

Serie

Documentos de Trabajo

Maternidad y fecundidad en el Uruguay: a quince años de la conferencia del "El Cairo"

Carmen Varela Petito

Documento de Trabajo N° 77
2009



Universidad de la República
Facultad de Ciencia Sociales
Unidad Multidisciplinaria

1. Introducción

A 15 años de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (CIPD) y en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el Uruguay experimenta ciertos cambios en relación al comportamiento reproductivo en general -y en particular, de los adolescentes- y en la implementación de programas que atiendan la salud sexual y reproductiva (SSR) de la población.

En lo que respecta a la reproducción, en el período 1996 – 2006 se destacan dos fenómenos: 1º) el incremento de la fecundidad adolescente (en 1996 alcanza 71 por mil), que se asocia a la reproducción de la pobreza y a carencias en programas en SSR y 2º) el descenso de la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo¹ de la población (en 2004 la Tasa Global de Fecundidad -TGF²- es de: 2,08), acompañado de una caída de la fecundidad adolescente.

En relación a la salud sexual y reproductiva, en el período de referencia, el Uruguay comienza a implementar programas en SSR, que surgen en parte, como respuesta a los fenómenos mencionados *supra*. Estos programas van a pasar por distintas etapas y transformaciones que habilitan el camino hacia una política nacional en salud sexual y reproductiva.

El desarrollo de programas en SSR estuvo promovido por factores externos e internos. Entre los primeros, se destacan los compromisos asumidos por el Estado uruguayo en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo celebrada en El Cairo (1994) y por el apoyo financiero que proporcionaron en primera instancia, los organismos internacionales.

¹ El reemplazo de la población refiere a la capacidad de una población de auto sustituirse a través de la reposición numérica de las mujeres futuras procreadoras. Corresponde a una tasa global de fecundidad de 2,1 hijos por mujer

² La Tasa Global de Fecundidad (TGF) es el número de hijos que en promedio tendría cada mujer de una cohorte hipotética de mujeres que cumpliera con dos condiciones: a) durante su período fértil tenga sus hijos de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad de la población en estudio y b) no estuviera expuesta a riesgo de mortalidad desde su nacimiento hasta el término de su período fértil.

Entre los factores internos, se destacan a) la preocupación por el incremento de la fecundidad adolescente, b) la mortalidad por el aborto en condiciones inseguras, c) los embarazos no deseados, d) las infecciones de transmisión sexual y e) las presiones ejercidas por los movimientos feministas y el accionar de la bancada de mujeres parlamentarias, en la búsqueda de alternativas que dieran respuesta a estas problemáticas. Las inquietudes por los fenómenos mencionados, se plasman en propuestas sobre programas en SSR, que comienzan a implementarse a partir de 1996.

La preocupación por el incremento de la fecundidad en edad adolescente suscitó –por distintos motivos- preocupación tanto en el Estado como en distintos ámbitos de la sociedad. Algunos actores lo visualizaron como una “amenaza” desde el punto de vista social, ya que se la comprende básicamente como expresión de los sectores más carenciados de la población y, por ende, como responsable de parte de la reproducción de la pobreza y el deterioro social. Otros señalaron inquietudes relativas a las implicaciones sociales y psicológicas de la maternidad en esta etapa etaria que, entre otras, compromete el proyecto de vida de las jóvenes más allá de la maternidad. También se señaló la preocupación por las carencias en la educación sexual desde etapas tempranas en la vida de las personas y la necesidad de programas en SSR que atendieran las especificidades de la población adolescente. (Varela, C., 2004). Los programas en SSR que se implementaron a partir de 1996 de una u otra manera intentaron responder, entre otras, a las preocupaciones mencionadas.

Este documento tiene como finalidad, analizar la evolución de la fecundidad adolescente entre 1996 y 2006, en el marco de desarrollo de los programas de salud sexual y reproductiva. Por último, reflexiona sobre los avances y carencias de la salud sexual y reproductiva en el Uruguay, y su interrelación con la evolución y la situación actual de la fecundidad adolescente.

2. Fecundidad y Transición Demográfica

Uruguay ha sido considerado como un país con una demografía “moderna” debido a que inició tempranamente la Primera Transición Demográfica³ (fines del siglo XIX). Esta fue contemporánea a los países de Europa Mediterránea, de donde provenía la mayoría de la población inmigrante del país. Uruguay (conjuntamente con Argentina), se anticipó en al menos treinta años al resto de los países latinoamericanos, ya que apenas una minoría comenzó este proceso en la década de 1930, en tanto la gran mayoría lo inició en el correr de las décadas de 1950 y 1960 (Pellegrino, A.*et al.*, 2008).

En relación a la llamada Segunda Transición Demográfica, Uruguay tiene también un comportamiento precoz en relación a la mayoría de países de América Latina. Al finalizar el siglo XX, el país ya mostraba algunos rasgos de la misma, la que se identifica con la posmodernidad y los procesos de globalización. Esos rasgos refieren a diversos indicadores del cambio familiar que se resumen en: a) el aumento del divorcio, b) el descenso de la nupcialidad, c) el aumento de las uniones consensuales, d) los nacimientos fuera del matrimonio legal (Cabella, W. *et al.*, 2004) y e) la reducción de la fecundidad por debajo del reemplazo de la población (Varela, C., 2007).

El inicio temprano de la Primera Transición Demográfica (PTD) conduce a que a mediados del siglo XX, la TGF alcance los 2,8 hijos por mujer. Este valor ubica al país en un estadio muy avanzado de la PTD. Sin embargo, posteriormente, el nivel de la fecundidad ingresa en un estadio de enlentecimiento (o en algunos momentos de estancamiento), de casi cuarenta años. Algunos de los fenómenos que explican este fenómeno, lo constituyen las brechas en el comportamiento reproductivo -tanto en el calendario como en la intensidad- entre las mujeres de diferentes áreas geográficas, niveles educativos y condiciones sociales y económicas (Chackiel, J. y Schkolnik, S., 2004; Varela *et al.*, 2008, Zavała de Cosío, M.E.,1999). En

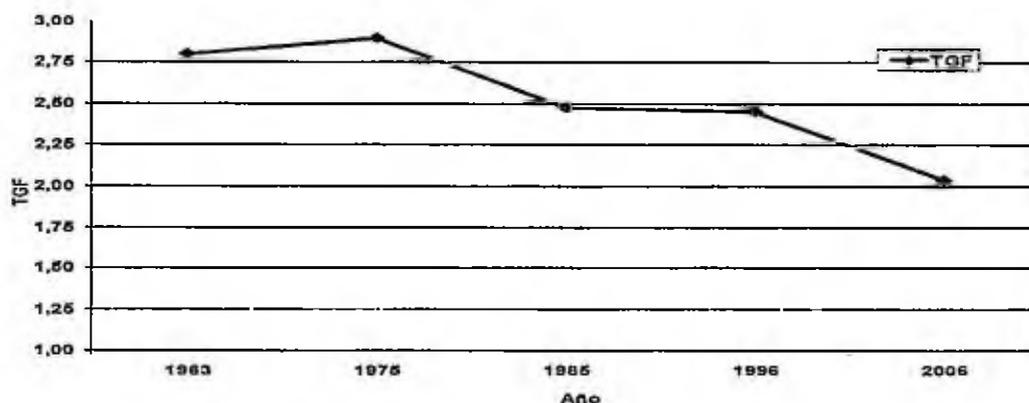
3 La transición demográfica ha sido definida como un proceso prolongado que transcurre entre dos situaciones extremas: el primero con bajo crecimiento de la población donde se registran altas tasas de mortalidad y natalidad a otro final que también registra bajo crecimiento poblacional pero con bajos niveles de ambas tasas. La transición se inicia con el descenso de la mortalidad, seguido por el descenso de la fecundidad, ella continúa en un proceso de descensos de ambos indicadores hasta alcanzar la etapa final mencionada

estudios anteriores hemos mostrado el papel que han jugado el incremento de la fecundidad adolescente y la elevada reproducción de la población de las mujeres pobres sobre el estancamiento de la Tasa Global de Fecundidad (TGF). (Varela, C, 1999).

