir las relaciones de género y específicamente la planificación familiar en el ámbito sanitario. Se habla por primera vez del término de salud sexual y reproductiva, tomando el lugar de lo que antes se llamaba salud materno infantil.

De esta forma se establece un cambio de paradigma en la comprensión de las relaciones de género, es decir, se reconocen las desigualdades, y se le otorga un lugar de sujeto de derecho a las mujeres. Se deconstruyen algunos mandatos patriarcales, principalmente algunos de los que obstaculizan un acceso a la salud sexual y reproductiva adecuados y ponen en cuestión el lugar del hombre como sujeto de derecho de la atención en

su salud sexual y reproductiva al igual que las mujeres. Responsabiliza a ambos géneros en la planificación familiar.

Plantea:

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. [...] Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual. (ONU, 1994, pág. 37)

En base a estos acuerdos generados a nivel internacional, es que comienzan a surgir políticas en los diferentes países. Estados Unidos y organizaciones como Population Council, Milbank Foundation, Fundación Ford, y la Fundación Rockefeller, comienzan a apoyar a países de América Latina otorgando respaldo económico a gobiernos que realicen una política de planificación familiar basada en el acceso a educación sexual y métodos anticonceptivos accesible a todos. Con ello se procuraba darle un freno a la fertilidad a través de programas educativos y apoyo especializado en atención familiar. (Zárate, M., Gonzales, M., 2014)

4.1 El caso de Chile

Chile ya tenía relaciones consagradas con la Fundación Rockefeller desde 1920. El país adhiere a esta política e incrementa el número de centros de atención primaria con policlínicos de salud sexual y reproductiva. A través del programa de salud materno infantil estos centros brindan asesoramiento y métodos anticonceptivos. Se concentran en atender al parto con o sin intervención médica⁵, incrementar el número de controles prenatales, implementar programas de alimentación en el parto postparto y lactancia, dar asistencia médica a lactantes, preescolares y escolares e implementar el programa de planificación

⁵ Podrían prescindir de la atención médica en caso de que hubieran "matronas" (parteras)

familiar. (Zárate, M., González, M., 2014)

En 1965 el Servicio Nacional de Salud comienza a implementar acciones que posibilitan a las mujeres contar con métodos anticonceptivos accesibles y eficaces, e incorpora el Programa de Planificación Familiar. En 1967 los desafíos de la política de población y salud pública chilena eran disminuir la tasa de mortalidad materna asociada a los abortos voluntarios, que representaban un 40 % de las causales de muerte materna; reducir la mortalidad infantil que llegaba a 120 por mil en 1967 (explicada por las condiciones materiales de vida); y promover el bienestar familiar, para favorecer el ejercicio de una paternidad responsable. (Castañeda P., Salamé A., 2015)

El programa de planificación familiar en Chile se instaura en un contexto de Guerra Fría, lo que supuso ciertas implicancias. Algunas de ellas fueron el afianzamiento de una política poblacional de control natal y asistencia técnica y financiera a la comunidad médica chilena por parte de organismos internacionales para el logro de los objetivos del programa de planificación familiar.

Castañeda P., y Salamé A. (2015), analizan los resultados de este programa a través de entrevistas a 64 mujeres que hicieron parte del programa desde los inicios. Expresan que luego de cinco décadas de la implementación y estando ya afianzada en la malla de protección social de Chile, los resultados son positivos: se logró un descenso sostenido de la tasa global de fecundidad, aumentando la escolarización femenina así como la incorporación al mercado laboral.

Por otro lado aclaran que se evidencia en la investigación que a medida que pasan los años, pautas culturales acerca del rol femenino y la maternidad cambian y mejoran la capacidad de las mujeres de decidir en el ejercicio pleno de sus derechos cuántos hijos quieren tener y el intervalo de los nacimientos.

4.2_El caso de Argentina

Entre 1890 y 1930, Argentina concluye una importante etapa de la transición demográfica, de modo que alcanza números que claramente hablan de una fecundidad dirigida. Es decir, que no está librada al azar o al devenir natural, sino que era planificada (en 1895 cinco hijos por mujer, en 1936 uno a dos hijos por mujer).

La cuestión del control de la población en los años 60-70 constituye un tema importante para el Estado argentino. Contrariamente a lo sucedido en el resto de América

Latina, no estuvo implicada por la superpoblación, sino más bien por el efecto de la transición demográfica. (Felitti K., 2012)

En 1966, se funda la Asociación Argentina de Protección Familiar impulsada por el colegiado médico comprometido con las nuevas prácticas de la regulación de la fecundidad. Su cometido principal es brindar información a las personas sobre su cuerpo, desarrollo y anticoncepción. Con los años se incorporan otras visiones como de la psicología y el trabajo social, que dotaron a los programas de mayor aceptación por parte de la sociedad. Pero también muestra una ausencia del Estado en el abordaje de la planificación familiar como política pública. Si bien los programas de protección familiar se insertan en hospitales públicos e instituciones académicas públicas no están dirigidos a los sectores populares, sino que a la clase media urbana. Todos los mecanismos utilizados para divulgar la información muestran familias heterosexuales con tres hijos, una niña, un varón y un bebé, en ámbitos urbanos. No pretenden inhibir la procreación, sino que plantean beneficios para la planificación de la llegada de los hijos. (Felitti K., 2012)

Con la llegada del tercer gobierno peronista (1973-1976) se comienzan a plantear cuestionamientos a las políticas impulsadas por los organismos internacionales acerca de la planificación familiar.