Las décadas de aguda crisis económica por las que atravesó el país, tuvieron como consecuencia un importante deterioro social, con un incremento de la pobreza que alcanzó en 2004 al 57% de los menores de 6 años, al 54% de los ubicados entre 6 y 12 años y al 45% de los de 13 a 17 años (INE, 2005). Esta situación promovió un “empobrecimiento de la reproducción”, que se tradujo en que fueron las mujeres en condiciones de necesidades básicas insatisfechas las que incrementaron la fecundidad, incluidas aquellas en edad adolescente y que, en general, se reprodujeran con niveles muy superiores a la media (TGF: 4,5) y promediaran los bajos niveles de las mujeres de los sectores medios (TGF: 1,5), (Niedworok, N., 1994; Paredes, M. *et al.*, 2005).

Ya a inicios del siglo XXI, en Uruguay disminuye la fecundidad en la adolescencia y, paralelamente, se produce un hito en la historia demográfica del país, cuando la Tasa Global de Fecundidad desciende por debajo del nivel de reemplazo de la población, a 2,1 (gráfico 1).

Gráfico 1 - Tasa Global de Fecundidad – Uruguay, 1963 - 2006



Fuente: elaboración propia en base a E. Vitales, Censos de Población (INE) y Proyecciones de Población (rev. 2008, INE-PP-FCS)

El descenso de la fecundidad por debajo de los niveles de reemplazo de la población no estuvo acompañado por una disminución de la pobreza. Por el contrario, el deterioro socioeconómico de la población se mantuvo hasta el año 2006, momento en que se empieza a registrar un retroceso de la pobreza. En este marco, el declive de la fecundidad ha sido atribuido al descenso de la reproducción de las mujeres que atraviesan la adolescencia y la juventud y por aquellas mujeres que se encuentran en los extremos de la escala socioeducativa. Vale decir, aquellas que no tienen instrucción o no completan la educación primaria y aquellas que tienen estudios secundarios completos o que acceden a la educación terciaria (Varela, C. *et al*, 2008).

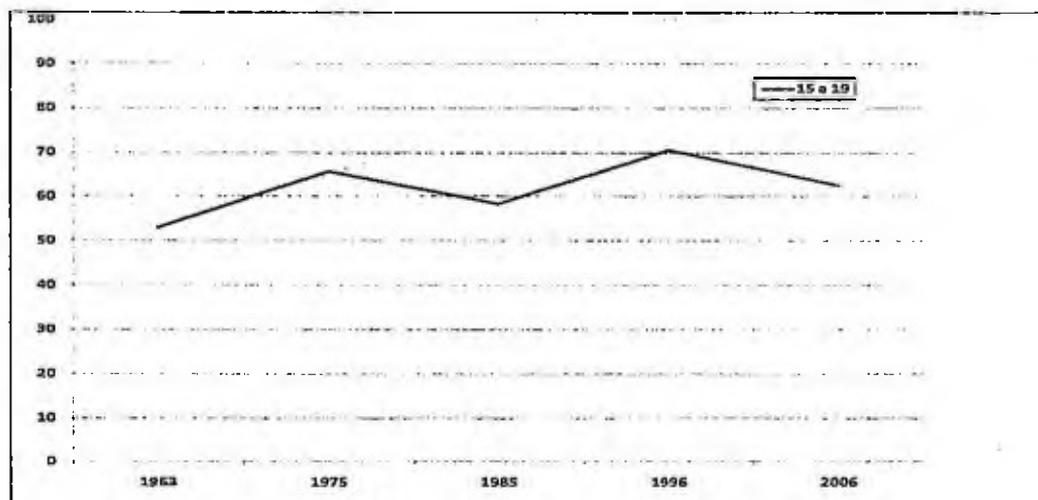
El descenso de la fecundidad de las mujeres menos educadas y pobres, no es un fenómeno exclusivo del Uruguay, sino que por el contrario, como señalan Chackiel y Schkolnik, se generaliza en los sectores sociales más rezagados de distintos países de América Latina (Chackiel, J. y Schkolnik, S., 2004). La Transición Demográfica en la región continúa en las últimas dos décadas, a pesar de que en muchos países se han incrementado los bolsones de pobreza. Las explicaciones de este proceso son complejas, uno de los factores que podrían estar incidiendo son los programas en salud sexual y reproductiva focalizados a sectores sociales de bajos recursos. Estos han permitido a algunas mujeres de bajos recursos y con accesos deficitarios a la educación, un mayor control e independencia entre la sexualidad y la reproducción.

2.1. Maternidad y fecundidad en la adolescencia: una preocupación reciente

El fenómeno de la fecundidad adolescente fue problematizado a partir de 1996, debido al importante incremento que se registra entre 1985 y 1996 (21 %). El fenómeno se enmarcaba en un contexto de deterioro social y económico del país y un consecuente incremento de la población en condiciones de pobreza. La conjunción de estos fenómenos fueron visualizados como una amenaza desde el punto de vista social, ya que pronosticaban para el futuro mediano una mayor reproducción de la pobreza (cuadro 3).

Sin embargo como lo muestra el gráfico 2, el fenómeno no parece ser nuevo en el país, sino que el mismo estaba presente, pero no visualizado. Entre 1963 y 1975 se observaba un incremento importante de la tasa de fecundidad adolescente (24 %). La misma pasa de 53 a 66 cada mil mujeres adolescentes. Este incremento vuelve a repetirse en la década 1985 – 1996, momento en el cual la tasa específica se sitúa en 71 por mil, lo que corresponde a un 21 % de incremento de la misma (cuadro 1).

Gráfico 2 - Tasa de fecundidad adolescente (15 a 19 años) – Uruguay, 1963 - 2006



Fuente: elaboración propia en base a E. Vitales, Censos de Población (INE) y Proyecciones de Población (revis. 2008, INE-PP-FCS)

Cuadro 1 - Tasas de fecundidad por edad (por mil). Tasa Global de Fecundidad Uruguay, 1963 – 2006

Edad	1963	1975	1985	1996	2006
10 a 14	1,1	1,2	1,2	1,8	1,7
15 a 19	53,1	65,7	58,5	70,6	62,6
20 a 24	153,5	159,4	131,2	122,3	90,7
25 a 29	155,7	157,8	135,7	129,4	99,1
30 a 34	109,6	109,8	96,1	97,4	91,7
35 a 39	60,6	62,3	54,0	52,2	48,4
40 a 44	21,5	19,8	16,9	15,6	12,7
45 a 49	4,7	2,9	1,5	1,0	0,7
TGF	2,80	2,89	2,48	2,45	2,04

Fuente: elaboración propia en base a E. Vitales, Censos de Población (INE) y Proyecciones de Población (revis. 2008, INE-PP-FCS)

La comparación de los niveles de fecundidad adolescente con otras regiones del mundo, nos reafirma que los valores que el país tiene desde la década del 70, son elevados. El cuadro 2, muestra que en 1970 Uruguay alcanzaba una tasa de 66 por mil, mientras que el promedio del Mundo era de 71 por mil. A su vez y como punto de comparación, Asia que registraba una TGF bastante más elevada (5 hijos por mujer), que la de nuestro país, tenía una tasa de fecundidad adolescente similar (66 por mil). Por otra parte treinta años más tarde, esta región descende su TGF a la mitad (2,5 hijos por mujer) y su tasa de fecundidad adolescente (41 por mil), se sitúa bastante por debajo que la de Uruguay (59 por mil) (cuadro 2).