Una Argentina “despoblada”, en un mundo cada vez más superpoblado, se transformaría en una presa fácil para los países necesitados de recursos naturales y excedidos de habitantes. Esta idea ocasionó que desde el Estado no se asumieran acciones específicas en favor de la planificación familiar sino las contrarias, al principio en el plano meramente enunciativo, y a partir de 1974 con medidas concretas que obstaculizaron la libre decisión de las parejas respecto a su fecundidad. (Felitti K., 2012, pág. 169)

Se promueven medidas coercitivas para inhibir la planificación familiar y se estimulan la tenencia de hijos. Ir contra las transformaciones culturales en los modelos de familia, la moral sexual y los roles de género significó un desafío al gobierno peronista. A nivel estadístico, entre los años 60-70 Argentina es el país con mayor incidencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres casadas y convivientes. Un 77,6% de éstas utiliza algún método moderno y un 40,2% de ellas, lo utiliza desde antes del primer embarazo. (Felitti K, 2012)

Según Felitti (2012),

Dentro de las primeras pueden mencionarse: la Ley 20.590 (1973) que establecía una asignación prenatal a partir de la declaración de embarazo, pagadera a cualquiera de los progenitores que estuvieran en relación de dependencia; la Ley 20.582 (1973) que creó el Instituto Nacional de Jardines Maternales Zonales, y la nueva Ley de Contrato de Trabajo 20.744 (1974) que establecía mejoras a la condición de las mujeres en el mercado laboral y en especial a la de las madres. Esta norma confirmaba una licencia por maternidad pagada 45 días antes y 45 días después del parto, garantizaba la estabilidad del empleo y dos descansos diarios para amamantamiento, establecía la obligación de habilitar salas maternales y guarderías, una indemnización por despido a causa del embarazo equivalente a dos años de sueldo, y la extensión de la licencia por maternidad sin goce de sueldo de seis a doce meses (Novick, 1992, pág. 111-112). (p-176)

A su vez, se toman otras medidas más de carácter coercitivo como la prohibición de la venta de métodos anticonceptivos, sino bajo receta por triplicado, el cierre de los programas de planificación familiar, la prohibición de actividades de información sobre planificación familiar en cualquier tipo de expresión. También se mediatizan los efectos adversos de todos los métodos anticonceptivos y los planes que según el peronismo están por detrás del financiamiento de políticas de control de población. Según Felitti (2012) muchas de estas medidas no tienen una adecuada fiscalización, por lo cual no son respetadas. Queda librado a los profesionales del área de la salud trabajar esta temática o no.

Una demanda social en aumento que no encontró respuestas concretas en el Estado pero que fue fortaleciéndose con el apoyo de la corporación médica, con la difusión de nuevas prácticas y modelos de género y sexualidad que exponía la industria cultural, y con el apoyo político de un movimiento feminista en ciernes que, una vez recuperada la democracia en 1983, tomaría un lugar clave en la lucha por los derechos reproductivos en nombre de los derechos humanos. En este lenguaje de derechos se lograron importantes avances con la derogación del decreto peronista en 1986 y con las primeras propuestas de programas públicos de planificación familiar y procreación responsable. Ya no se trataba de pensar en diagnósticos geopolíticos y en la obligación ciudadana de dar hijos a la patria, sino de resguardar el derecho de cada persona a decidir cuándo, cuántos y cómo tener hijos. (Felitti K.,2012, pág. 182)

A partir de estas demandas comienzan a surgir programas de planificación familiar, se facilita el acceso a métodos anticonceptivos, e información sobre los mismos a nivel de política estatal. El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable creado en

2002 es uno de ellos, o leyes como la que regula la ligadura tubaria, gratuita en hospitales públicos. Pero de todas formas aún en 2012 hay resistencias con los programas de planificación familiar asociadas a sus fundamentos y respecto a la escasez de población en Argentina, que aún deja mucho que discutir sobre este tema en este país. (Felitti, 2012)

4.3 El caso de Uruguay

Si bien Uruguay acompañó lo ocurrido a nivel mundial con el *baby boom*, no registró un aumento tan significativo de población. Sin embargo según CNS Mujeres por Democracia, Equidad y Ciudadanía (2005)

El país se caracterizó por una transición demográfica y epidemiológica temprana en el continente, que le permitió configurar en las primeras tres décadas del siglo XX, tasas de mortalidad y tasas de fecundidad similares a las experimentadas por los países industrializados (TGF 2.3), reduciendo su natalidad inicial entre 1880 y 1940 en un 60%. Como consecuencia de estas tendencias, el país tiene una estructura de población relativamente envejecida y un bajo crecimiento vegetativo. (pág. 15)

El Estado continúa con una gran presencia en la vida cotidiana de los ciudadanos/as que no condice con las condiciones y compromisos asumidos frente a los organismos internacionales de crédito y fiscalización. Aunque adhiere a los acuerdos generales de las convenciones en cuanto a la protección de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. (CNS Mujeres por Democracia, Equidad y Ciudadanía, 2005)

La historia de la salud materno infantil en el país tuvo un temprano desarrollo de políticas y programas, iniciados hacia mediados del SXX, que favoreció su institucionalización y reconocimiento como asunto prioritario de la salud pública. Sin embargo, el desarrollo e institucionalización de un modelo materno infantil sustentado en el binomio madre – hijo, en la visión hegemónica del papel de las mujeres en tanto madres y cuidadoras de la salud familiar, en la ausencia del varón padre y su participación en los procesos reproductivos, trae aparejadas dificultades para de-construir y revisar los supuestos en los que se basa este enfoque. Este es otro aspecto que explica,(...), la tardía definición desde el Estado de políticas y programas de abordaje integral a la salud sexual y reproductiva, hasta el año 1996. (López Gómez, et. al, 2003 en CNS Mujeres por Democracia, Equidad y Ciudadanía, 2005, pág. 23).

En Uruguay se desarrollan, luego de El Cairo (1994), algunos programas de

protección y reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos. En 1996 se inauguran dos programas que incluyen prestaciones de anticoncepción financiados por Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA por su sigla en inglés): el Programa de Atención a la Mujer (PAIM) y desde 2001 el plan de igualdad de oportunidades y derechos para Montevideo, que establece sus líneas de acción en los derechos sexuales y reproductivos.

El PAIM se desarrolla en 20 policlínicas municipales y es el único programa a nivel nacional que integra entre sus finalidades la equidad de género. Se apoya en tres pilares: maternidad informada y voluntaria, control del embarazo y puerperio, detección oportuna del cáncer genito mamario. (CNS Mujeres por Democracia, Equidad y Ciudadanía, 2005)

El Ministerio de Salud Pública (MSP) inaugura en 1996 el programa maternidad y paternidad elegida. Este programa se inicia como fortalecimiento al área materno infantil con énfasis en la población en situación de pobreza. En 1999 esta iniciativa se declara prioritaria y el Estado se compromete a realizar inversiones una vez que culmine el apoyo internacional. A pesar de ese compromiso, sobrevinieron dificultades presupuestales aunque se instalan servicios de planificación familiar en diez centros de salud de Montevideo y en el centro Hospitalario Pereira Rosell. Cabe destacar que los inconvenientes referidos determinaron que los servicios no tengan la continuidad esperada. Por otro lado, también tiene un desarrollo incipiente en diez localidades del interior del país. Este programa no hace parte de la estructura del Ministerio de Salud Pública (MSP), sino que es coordinado por la Dirección General de Salud con escasa articulación entre ASSE y el MSP, lo que dificulta su desarrollo. (CNS Mujeres por Democracia, Equidad y Ciudadanía, 2005)

Pasados cinco años de la reunión de El Cairo, hay avances respecto a las políticas de planificación familiar pero no son suficientes para atender a la problemática del país.

El trabajo desarrollado por las organizaciones de mujeres y feministas camino a Cairo + 5 (1999) fue sustancial para que Uruguay participara activamente en el proceso global de reafirmación de la Plataforma de Acción de la CIPD. Por primera vez, la Delegación Oficial del país incluye a representantes de las organizaciones de mujeres, así como a integrantes del gobierno central y municipal de Montevideo. En el documento de país que Uruguay presentó en la Asamblea General de las Naciones Unidas, se hizo referencia al cambio demográfico significativo por el cual atraviesa la población uruguaya y la necesidad de políticas públicas que abordasen las nuevas problemáticas sociales en salud y derechos sexuales y reproductivos. Se reconocía así, de manera oficial, que Uruguay había dejado de ser un país sin problemas de población. La reafirmación de los países a la CIPD a cinco años de la elaboración de la Plataforma de Acción, significó para Uruguay el impulso y respaldo necesario para

avanzar en las políticas de salud sexual y reproductiva. Y en este proceso, el rol y la estrategia desarrollada por las organizaciones de mujeres y feministas fue sustantivo. Principalmente por colocar en la visibilidad pública, el campo de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, a través de la construcción de canales de diálogo con diferentes actores políticos y sociales y mediante el desarrollo y la ampliación del debate social con la ciudadanía en general y las mujeres en particular. (CNS Mujeres por Democracia, Equidad y Ciudadanía, 2005, pág. 25)

En el año 2000, el MSP cesa el programa de maternidad y paternidad elegida y establece el desarrollo de una nueva línea programática a través de ASSE. En Montevideo, en el marco del Servicio de Salud de Asistencia Externa (SSAE), como unidad ejecutora de la atención primaria, se implementa el Programa de Salud Integral (SIM) de la mujer que se pone en marcha el 8 de marzo de 2001. Integrándose a la estructura ministerial con presupuesto propio y funcionando en 10 centros de salud en Montevideo que brindan métodos anticonceptivos de manera gratuita. Con esto por primera vez se generan las condiciones básicas para el acceso a los métodos seguros y de calidad, en la consulta médica. (CNS Mujeres por Democracia, Equidad y Ciudadanía, 2005)

Según CNS Mujeres por Democracia, Equidad y Ciudadanía (2005), el SIM implica un avance en términos de responsabilidad del Estado como garante de derechos sexuales y reproductivos. Además fortalece la atención primaria e implica un primer paso muy importante para la incorporación de estos derechos a los servicios del MSP.