La relación con América del Sur, nos revela que en los '70 la fecundidad adolescente de esta región estaba bastante próxima a la de Uruguay, sin embargo en la actualidad, América del Sur registra un incremento de su fecundidad adolescente, fenómeno que ha sido investigado por diversos autores (Rodríguez, J., 2005; Stern, C., 2004;. Di Cesare, M.2006).

Cuadro 2 - Tasa Global de Fecundidad y tasas de fecundidad adolescente (por mil) Regiones del Mundo y Uruguay, 1970 y 2003

	1970		2003	
	TGF	Tasa 15-19	TGF	Tasa 15-19
Mundo	4,5	71	2,6	55
Africa	6,7	132	5	116
Asia	5	66	2,5	41
Oceanía	3,2	45	2,4	33
Europa	2,2	36	1,4	20
América del Norte	2,0	66	2,0	41
América Central (incluye México)	6,4	123	2,7	79
El Caribe	4,4	104	2,6	69
América del Sur	4,7	72	2,5	81
Uruguay (1970-1975)	2,69	65,7	2,04	59,1

Fuente: Rodríguez, Jorge (CELADE), Datos Uruguay elaboración propia en base a E. Vitales, Censos de Población (INE) y Proyecciones de Población (revis. 2008, INE-PP-FCS)

A pesar de que, como se mencionó supra, la fecundidad adolescente presentaba desde décadas atrás, niveles considerables comprados con América del Sur y otras regiones del mundo, recién a partir de 1996 emerge la preocupación desde el Estado, la que es acompañada por los

movimientos feministas y la bancada de mujeres parlamentarias que contribuyeron (entre otros), a poner de manifiesto el fenómeno. En particular, los movimientos de mujeres lo destacaron, no sólo como expresión de la pobreza, sino por las implicaciones sobre: la salud sexual y reproductiva y el desarrollo personal que, probablemente, en los casos de mujeres en situación de pobreza, las conduciría a una mayor exclusión social.

La maternidad en estas edades complejiza la retención de las y los adolescentes en el sistema educativo, lo que compromete su inserción futura en el mundo del trabajo, en una economía crecientemente basada en el conocimiento y que cada vez demanda más formación (Ciganda, D., 2008). De todas maneras, la fecundidad adolescente, no es un fenómeno exclusivo de la pobreza: el embarazo y la fecundidad adolescente también está presente en otros sectores sociales, donde el aborto es una de las respuestas a un embarazo no deseado (Amorín, D. *et al.*, 2006). El incremento del embarazo y la fecundidad adolescente en los años 90, aflora a la arena social y política en un contexto de inexistencia de programas en SSR dirigidos al conjunto de adolescentes. La presión que ejercen los actores sociales mencionados sobre los gobiernos de turno, constituyó un factor preponderante en la lucha por la implementación de programas en SRR que posibilitaran a las y los adolescentes y al conjunto de la población condiciones para un ejercicio de la sexualidad y la reproducción sin riesgos de enfermedades ni embarazos no deseados. A ello se agregan los compromisos asumidos en El Cairo 1994 por el Estado uruguayo. La conjunción de estos factores pone de manifiesto que el embarazo y la fecundidad en edad adolescente, debían ser atendidos con políticas específicas.

En 1996 se implementaron los primeros programas de SSR; diez años más tarde, la tasa de fecundidad adolescente disminuye a un nivel similar a la del año 1975. Si bien se reconoce como positivo este descenso, surge la interrogante acerca de si el nivel actual de la fecundidad adolescente constituye un descenso, o un retorno a dos décadas atrás, donde este fenómeno estaba presente pero no era motivo de preocupación. ¿Cuál será el rumbo que pueda tener en el futuro la reproducción en la etapa adolescente? ¿Estamos realmente frente a un descenso de la fecundidad adolescente, o solamente se trata de oscilaciones ya existentes en el pasado?

2.2. Trayectoria de la fecundidad adolescente versus la fecundidad de las jóvenes y la fecundidad total

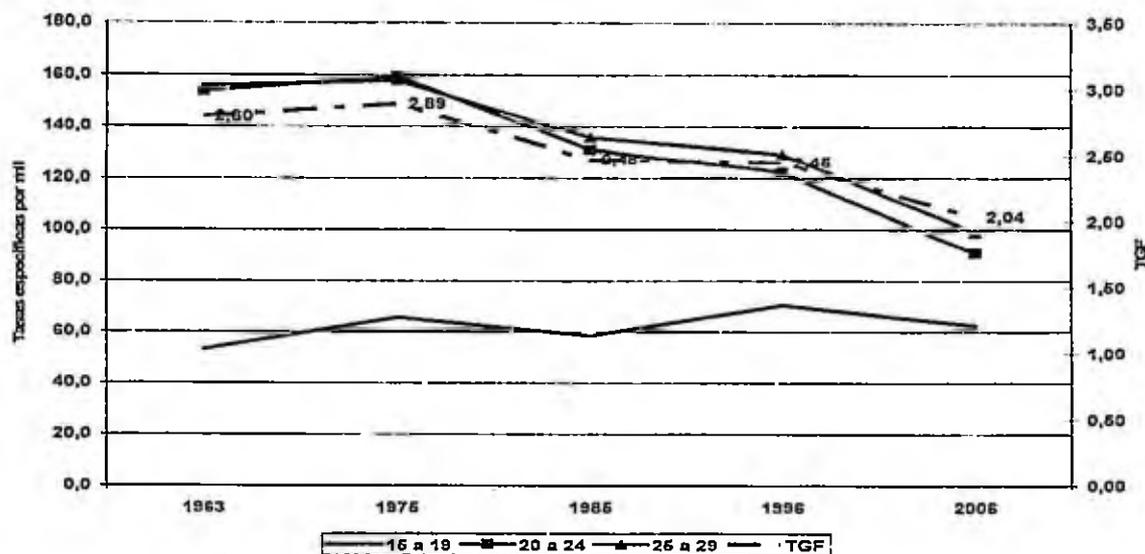
A partir de mediados de siglo XX, el descenso de la TGF muestra un enlentecimiento en relación a la trayectoria que había tenido hasta ese momento. Incluso, en el período 1985-1996 se observó un estancamiento de la misma (TGF: 2,5 hijos por mujer) .

El estancamiento de la fecundidad total ocultaba las transformaciones que se estaban operando en el comportamiento reproductivo de las mujeres, que fundamentalmente se relacionaban con el calendario y la intensidad de la fecundidad, particularmente en lo que correspondía a la reproducción de las adolescentes y las jóvenes (Varela, C., 2004).

Si analizamos la evolución de la TGF con la evolución de las tasas específicas de las adolescentes (15 a 19 años) y las jóvenes (20-24 y 25-29 años), desde el año 1963, se puede apreciar que hasta el año 1985 las tres tasas tienen un comportamiento similar. Vale decir que el incremento observado entre 1963 y 1975 de la TGF (2,80 a 2,89 hijos por mujer), es acompañado por un incremento de las tasas específicas mencionadas.

En la década siguiente, cae la TGF (2,89 a 2,48 hijos por mujer) y también cae la tasa de fecundidad adolescente y las tasas de fecundidad de las jóvenes de 20 a 24 y 25 a 29 años de edad. Entre 1985 y 1996 es donde aparentemente se observa un estancamiento de la TGF (2,48 a 2,45 hijos por mujer), que como se dijo *supra*, ocultaba: 1) el incremento de la fecundidad adolescente (58,5 a 70,6 por mil), y 2) el declive sostenido de la fecundidad de las jóvenes (131,2 a 122,3 y 135,7 a 129,4 por mil). Ambos fenómenos estaban compensando el efecto sobre la TGF; sin embargo tanto las adolescentes como las jóvenes denotaban en ese momento un cambio sustantivo (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Tasas específicas de fecundidad (por mil) y TGF – Uruguay, 1963 - 2006



Fuente: elaboración propia en base a E. Vitales, Censos de Población (INE) y Proyecciones de Población (revis. 2008, INE-PP-FCS)

El cambio en el comportamiento reproductivo de las adolescentes fue puesto de manifiesto, entre otros, por los estudios sociodemográficos de la época, los movimientos de mujeres y la difusión dada sobre este fenómeno por los medios de comunicación. Estos contribuyeron a la visualización y problematización de un fenómeno que tal vez no era nuevo, pero afloraba con mayor intensidad en ese momento.

Una década más tarde, en 2006, la TGF se sitúa por debajo del reemplazo (TGF: 2,04), fenómeno que ya había impactado en el 2004, cuando se constataba que esta había llegado al límite del reemplazo. Concomitantemente con ello, se produce un descenso importante de la fecundidad adolescente (-11,4%) , a la vez que la fecundidad de las jóvenes continúa con una disminución que, en términos relativos, es superior al descenso que se registra en el grupo adolescente (-25,8 y -23,4% contra un -11,4%), (cuadro 3).

Cuadro 3 - Variación porcentual, tasas de fecundidad por edad
Uruguay, 1963 - 2006

Edad	1963-1975	1975-1985	1985-1996	1996-2006
10 a 14	10,9	-1,0	50,8	-8,1
15 a 19	23,7	-10,9	20,6	-11,4
20 a 24	3,8	-17,7	-6,8	-25,8
25 a 29	1,4	-14,0	-4,6	-23,4
30 a 34	0,2	-12,5	1,4	-5,9
35 a 39	2,7	-13,2	-3,3	-7,3
40 a 44	-7,8	-14,8	-7,6	-18,4
45 a 49	-38,3	-49,0	-30,0	-28,6

Fuente: elaboración propia en base a E. Vitales, Censos de Población (INE) y Proyecciones de Población (revis. 2008, INE-PP-FCS)

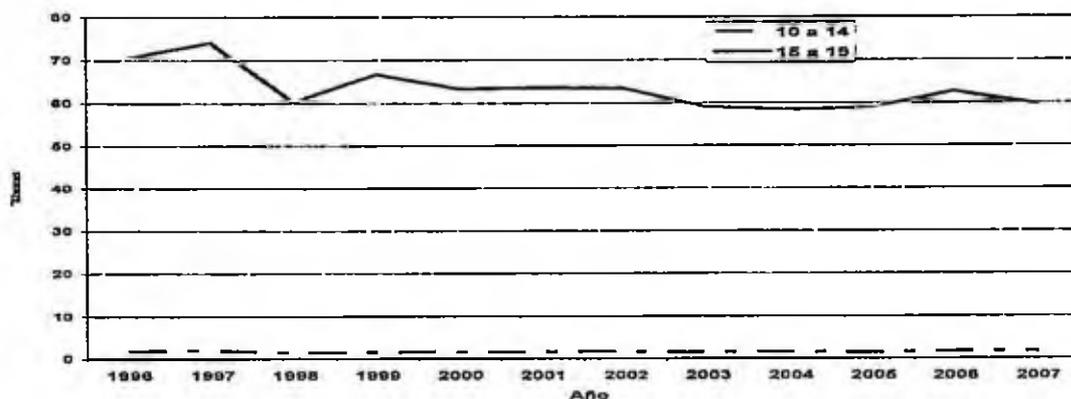
Si bien es importante la disminución de los hijos tenidos en la adolescencia, ya que estaría revelando el atraso del inicio de la trayectoria reproductiva y la disminución del período de exposición a la concepción, la disminución de las tasas de fecundidad en las edades cúspides de la fecundidad (20-24 y 25 a 29 años), es muy relevante por el mayor efecto sobre el reemplazo de la población, dado que éstas son las que porcentualmente aportan más a la TGF (22% y 24% frente a un 15% de las adolescentes). El sostenido descenso de la fecundidad en edades jóvenes constituye asimismo otro indicador sobre la tendencia hacia el retraso del inicio de la trayectoria reproductiva. Ello se vincula al retraso en la transición a la adultez de determinados sectores sociales (Ciganda, D, 2008).

Cabe destacar que en el período 1996-2006, la disminución de la tasa de fecundidad adolescente no se traduce en una disminución del aporte de este grupo etario a la TGF. Por el contrario, se registra un aumento en relación a 1996 (de 14,4 a 15,3%). Ello se debe a que el descenso de la tasa de fecundidad adolescente se acompaña, como se observó anteriormente, de un descenso aún mayor de las tasas entre 20 y 29 años (cuadro 1).

Los datos presentados muestran el descenso de la fecundidad adolescente en el período post Cairo que coincide con la implementación de programas en SSR. Sin embargo, como se planteó anteriormente, surgen interrogantes en relación al comportamiento futuro que pueda tener este fenómeno. Si se observan las tasas de fecundidad adolescente anualizadas, se

encuentra que luego del pico alcanzado en 1996 y 1997, se registra inmediatamente una caída importante en la tasa y a posteriori, se aprecia un comportamiento oscilante, que no permite observar claramente una tendencia descendente hacia el futuro (gráfico 4). Es más, el nivel que adquiere en los últimos años, es un poco más elevado (60 y 62 por mil) que el comportamiento observado en 1985 (59 por mil).

Gráfico 4 - Tasas específicas de fecundidad adolescente – Uruguay, 1996 - 2006



Fuente: elaboración propia en base a E. Vitales, y Proyecciones de Población (revisión 2008, INE-PP-FCS)

De todas maneras, el análisis de la fecundidad adolescente según la educación alcanzada por las mujeres, es demostrativo de las variaciones que se operan tanto en la edad de inicio de la trayectoria reproductiva como en la intensidad de la misma. Son abundantes los trabajos que han analizado los vínculos entre la educación y el comportamiento reproductivo de las mujeres: “la educación es probablemente la variable que capta mejor los diferenciales que existen en la fecundidad entre grupos sociodemográficos y económicos” (Chackiel, J. y Schkolnik, S. 2004: 53).