A partir del 2005, desde la sociedad civil organizada se desarrollan nuevas estrategias de monitoreo ciudadano en salud sexual y reproductiva (SSR) y se incide para la creación y funcionamiento de la Comisión Nacional Asesora en SSR. Algunos representantes de organizaciones de mujeres integran la delegación oficial a CIPD + 10 e inician el Observatorio Nacional en Género y SSR (CNS Mujeres por Democracia, Equidad y Ciudadanía). Esto como respuesta a la escasa producción de información por parte del Estado, además de contribuir a la consolidación de una agenda académica de investigación en SSR y género. Desarrollan acciones para impulsar la aprobación integral de la Ley de Defensa al Derecho a la SSR. Se fortalece el trabajo hacia y con adolescentes y jóvenes en SSR y derechos. (Abrcinskas L., Furtado M., López A., 2009)

A nivel de gubernamental, se crea el Programa Salud de la Mujer y Género (MSP), el I Plan Nacional Igualdad de Oportunidades y Derechos, se promulga la Ley 18426 Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva, en el ámbito de la Dirección General de Salud.

Además se instala el Programa de Educación Sexual en sistema de educación pública. Por otra parte, Uruguay participa en Conferencia Internacional de Población y Desarrollo +10 (Abreinskas L., Furtado M., López A, 2009)

En el año 2008 se aprueba la ley de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) la cual tiene modificaciones en el año 2010. Esta norma establece dentro de sus objetivos asegurar a todos los ciudadanos y ciudadanas la atención integral en salud sexual y reproductiva; promover prácticas saludables en salud sexual y reproductiva y brindar información y formación de calidad; prevenir la morbilidad materna y enfermedades de transmisión sexual, además de un adecuado proceso de acompañamiento en el embarazo parto y postparto.

Es decir, la nueva concepción legitimada en el texto de la Ley N°18.426, genera nuevas líneas de acción estatal como son la educación en sexualidad y reproducción y consigo la formación de docentes y socialización de la información a toda la población, la creación de metas prestacionales a los servicios de salud para combatir la morbilidad materno infantil, las infecciones de transmisión sexual, las muertes de mujeres por causa de aborto clandestino, y generar un monitoreo de la salud de las mujeres colocando como obligatorio y gratuito o a bajo costo los análisis que detectan enfermedades genitomamarias.

A su vez implicó el acceso universal a métodos anticonceptivos (DIU “T” de cobre, ligadura tubaria, preservativos femeninos, métodos hormonales: variedad de píldoras, implantes subdérmicos, DIU hormonal) de buena calidad con amplitud de opciones gratuitas en ASSE o a costos subsidiados en las prestadoras privadas, teniendo oferta de condones masculinos y la posibilidad de la realización de la vasectomía como método anticonceptivo masculino.

Además, se incluye, la promoción y protección de la salud mental desde el punto de vista de la salud sexual y reproductiva, y se crean los servicios de orientación en casos de que la usuaria decida interrumpir el embarazo y se protege la privacidad en todos los casos de atención en materia de salud sexual y reproductiva.

5. Algunas reflexiones

5.1 Derechos en agenda

El tema de la planificación familiar, como se menciona en capítulos anteriores, entra en agenda internacional en los años 60 y específicamente en la declaración de derechos humanos de 1968 en Teherán Irán. En países como Chile se comienzan a dar los primeros pasos hacia una política de promoción de la salud sexual y reproductiva desde mediados de los 60. En la misma línea en Argentina y por iniciativa del colegiado médico se realizan algunas acciones en pro de informar a las familias acerca de su salud sexual y reproductiva sobre fines de los 60.

No es hasta la conferencia de población y desarrollo de 1994 de El Cairo que se realizan recomendaciones específicas frente a los problemas de población que enfrentan muchos países de América Latina. Frente a estas recomendaciones los países tuvieron diferentes respuestas, en el caso uruguayo, se comienza a pensar la salud sexual y reproductiva como política pública a abordar, comenzando a intervenir a nivel estatal en 1996.

Cabe destacar que a partir de diversas estrategias, los países cambiaron su forma de pensar y hacer política pública a punto de partida de la conferencia de El Cairo del 94. La intervención estatal en la ciudadanía íntima, al decir de Plummer, se legisla en la privacidad y en la intimidad de los sujetos. Se interviene en el ámbito familiar, en la esfera privada, que comienza a ser pensada como de interés público, como plantean Pintos y Askinas (2015) la familia es ahora visualizada como un espacio de influencia de interés público que debe ser regulada y protegida por el Estado.

Uruguay comienza a intervenir en políticas de salud sexual y reproductiva algunas décadas después de la declaración de derechos humanos del 68, pero ha tenido un rápido avance en materia de legislación en lo que va del siglo XXI. En comparación con Argentina y Chile, incorpora mayores niveles de protección al derecho humano fundamental de planificación familiar. Desde la conferencia de El Cairo 1994 progresivamente integra a su malla de prestaciones formas de protección a este derecho, de modo en que se crean mejores condiciones para la elección de la edad de la tenencia de hijos, el número y el espaciamiento

entre los nacimientos.