En un estudio anterior hemos analizado las transformaciones operadas en el comportamiento reproductivo de las mujeres entre 1996 y 2006, teniendo en cuenta como ejes analíticos, el área geográfica, la educación y el estrato socioeconómico⁴. En lo que refiere a las

⁴ El indicador utilizado fue la paridez media acumulada. Esta refiere al número medio de hijos acumulados hasta determinada edad, por las mujeres de cada cohorte de edad.

adolescentes, quedó de manifiesto el papel diferenciador de la educación en las trayectorias reproductivas y en la edad al tener el primer hijo, así como el descenso del nivel de la fecundidad, aún en las condiciones de muy bajo nivel educativo. (Varela, C. *et al*, 2008).

Cuadro 4 - Paridez media acumulada de las mujeres de 15 a 19 años – Uruguay, 1996 - 2006

Educación	1996 cohorte nacida en 1981	2006 cohorte nacida en 1991
S/Ubstruc., Primaria Incomp.	0,46	0,22
Primaria C., C. Básico incomp.	0,26	0,21
C. Básico, Bachillerato incomp.	0,08	0,04

Fuente: elaboración propia en base a Censo de Población 1996 y

Encuesta Nacional de Hogares Ampliada 2006. INE

Como se observa en el cuadro 4, la paridez media acumulada de la cohorte de mujeres nacida en 1991 desciende, en las tres categorías de educación, en relación a la cohorte anterior (nacida en 1981). Sin embargo, la más significativa es la de aquellas adolescentes que tienen muy baja educación, ya que pasan de casi medio hijo en promedio a un cuarto de hijo. Asimismo, se puso de manifiesto la persistencia de las brechas reproductivas entre las mujeres con muy pocos años de estudio (primaria incompleta, 0,22) y aquellas que alcanzan nueve años de educación (ciclo básico de secundaria, 0,04). Ello también se verificó en lo que refiere a la edad de inicio de la maternidad, ya que el 25 % de las mujeres con Primaria incompleta fue madre a los 17 años, mientras que el 25 % de las que finalizaron el Ciclo Básico de Enseñanza Secundaria, fueron madres 3 años más tarde.

El análisis de la evolución de la fecundidad en el período de estudio, nos muestra cambios en el comportamiento reproductivo de las mujeres que transitan la adolescencia. De todas maneras, el rumbo que pueda tener en el futuro la reproducción en las generaciones adolescentes venideras, dependerá en gran medida de: 1) la profundización de las políticas sociales que permitan una mayor superación de la pobreza y la inclusión social de grandes sectores de la población (en 2008, el 39% de los menores de 6 años, el 37% de los de 6 a 12 años y el 31 % de los adolescentes de 13 a 17 se encontraban aún en situación de pobreza, INE, 2009), 2) la retención de los adolescentes y los jóvenes en el sistema educativo, 3) la

superación de las inequidades de género alcanzando relaciones más igualitarias entre los sexos y 4) la profundización y generalización de los programas en SRR específicos para adolescente que consoliden una política al respecto.

3. Los programas en salud sexual y reproductiva a 15 años de El Cairo

Los compromisos asumidos por el Estado Uruguayo en la CIPD de El Cairo de 1994, constituyeron uno de los factores que contribuyeron a promover la elaboración e implementación de programas que contemplaran la salud sexual y reproductiva con una perspectiva de género y derechos. En particular y en torno al tema que nos ocupa, se comenzó a prestar especial atención a la población adolescente, cuestión que estaba presente en las recomendaciones de El Cairo.

Como se señalara anteriormente, en la década de los 90 algunos fenómenos sociodemográficos emergentes como: el incremento de la fecundidad adolescente, la amenaza de una mayor reproducción de la pobreza en función del incremento de la reproducción en la adolescencia y las muertes de mujeres por la práctica clandestina del aborto, los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual, generaron preocupación a distintos actores sociales y al Estado. Estos fenómenos, unidos a los compromisos asumidos en El Cairo, al accionar de ciertos sectores la sociedad civil -cristalizada fundamentalmente en el movimiento feminista- y a la participación de diversos actores políticos, en particular la bancada parlamentaria femenina, presionaron al Estado para que diseñara e implementara en el sector de la salud pública programas de SSR.

La conjunción de los factores mencionados contó con el apoyo de organismos internacionales, que en una primera etapa aportaron apoyo económico y en algunas instancias soporte técnico. Ello hizo posible que a partir de 1996, y por primera vez en el país, se implementaran programas en SRR. De esta manera se fueron generando avances en el desarrollo de la SSR, pasando de un paradigma asistencialista y focalizado en la población carenciada a un modelo de atención integral que jerarquiza la promoción de la salud y la prevención de las patologías,

asentado en una concepción de derechos y género. Los programas implementados abarcan tres etapas, que corresponden a los períodos 1996- 2000, 2001 – 2004 y 2005 a la fecha.

3.1. Programas en SSR 1996 – 2000

En este período se concretan dos programas dirigidos a promover la salud reproductiva y sexual de las mujeres: a) *Maternidad y Paternidad Elegida* que se inserta en el ámbito del Ministerio de Salud Pública (MSP) y b) *Programa de Atención Integral a la Mujer* en la órbita del gobierno municipal de Montevideo (IMM). Estos programas, que se inician en forma independiente y presentan planteos conceptuales que tienen diferencias, en su desarrollo logran confluir y articular esfuerzos en su accionar y evolución.

a) El programa del MSP, **Maternidad y Paternidad Elegida**, tuvo un enfoque teórico de corte asistencial, centrado en el fortalecimiento del área Materno-Infantil y como proveedor de anticonceptivos como forma de enfrentar los emergentes sociodemográficos: el incremento de la fecundidad adolescente y el elevado nivel de la fecundidad de las mujeres en condiciones socioeconómicas carenciadas, ambos fenómenos visualizados como recreadores de la reproducción de la pobreza. El enfoque de género y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos estuvieron presentes en el desarrollo de este proyecto. Sin embargo, ellos aparecieron fundamentalmente asociados a sensibilizar a su población objetivo en el uso de anticonceptivos -como forma de planificar y disminuir el número de hijos tenidos por las mujeres-, atrasar el inicio de su trayectoria reproductiva, disminuir los riesgos del embarazo no deseado y del aborto y reducir la mortalidad infantil (enfoque biomédico).

Este programa no formó parte del sistema de prestaciones básicas de todo el sistema de salud del MSP. Estuvo focalizado a los Centros de Salud cuya población se encontraba bajo condiciones socioeconómicas vulnerables

El Programa de “Maternidad y Paternidad elegida”, con sus deficiencias y debilidades, abrió un camino que posibilitó un proceso de cambio en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva de la población, ya que abrió la puerta a la generalización de un Programa de salud sexual y reproductiva en todo el sistema de salud del M.S.P. (Varela, C., 2004).

b) El programa de la IMM, **Atención Integral a la Mujer**, tuvo desde sus inicios un modelo conceptual orientado hacia la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y el empoderamiento de las mujeres a partir del desarrollo de sus capacidades individuales y la capacitación de los recursos humanos de la salud.

El programa que se instrumentó desde la IMM apostó desde el inicio a un cambio en el modelo de atención de la salud sexual y reproductiva, con un enfoque de género, basado en el respeto de los derechos, necesidades e intereses de mujeres y varones. Este programa continúa hasta la actualidad.

3.2. Programas en SSR 2001 – 2004

En este período el MSP reformula el programa “Maternidad y Paternidad elegida” pasando a denominarse **Salud Integral de la Mujer (SIM)**. Éste, a su vez, tiene una derivación llamado **Programa Setiembre**, orientado exclusivamente a la atención de las adolescentes.

El nuevo programa constituye un cambio en el enfoque teórico del programa de SSR. El eje central anterior, de carácter asistencialista y fundamentalmente proveedor de métodos anticonceptivos, orientado específicamente a mujeres en condiciones de extrema pobreza, gira hacia una perspectiva programática orientada a la Salud Integral, Sexual y Reproductiva gestionada internamente por el Servicio de Salud de Asistencia Externa y ejecutada por sus Centros de Salud y otros actores de la comunidad y dirigida a toda la población usuaria del sistema público de salud.

En esta segunda etapa se apunta a transformar el enfoque teórico centrado en el binomio Madre-Hijo (que considera a las mujeres primero que nada como madres, en el entendido de que la maternidad es su destino fundamental), al binomio Mujer-Niño. Se intenta enfrentar un modelo *“hegemónico e internalizado por el personal y las mujeres usuarias, que se impone en la dinámica de los Centros de Salud, condicionando la cartera de servicios ofrecidos a la población, las prácticas profesionales concretas, la construcción de las demandas y la decodificación del discurso de las usuarias”*. (López, et. al, 2002: 131-132).

El éxito de la implementación de esta etapa fue relativo, dadas las innumerables tensiones que debió afrontar por el choque de los viejos y nuevos paradigmas, tanto entre los profesionales de la salud como entre las propias usuarias. Además, no se logró la generalización de los programas a todo el sistema público y no llega a alcanzar al sistema privado.

El SIM tuvo una derivación, el **Programa Setiembre**, que se inaugura en setiembre del 2002 y que apuntó a la atención específica de las adolescentes. Su objetivo fue contribuir a mejorar las condiciones de salud de las madres adolescentes del subsector público de Montevideo (capital del país), a partir de su captación desde el puerperio, brindando información y servicios de anticoncepción a la adolescente y su pareja para prevenir el siguiente embarazo y estimular otras posibilidades más allá de la maternidad como único proyecto de vida. Este programa se realizó con la coordinación de los programas del MSP, la IMM y el Programa **“Adolescencia, Infancia y Familia en Situación de Riesgo”**, dependiente hasta el año 2004 de la Secretaría de la Presidencia de la República. Este programa tiene como objetivo la prevención del embarazo en la adolescencia y se orienta al primer nivel de atención de la salud. La estrategia se centra en acciones que promuevan la aproximación de las adolescentes a los centros de salud. Para ello se trabajó: a) capacitando adolescentes en 200 áreas de influencia, en Montevideo y en el interior del país, como forma de que fueran las propias adolescentes las que hicieran el vínculo con el resto de los adolescentes para lograr el vínculo entre la comunidad y los centros de salud; b) formando profesionales de salud pública.

Es importante destacar que, más allá de los alcances de ser un programa específico para adolescentes, se inicia en este segundo período, un proceso de articulación de diversas instituciones públicas para el logro de un objetivo común: la salud sexual y reproductiva de las mujeres desde una perspectiva de género y derechos.

La instrumentación de esta nueva etapa de los programas en SSR, no sólo introduce un nuevo paradigma en la concepción de la SSR, sino que la anticoncepción se incorpora a la cartera de prestaciones básicas del MSP. Esta decisión constituye un hito dado que, por primera vez en el país y desde la esfera institucional pública, la anticoncepción pasa a formar parte de la atención primaria de la salud.

3.3. Programas en SSR 2005 a la fecha: Hacia una política nacional de SSR

A partir del año 2005 por primera vez en el país asume la administración del Estado un gobierno de izquierda. El nuevo gobierno opera una serie de cambios relevantes en lo que respecta a la concepción sobre los servicios de la salud. El paradigma basado en la asistencia y la rehabilitación gira definitivamente hacia un sistema que privilegia la atención integral a su población, entendida como la salud orientada a la promoción y prevención de enfermedades y una sexualidad satisfactoria libre de embarazos no deseados. Esta nueva concepción sobre la salud en general, fortalece los esfuerzos de cambio iniciados en el período 2001-2004, en relación a la salud sexual y reproductiva.

En la etapa que se inicia en el año 2005 hay cuatro fenómenos que constituyen grandes hitos que operan un camino de transformaciones sobre la orientación de la salud sexual y reproductiva hacia el conjunto de la población del país y particularmente hacia los adolescentes, lo que difícilmente se revierta en el futuro:

a) Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS); b) Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género (con programas específicos para los adolescentes; c) Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva y d) Implementación de la educación sexual en los niveles de educación formal: Primaria, Secundaria y Técnica (apoyada en la aprobación de la Ley en SSR y la Ley de Educación).

a) Desde el MSP se diseña e implementa, a partir de 2008, un **Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)** que abarca todo el territorio del país y que fortalece los servicios de salud que comprenden el primer nivel (policlínicas y Centros de Salud). El objetivo del SNIS es universalizar el acceso a la salud, con justicia y equidad en el gasto, calidad de atención y sustentabilidad financiera.

Las organizaciones de mujeres han bregado para que el SNIS, contemple la incorporación de la salud sexual y reproductiva dentro de las prestaciones obligatorias del sistema de salud

público y privado. Se ha hecho énfasis en que el rediseño del programa de SSR debía estar fundado en una perspectiva de derechos y de género (López y otros, 2006)

b) El SNIS crea dentro del MSP el **Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género**, con un área específica en salud sexual y reproductiva. El modelo conceptual de este programa se basa en la equidad de género y la perspectiva de derechos y hace énfasis en la participación ciudadana y la descentralización de las acciones. (López, 2006). Esta nueva etapa de los programas en SSR marca un hito en las políticas de salud, ya que por primera vez se generalizan en el subsector público algunas prestaciones en materia de SSR (generalización de la canasta de anticonceptivos con la inclusión de los anticonceptivos de emergencia, capacitación en relación a la violencia contra las mujeres). Las metas que se han planteado desde el gobierno y fundamentalmente desde la sociedad civil es avanzar hacia el diseño de un Programa Nacional Integrado de Salud Sexual y Reproductiva.

En lo que respecta a *los adolescentes*, se impulsó la creación de un **Programa Nacional de Adolescencia**, tendiente a alcanzar una política nacional específica para esta población.

El Programa orientado a los adolescentes se propone la adecuación progresiva de espacios de adolescentes en todos los departamentos del país, que atiendan las necesidades de esta población y que cuenten con accesibilidad geográfica, cultural, horaria y administrativa apropiada.

El área de salud sexual y reproductiva para adolescentes del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género se articula con el Programa ITS/SIDA (también inserto en el MSP) y con el **Programa IMFAMILIA** ya existente desde 2002, que con la nueva administración, pasa a formar parte del Ministerio de Desarrollo Social. Los esfuerzos conjuntos del Ministerio de Salud Pública y del nuevo Ministerio de Desarrollo Social se plasman en el sub componente “Modelo Integral de atención y prevención del embarazo precoz”. Este manifiesta entre sus objetivos:

“Crear las condiciones propicias para la salud y los derechos sexuales y reproductivos, para afirmarlos y garantizar el acceso universal a la atención a la salud sexual y reproductiva y a la educación sexual. Con ello, nos acercaremos a la vigencia de los derechos a una vida sexual

plena, digna, saludable y responsable, Esto contiene la promoción de la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, la promoción de la salud y del bienestar de los adolescentes y de ciudadnaos/as de todas las etapa y circunstancias de su vida” (MSP, 2005).