Como plantea García (2015) la sociedad civil y el movimiento feminista cumplen un papel importante en la colocación en la agenda de la planificación familiar, aunque también las recomendaciones internacionales y la adhesión a acuerdos hicieron que en el país se comenzara a legislar en materia de derechos sexuales y reproductivos.

Por otro lado, las respuestas a estas demandas de los movimientos sociales van siendo fragmentadas, de modo que se crea la ley de salud sexual y reproductiva que coexiste con la ley de regulación de las técnicas de reproducción humana asistida, la ley de adopciones y la ley de creación del Sistema Nacional de Cuidados. Sin embargo, entre ellas parecería que no hay conexión, son respuestas aisladas a síntomas de un problema común que es la planificación familiar.

5.2 Planificación Familiar en Uruguay: ¿una política pública posible?

Medir si están dadas las condiciones para ejercer este derecho es un trabajo complejo ya que son muchas las variables que atraviesan este fenómeno. En este documento se analizan algunos factores como ser el acceso a la salud sexual y reproductiva, educación, cuidado de los hijos, división sexual del trabajo, satisfacción con el número de hijos y necesidades básicas insatisfechas. Se toman estas variables arbitrariamente para acercarse a la respuesta a la pregunta guía.

La ley de salud sexual y reproductiva en Uruguay implicó un gran cambio de paradigma en la forma de concebir la reproducción. Se pasó de un modelo que contempla solamente el binomio materno-infantil en la segunda mitad del siglo XX, a un modelo entrando al siglo XXI en el que se conciben los derechos sexuales y reproductivos más allá de la maternidad y que incluye a los hombres dentro de la ley en cuanto responsables de su sexualidad y de la reproducción.

Por otro lado, cabe destacar que no habla de planificación familiar en todas sus dimensiones, es decir, legisla en cuanto a los derechos reproductivos, protege la salud sexual cuando se intenta prevenir embarazos o cuando hay embarazos no deseados o aceptados, protege los derechos de las mujeres a la hora de decidir si tener hijos o no, pero no toma en

cuenta otras variables. Si bien el texto de la ley prevé que los servicios de salud tengan equipos que apoyen a las personas a lograr sus objetivos en materia de salud sexual y reproductiva, no establece directamente los mecanismos por los cuales los servicios brinden apoyo a las parejas cuando se trata de planificación familiar, a no ser en lo estrictamente asociado a los procesos de salud, como ser específicamente controles de embarazo y del niño o niña y asesoramiento en anticoncepción.

Entonces, ¿cómo saber si están dadas las condiciones para ejercer este derecho?. No se ha encontrado evidencia de programas que trabajen la planificación familiar como objetivo específico. Sin embargo si se encuentra evidencia del estado de situación de algunas variables consideradas en este documento para dar respuesta a esta pregunta.

Como ya se ha mencionado, Uruguay ha tenido una transición demográfica similar a la de los países industrializados desde fines del siglo XIX y actualmente atraviesa la segunda transición demográfica, es decir se encuentra por debajo del nivel de reposición poblacional con una tasa de crecimiento de 0.19%. Pero si miramos con detenimiento cómo se dan los nacimientos, encontramos que al desagregar por nivel socioeconómico sucede que el nivel de fecundidad difiere según las condiciones de bienestar social.

Según Calvo, J. (coord.)(2014) la paridez media en la adolescencia refleja grandes desigualdades, ya que a medida que aumentan las necesidades básicas insatisfechas, disminuye la cantidad de años de estudio, y a menor años de estudio mayor probabilidad de tener hijos y a edades más tempranas. Esto lleva al cuestionamiento sobre las condiciones de elección de un proyecto de vida de las adolescentes pobres que no esté asociado a la maternidad si no logran culminar al menos 9 años de escolarización.

En cuanto al nivel de satisfacción con el número de hijos que tienen las mujeres, según la Encuesta Nacional de Comportamientos Reproductivos(2017), un tercio de las mujeres de 20 a 24 años son madres. Si desagregamos por nivel educativo vemos que las mujeres que tienen menos de 9 años de educación tienen más hijos que las que superan los 9 años, conforme aumentan los años de educación no solo disminuye la cantidad de hijos, sino que también se retrasa la edad del primer hijo. De todas formas en cualquiera de los casos hay insatisfacción de las mujeres con el número de hijos tenidos al llegar a la edad de 44 años. En el caso de las más educadas, por tener menos hijos y en el caso de las menos educadas por

tener más hijos de los deseados.

En esta línea se cree importante poder hablar de procedimientos que hacen parte de la planificación familiar en caso de dificultad o imposibilidad de tener hijos de forma biológica o la decisión de adoptarlos. Esencialmente tenemos dos vías de acceso a la maternidad/paternidad previstos para estos casos en la ley, esto son la reproducción humana asistida y la adopción.