La reformulación de IMFAMILIA apuesta a la educación en salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género y derechos. Esta hace énfasis en generar la responsabilidad en relación a la salud sexual y reproductiva y en la prevención y reducción del embarazo no planificado.

Además los programas se orientan a mujeres y varones adolescentes de modo de que ambos puedan disfrutar su sexualidad con independencia de la reproducción a la vez que promover la construcción de un proyecto de vida que en particular en las mujeres, vaya más allá de la maternidad.

Este programa se basa en tres pilares de trabajo 1) el acompañamiento de las y los adolescentes madres y padres en el primer año posterior al parto de su hijo, 2) la formación de Promotores Juveniles en Salud Sexual y Reproductiva y 3) la creación de espacios de atención especializada en salud integral para adolescentes (Espacios Adolescentes).

Los Espacios Adolescentes (EA) son el ámbito fundamental en esta estrategia, ya que a través de ellos se establece una interacción entre los adolescentes y los promotores y educadores de la salud que posibilitan la integración de los ejes restantes. Es un espacio diferencial de atención, promoción de la salud y fomento de la responsabilidad sobre la SSR.

Los EA están dotados para la asistencia integral, lo que implica capacidades para brindar servicios de calidad para este grupo etéreo. Además establecen un sistema de control y seguimiento, mediante la instrumentación de un carné del adolescente, que facilite el sistema de referencia y contrarreferencia de los diferentes niveles del sistema de salud y con el sistema educativo, asegurando la continuidad en la atención. (MYSU, 2009).

En la actualidad se han implementado 15 Espacios Adolescentes en Montevideo y el interior del país. A través de ellos se ha lograda una activa participación de adolescentes y jóvenes en

el desarrollo del Programa Nacional de la Adolescencia. Junto al Programa Prioritario de ITS/Sida y con el apoyo del Proyecto financiado por CICT/GTZ/ONUSIDA⁵, se realizaron dos convocatorias a adolescentes y jóvenes para desarrollar proyectos de SSR prevención de VIH y consumo de drogas.

c) Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. En noviembre de 2008 se aprobó por primera vez una Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. Fue excluido de la ley, por veto presidencial, el artículo 4 sobre la despenalización del aborto. Este artículo era el más polémico pero contaba con el apoyo de la mayoría de la población, lo que se manifestó en su aprobación por ambas cámaras del poder legislativo.

De todas maneras, esta ley con su gran ausencia sobre la libertad de abortar, constituye un gran avance dado que garantiza, por parte del Estado, las condiciones para un ejercicio muy amplio de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población.

La Ley declara la universalización de la salud sexual y reproductiva en el primer nivel de atención, fortaleciendo la integralidad, calidad y oportunidad de las prestaciones con la incorporación de la perspectiva de género en todas las acciones y las condiciones para la adopción de decisiones libres por parte de los usuarios y las usuarias y asegurar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las personas.

Sobre objetivos específicos de los programas en salud sexual y reproductiva, incorpora – entre otros tópicos: a) prevenir la morbimortalidad materna y sus causas; b) promover el parto humanizado, c) promover el desarrollo de programas asistenciales con la estrategia de disminución del riesgo de aborto inseguro; d) promover la maternidad y paternidad responsable y la accesibilidad a su planificación; e) garantizar el acceso universal a diversos métodos anticonceptivos, prevenir y tratar las enfermedades crónico-degenerativas de origen genito-reproductivas; f) prevenir y reducir el daño de las infecciones de transmisión sexual y g) capacitar a las y los docentes de los ciclos primario, secundario y terciario para la educación en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. (MYSU, 2009)

⁵ “Aportes al fortalecimiento de las políticas públicas de educación sexual y prevención del VIH/Sida en Uruguay”

d) Educación sexual en la educación formal. Ley de Educación. En el año 2008 se aprueba una nueva Ley de Educación (Ley N 18437), que en su artículo 40 establece que el Sistema Nacional de Educación deberá de implementar en todos sus niveles la salud y la educación sexual. Acompañando la ley, el Consejo Directivo Central de Educación Pública institucionaliza la educación sexual en todos los niveles del sistema de educación pública. Se inicia una serie de actividades preparatorias a la formalización de la educación sexual en los niveles de primaria secundaria y educación técnica (UTU). Entre ello se realizan cursos a docentes, jornadas de discusión sobre la temática de Derechos Humanos y Educación Sexual, se implementan centros de documentación en Montevideo y el resto del país y se elaboran documentos educativos curriculares con el objetivo de ofrecer una publicación destinada a todos los Centros Educativos y Bibliotecas del país y a los Docentes Referentes.

En cada Sub-sistema de Educación (Primaria, Secundaria y UTU), la implementación de la educación sexual tiene distintos niveles de avances: en la Educación Primaria, en el nuevo programa escolar se incorpora en forma transversal la Educación de la sexualidad. Se aborda la temática en los nuevos textos. En Educación Secundaria, se está en el proceso de formación de docentes. En la Educación Técnica, se implantó la Educación Sexual en forma curricular en Talleres. Por otra parte, en las carreras de Formación Docente, se va a incorporar un Seminario obligatorio para todos los estudiantes.

4. Los logros y los desafíos de los programas en SSR dirigida a los adolescentes

Los programas en SSR implementados en el Uruguay desde 1996, han significado avances hacia el cumplimiento de las metas de la CIPD de El Cairo y de los ODM. La implementación de los primeros programas en SSR supone el primer paso hacia la institucionalización de una política al respecto, la que se asienta en un modelo de salud sexual y reproductiva de atención integral basado en una concepción de derechos y de género. Como se ha mostrado en este documento, a los primeros programas le fueron sucediendo otros que fueron avanzando hasta el modelo que actualmente se está llevando a cabo bajo la directriz del Ministerio de Salud

Pública y con la coparticipación del Ministerio de Desarrollo Social y el Consejo Directivo Central de la Educación Pública (CODICEN).

Sin embargo, la legitimación y práctica de esta nueva concepción constituye un proceso que aún está en camino. El cambio desde un paradigma que permita superar la consideración de la SSR, con un enfoque teórico de corte asistencialista y centrado en la reducción de “riesgos”, hacia otro fundado en la promoción de una sexualidad satisfactoria basada en relaciones igualitarias entre mujeres y varones, protegida de enfermedades y libre de embarazos no deseados, implica transformaciones culturales y sociales que se van a ir procesando en las conciencias de los distintos individuos involucrados, usuarias y usuarios, profesionales de la salud y la población en general.

De todas maneras, se puede decir que los Programas en SSR en el Uruguay han avanzado en forma sustantiva a partir de los acuerdos asumidos en la CIPD de El Cairo. El país cuenta ahora con una política al respecto, la que se está implementando a nivel del subsector público pero que aún no se ha iniciado en el subsector privado.

Los logros alcanzados hasta el momento actual por los programas en SSR dirigido a los adolescentes se pueden sintetizar en que:

1- Se pasa de un modelo asistencialista que abordaba aspectos parciales, desarticulado y dirigido a los adolescentes con carencias sociales críticas, a un escenario que propicia la atención integral de la SSR, dirigida al conjunto de la población adolescente y articulada con las acciones de otras instituciones del Estado que desarrollan actividades para el logro de la SSR .