La ley N° 19167 de Noviembre de 2013 en su Artículo 2 establece:

Las técnicas de reproducción humana asistida podrán aplicarse a toda persona como principal metodología terapéutica de la infertilidad, en la medida que se trate del procedimiento médico idóneo para concebir en el caso de parejas biológicamente impedidas para hacerlo, así como en el caso de mujeres con independencia de su estado civil, de conformidad con lo dispuesto en la presente ley.

En esta Ley está previsto que, cuando haya casos de infertilidad en mujeres menores de 40 años, el Estado a través del Sistema Nacional Integrado de Salud subsidiará el procedimiento que sea necesario, en aquellos de baja complejidad⁶ se subsidia totalmente el costo del tratamiento, en los de alta complejidad⁷ podrán ser subsidiados por el Fondo Nacional de Recursos, total o parcialmente según evaluación previa de la comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida. Incluyendo en las prestaciones todos los gastos que esto implique desde el proceso de diagnóstico de la infertilidad hasta la aplicación de la técnica y materiales necesarios, además de los posibles efectos adversos de los tratamientos.

En cuanto a las adopciones, la Ley N° 18590 de octubre del 2009, establece que cualquier interesado mayor de edad puede solicitar la tenencia de un niño/a o adolescente. Será el Instituto del Niño/a y Adolescente del Uruguay (INAU) quien estará a cargo del estudio de las capacidades de cuidado y protección por parte de los solicitantes y hará el monitoreo de que se respeten las condiciones de la normativa y el interés superior del niño/a o

⁶ La ley establece que los procedimientos de baja complejidad son aquellos procedimientos en función de los cuales la unión entre el óvulo y espermatozoide se realiza dentro del aparato genital femenino

⁷ La ley establece que los procedimientos de alta complejidad son aquellas en virtud de las cuales la unión entre óvulo y espermatozoide tiene lugar fuera del aparato genital femenino, transfiriéndose a este los embriones resultantes, sean estos criopreservados o no

adolescente.

Ahora bien, hasta aquí hemos visto cómo diferentes legislaciones en Uruguay protegen el derecho a la planificación familiar y más específicamente el acceso a la decisión de tener un hijo/a o no.

Pero, ¿en cuanto al número de hijos y el espacio entre los nacimientos?. Cuando hablamos del número de hijos y el espaciamiento de los nacimientos tenemos que tener en cuenta otras variables además de las que se mencionaron antes. Es decir, es necesario analizar cómo es la distribución sexual del trabajo y las tareas domésticas, en qué medida el Estado protege a las mujeres en cuanto depositarias mayoritarias de las tareas de cuidado, la inclusión educativa de las mujeres y el nivel educativo alcanzado.

Se ha visto anteriormente cómo el nivel educativo de las mujeres incide en la cantidad de hijos que tienen. Esta variable a su vez, representa un factor importante a la hora de acceder al mercado de trabajo a puestos de empleo bien remunerados y con acceso a la protección social.

La posibilidad de cuidar directamente de los niños y niñas para padres y madres insertas en el mercado de trabajo también está vinculada a las facilidades y obstáculos que ofrece el mercado laboral a través del rol fundamental que juega el sector empleador. El mercado, como actor clave del régimen de bienestar, juega un papel importante en la orientación y en la efectiva puesta en práctica de las políticas de protección social. (Betthyány, Genta y Perrotta, 2015, pág 6)

La división sexual del trabajo ha colocado históricamente a las mujeres a cargo de la reproducción social y a los hombres en la producción de bienes.

En las últimas décadas, las mujeres se han incorporado masivamente al mercado de trabajo, al mismo tiempo que continúan manteniendo su dedicación al trabajo doméstico y de cuidados, cuestionando la división tajante entre ámbito reproductivo y productivo. El cambio más importante en términos de su magnitud y sus consecuencias, es sin duda el aumento de la tasa de actividad femenina que en el Uruguay pasa de 41% en 1986 a 54% en 2013. También aumenta la matrícula universitaria de las mujeres, quienes en el caso uruguayo representaban alrededor del 40% en 1970 aumentando al 64% según datos del Censo Universitario de 2012

(UDELAR, 2013).(Betthyány, Genta y Perrotta, 2015, pág 8)

En las últimas décadas la realidad de las mujeres uruguayas se ha modificado, cada vez más acceden al mercado laboral y a la educación. A pesar de esto las condiciones de precariedad laboral e inserción desigual, siguen siendo una constante. Esto trajo consigo un aumento en la carga horaria de trabajo y una disminución del tiempo personal de las mujeres.

De modo que para la inserción laboral, es necesario una estructura que contenga y posibilite el acceso al empleo. “Así, el mercado de trabajo no parece sufrir modificaciones ante las demandas del mundo reproductivo que trae la incorporación de las mujeres, sino que son ellas quienes, asumiendo costos de forma individual, buscan acceder y permanecer en el trabajo remunerado”.(Betthyány, Genta y Perrotta, 2015, pág 8). En mujeres pobres la dicotomía se encuentra entre salir a trabajar con salarios muy bajos y no poder costear el cuidado de sus hijos/as, o no trabajar fuera del hogar y dedicarse a las tareas de cuidado.

Es en base a estos datos que en Uruguay se pone sobre la mesa la discusión sobre el cuidado y se crea el Sistema Nacional de Cuidados (SNC) a través de la Ley nº 19353 de noviembre de 2015, que busca dar respuesta a los cambios poblacionales en las familias y el mercado laboral. Pretende crear servicios de cuidado en el hogar o fuera del mismo y al alcance de las familias.

La participación de la comunidad, en formatos nuevos y aprovechando los existentes, es una piedra angular de un sistema de cuidados pensado desde un enfoque de derechos. Por último, se plantea fortalecer y profesionalizar la tarea de cuidado a través de la capacitación de los cuidadores tanto familiares como remunerados, considerando en ello especialmente la perspectiva de género, generacional y étnico-racial (Ministerio de Desarrollo Social, 2014).(Betthyány, Genta y Perrotta, 2015, pág 17)

Es así que el SNC se plantea un esquema de servicios que va en aumento desde el 2015 al 2025, para lograr que sea una política de tipo universal. Proyecta el aumento de las licencias parentales a 15 días en el caso de los hombres y 18 semanas en el caso de las mujeres, además de medio horario hasta los 9 meses del bebé, de modo que será la madre quien deba usufructuar del medio horario hasta los 6 meses, por recomendación de lactancia

exclusiva hasta esta edad. Por otro lado se plantea aumentar la cobertura de servicios de cuidado a la primera infancia, generando cobertura de caif desde el primer año en modalidad diaria y en centros educativos de ANEP-CEIP desde los 3 años.

La aprobación de un sistema de cuidados y la incorporación de estos servicios a la malla de protección habla de un gran avance en materia de derechos y específicamente de planificación familiar. En la medida en que estos servicios se incorporen el peso del cuidado sobre las mujeres disminuye, las posibilidades de decidir sobre el número de hijos aumentan sin que esto implique postergar el tiempo personal, la capacitación o el ingreso al mercado laboral.

6. Conclusiones

En la búsqueda por los conocimientos recientes se encontró que había poca disponibilidad de textos referentes a esta temática, a su vez la mayoría de ellos vincula la planificación familiar casi exclusivamente con la salud sexual y reproductiva. Es por eso que para poder profundizar en la temática se decidió incluir textos entre los años 2013 hasta 2017.

Luego de analizar todas las evidencias se cree que aún queda un largo camino por recorrer para llegar a darle las condiciones a los/as ciudadanos/as para ejercer plenamente su derecho a la planificación familiar. Principalmente porque aún no se han subsanado algunos aspectos vinculados a las desigualdades sociales, el acceso a la educación y al trabajo digno y porque aún queda mucho camino por andar en lo que refiere a la legislación de cuidados y educación sexual.

Por otro lado, un aspecto en el que sería interesante profundizar es en la necesidad o no de una integralidad en la política pública cuando hablamos de planificación familiar. Es decir, la posibilidad de que toda la malla de protección a este derecho sea pensado en conjunto a través de dispositivos especializados y desde la órbita del Estado, no como mecanismos separados actuando de forma fragmentada.

Algo que no se abordó en este documento, pero que sería interesante profundizar es ¿qué pasa efectivamente con el cumplimiento de estas leyes? ¿qué sucede cuando se ponen en juego todas estas dimensiones en la realidad?

7. Bibliografía

- Abrancinskas L., Furtado M., López A. (2009), Balance a quince años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Avances y retos para el pleno cumplimiento del Programa de Acción. *Cuadernos de UNFPA Serie de Divulgación*. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Uruguay. Año 3 N° 4. Noviembre 2009
- Bettyány, Genta y Perrotta (2015) Asuntos de género: análisis de las licencias parentales en Uruguay CEPAL - Serie Asuntos de Género N° 128 ISSN 1564-4170
- Cabella, W. (2009). Dos décadas de transformaciones de la nupcialidad uruguaya. La convergencia hacia la segunda transición demográfica. *Revista Estudios Demográficos Y Urbanos*, 24 (2), pp. 389-427.
- Calvo, J. (coord.). (2014) La fecundidad en el Uruguay (1996-2011) : desigualdad social y diferencias en el comportamiento reproductivo. Libro. Montevideo : UR. FCS-UM. Programa de Población : Trilce.
- Caneva, H. A. (2015). Planificación familiar y modelo conyugal en Argentina (1960-1970). Reflexiones sobre la matriz de los derechos sexuales y reproductivos. (Spanish). *Trabajos Y Comunicaciones*, (42), Población y planificación familiar en China. (2000). *Anuario Internacional CIDOB*, pp. 565
- Castañeda M, Patricia, & Salamé C, Ana María. (2015). 50 años de planificación familiar en Chile, 1965-2015: Experiencias de las primeras generaciones de mujeres urbanas usuarias del programa. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 80(3), pp. 208-214. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262015000300002>
- CNS Mujeres por Democracia, Equidad y Ciudadanía (2005). *Uruguay y políticas en salud sexual y reproductiva. Una mirada de lo hecho para las acciones del futuro*. Montevideo: CNS Mujeres por Democracia, Equidad y Ciudadanía. Recuperado de http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/07/libro_CNS_MYSU_SSR_2005.pdf
- Esborraz, David Fabio. (2015). El concepto constitucional de familia en América Latina. Tendencias y proyecciones. *Revista De Derecho Privado*, (29), pp. 15-55. doi:10.18601/01234366.n29.02
- Esquivel, Valeria. Faur, Eleonor. y Jelin, Elizabeth (2012) *Las lógicas del cuidado infantil, entre las Familias, el Estado y el Mercado*. 1ra Edición. Buenos Aires: Editorial IDES
- Esser Braun, Elizabeth. (1968) Conferencia Internacional de Derechos Humanos de Teherán - Irán 1968. *Naciones Unidas. Crónica Mensual*, Vol. v, Núm. 6 (Junio, 1968), pp. 112-114
- Felitti, K. (2008). Natalidad, soberanía y desarrollo: las medidas restrictivas a la planificación familiar en el tercer gobierno peronista (Argentina, 1973-1976). *Estudios Feministas*, (2). pp. 517.
- Felitti, K. (2012). Planificación familiar en la Argentina de las décadas 1960 y 1970: ¿un caso

- original en América Latina?. *Estudios Demográficos y Urbanos*, (1 (79). 153.
- Fernández, J. (2014). La conciliación de la vida laboral y familiar en Uruguay. *IEEM Revista De Negocios*, pp. 36-65.
- Forrisi, L. (2014) A un año de implementación de la Ley de interrupción voluntaria del embarazo, un acercamiento a las barreras y oportunidades desde el Trabajo Social. FCS UDELAR. Montevideo
- Galoviche, V. (2016) Conferencia sobre población y desarrollo de El Cairo (1994) Avances y retos para la inclusión masculina en salud sexual y reproductiva. Instituto de Investigaciones Socioeconómicas Facultad de Ciencias Sociales (UNSJ) San Juan Argentina
- García, I. (2015) El control de crecimiento de la población y las mujeres en México: organismos internacionales, sociedad civil y Políticas Públicas. *Revista Colombiana de Sociología* Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco, Colombia
- Gutiérrez M (2013) Planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. Simposio: Salud Sexual y Reproductiva. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 30 (3), pp. 465-70
- Kosic, K, (1957) *Dialéctica de lo concreto*. Editorial Grijalbo. México
- López, J. (2013). Los derechos humanos en movimiento: una revisión teórica contemporánea. *Espiral*, Vol. XX, Núm. 56 (Enero-Abril 2013), pp. 9-37
- López, A. y Varela, C. (coord.) (2016) *Maternidad en adolescentes y desigualdad social en Uruguay. Análisis territorial desde la perspectiva de sus protagonistas*. Montevideo: UNFPA, UDELAR
- Lessa, Sergio. (2012) *Abaixo a Família Monogâmica*. 1ra. Edición. Intituto Lukacs. São Paulo - Brasil.
- Marshall, T.H. (2007) *Ciudadanía y clase social*. Ed Alianza.
- Montagut, Teresa (2000) *Política Social, una introducción*´´. Ed. Planeta S.A, Barcelona.
- Monereo, Cristina (2005) *Herramientas para una Teoría de los derechos sociales (discusión doctrinal)* Anuario de filosofía del derecho, ISSN 0518-0872, N° 22, Universidad de Málaga, pp. 265-290
- ONU (1994). Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Boletín n°19. Cairo - Egipto. Recuperado de http://www.un.org/popin/icpd/newslett/94_19/icpd9419.sp/1lead.stx.html
- Oliva, Eduardo y Villa, Vera (2013) *Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización*. *Justicia Juris*, Vol. 10. N° 1. Enero – Junio de 2014, pp. 11-20

- Ordoñez, Fernando (2013/2014) Derechos Humanos. Nuestro tiempo Libro de los Bicentenarios N°24. Montevideo-Uruguay
- Pellegrino, Adela. (2013). Uruguay: cien años de transición demográfica. *Migración Y Desarrollo*, Vol 20 Núm. 186.
- Pellegrino, Adela. (2003) Caracterización demográfica del Uruguay. Documento para estudiantes. Programa de Población - Facultad de Ciencias Sociales - Universidad de la República. Montevideo
- Pereira, C. A. (2015). La familia como titular de derechos y libertades. *Revista De Derecho* (15105172), 14(28), pp. 101-125.
- Plummer, Ken. (sin fecha)THE SQUARE OF INTIMATE CITIZENSHIP: SOME PRELIMINARY PROPOSALS. University of Essex. Recuperado de: [https://kenplummer.com/publications/selected-writings-2/intimate-citizenship/\[26-09-2018\]](https://kenplummer.com/publications/selected-writings-2/intimate-citizenship/[26-09-2018])
- Zárate Campos, M. S., & Moya, M. G. (2015). Planificación familiar en la Guerra Fría chilena: política sanitaria y cooperación internacional, 1960-1973. *Historia Critica*, (55), 207-230. doi:10.7440/histcrit55.2015.09
- Ley N° 18590 (2009). Adopciones. Montevideo:Diario oficial de la Republica Oriental del Uruguay
- Ley N° 19167 (2013) Regulacion de las tecnicas de Reproduccion Humana Asisitida.Montevideo:Diario oficial de la Republica Oriental del Uruguay
- Ley N° 19353 Creacion del Sistena Nacional Integrado de Cuidados.Montevideo:Diario oficial de la Republica Oriental del Uruguay