2- Se realizan transformaciones sustanciales en el sistema de salud y se crean leyes que sustentan la implementación de los programas. Estos se refieren a: i) la creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud, ii) la creación, bajo la órbita del MSP, del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, con un área dirigida a la SSR y, en particular, una subárea específica para los adolescente, iii) la aprobación de la Ley de Defensa de la Salud Sexual y

Reproductiva que declara la universalización de la SSR en el primer nivel de atención y iv) la aprobación de una Ley de Educación que asegura la implementación de la educación sexual en todos los niveles de la enseñanza pública y privada. Estos factores permitieron: a) proyectar y diseñar un Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva para el conjunto de los adolescentes y b) consolidar una política pública al respecto.

3- Se otorga capacitación en el nuevo paradigma de la SSR a un conjunto de profesionales de la Salud Pública y se proceda a la formación de agentes socioeducativos juveniles. Se crean los Espacios Adolescentes, donde interactúan los promotores juveniles con los adolescentes. Se promueven así la participación ciudadana y se posibilita una relación con la sexualidad y la salud reproductiva basada en el modelo integral descrito.

Los desafíos:

1- En la dinámica de los Centros de Salud aún persiste, en buena medida, el enfoque donde el centro de la atención está dirigido a la salud materno-infantil. Será necesario avanzar en la capacitación y sensibilización del personal de la salud y de las y los adolescentes para que el nuevo paradigma de salud integral en SSR no se reduzca a la mera óptica de la planificación familiar. Superar las tensiones entre el viejo y el nuevo modelo de la SSR en los ejecutores de la salud es un desafío para los próximos años.

2- La despenalización del aborto, constituye una gran deuda en la Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva.

3- Es necesario una mayor integración de la política en SSR con otras políticas sociales.

4- Los servicios de SSR no se han ampliado al sub-sector privado.

5- Falta generalizar de la educación sexual en todo el sistema educativo: público y privado.

6- Es preciso alcanzar un mayor involucramiento de las y los adolescentes en los programas de SSR.

7- Es necesario implementar una política de difusión de los servicios de SSR. El Observatorio Nacional de Género y Salud Sexual y Reproductiva de MYSU ha detectado esto como la debilidad más importante del sistema (MYSU, 2008).

8- Los programas en SSR aún no han alcanzado a todo el territorio uruguayo; sin embargo, se reconoce que es un proceso que va avanzando en la Capital del país y en capitales, ciudades y pueblos del resto del país.

9- No se cuenta con mecanismos de evaluación de usos de los programas en SSR. Existe muy poca información y análisis sobre la sexualidad de los adolescentes así como del uso de los servicios de salud y de las decisiones sobre la reproducción.

En suma, con sus logros y carencias, el Uruguay, a 15 años de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo, ha avanzado en la implementación de programas que atiendan la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Esto es coincidente con el descenso de los niveles de la fecundidad adolescente. La pregunta que resta por hacer es ¿se puede establecer una vinculación entre la evolución de la fecundidad adolescente y la evolución de estos programas?, ¿se va a mantener el declive de la fecundidad adolescente?.

Como hemos visto en el desarrollo del documento, la fecundidad adolescente desciende en forma importante (71 a 60 por mil), en el segundo año de implementación de los programas en SSR (1996-1998). Sin embargo a partir de 1999, se producen sucesivas oscilaciones que no habilitan a asegurar un declive sostenido de la maternidad y la fecundidad en la adolescencia.

Por otra parte también se ha observado que, como sucede en otros países de la región, la fecundidad adolescente es más elevada en los sectores pobres (Rodríguez, J, 2008), y que se constatan brechas importantes entre aquellas mujeres con muy baja educación y aquellas que logran alcanzar la educación secundaria. Sin embargo, desde que se han iniciado los programas en SSR, se observa una disminución de la fecundidad retrospectiva de las adolescentes con muy baja educación.

Esta manifestación no se vincula con una mejora en la estructura educativa. Por el contrario, en el Uruguay, en el período mencionado, empeora la retención en la educación de los adolescentes de los sectores sociales más carenciados. En este marco se reforzaría la hipótesis de que el desarrollo de los programas en SSR, han teniendo efecto en el descenso de la fecundidad en la etapa adolescente.

Sin embargo y como se menciona más arriba, queda planteada la interrogante de qué sucederá en el mediano plazo con el curso del embarazo y la fecundidad adolescente de los estratos sociales carenciados y en aquellas adolescentes de sectores medios y altos que presentan una iniciación sexual cada vez más temprana y con un uso de la anticoncepción deficiente.

Es esperable que con la consolidación y generalización del actual programa en salud sexual y reproductiva, aunado a las políticas sociales, se alcance la inclusión social de las y los adolescentes que se mantienen bajo la línea de pobreza, de modo de alcanzar para el conjunto de la población adolescente, la independencia del ejercicio de la sexualidad con la reproducción y el desarrollo de un proyecto de vida más allá de la maternidad o la paternidad temprana.

5. Bibliografía

Amorin, David, Carril, Elina, Varela Petito, Carmen (2006). "Significados de maternidad y paternidad en adolescentes de estratos bajos y medios de Montevideo". En: Alejandra López (coord.) Proyecto género y generaciones, reproducción biológica y social de la población uruguaya. E. Trilce, Montevideo, pp. 125-246.

Cabella, Wanda y Pellegrino, Adela, (2005). Una estimación de la emigración internacional uruguaya entre 1963 y 2004. Documento de Trabajo N° 70. Programa de Población de la Unidad Multidisciplinaria, UdelaR. Montevideo.

Cabella, Wanda, Peri, Andrés, Street, Constanza, (2004). ¿Dos orillas y una misma transición?: la segunda transición demográfica en Buenos Aires y Montevideo en perspectiva biográfica. I Congreso Latinoamericano de Población (ALAP), Caxambú, Brasil.

Chackiel, Juan, Shckolnik, Susana (2004). "América Latina: los sectores rezagados de la transición de la fecundidad". En: La fecundidad en América Latina: ¿transición o revolución? Serie: Seminarios y Conferencias /CEPAL, Santiago de Chile, pp. 51-73.

Checa, Susana, (2004). Género Sexualidad y Derechos Reproductivos en la Adolescencia. Ed. Paidós, Buenos Aires.

Ciganda, Daniel (2008). "Jóvenes en transición hacia la vida adulta: el orden de los factores ¿no altera el resultado?". En: Carmen Varela Petito (coord.) Demografía de una sociedad en transición. La población uruguaya a inicios del siglo XXI, Montevideo, pp. 69-82.

Di Cesare, Mariachiara (2006). Estudio sobre Patrones Emergentes en la Fecundidad y la Salud Sexual y Reproductiva y sus Vínculos con la Reducción de la pobreza en América Latina. Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe. CEPAL-CELADE, Santiago De Chile.

INE -Instituto Nacional de Estadística-, (2009). Estimaciones de Pobreza por el Método del Ingreso 2008. Ed. INE, Montevideo.

INE, (2005). Estimaciones de Pobreza por el Método del Ingreso 2002. Ed. INE, Montevideo.

Lopez, Alejandra; Benia, Wilson; Contera, Myriam; Echeveste, Laura; Guida, Carlos, (2002). Del Enfoque Materno Infantil al enfoque de la Salud Reproductiva. Tensiones obstáculos y perspectivas. Informe de investigación. Facultad de Psicología-Universidad de la República; Ministerio de Salud Pública, Montevideo.

López Gómez, Alejandra, Abrancinkas, Lilián, Quesada, Solana, Arrambide, Esther, (2006). Uruguay y las Políticas en Salud Sexual y Reproductiva. Ed. Comisión Nacional de Mujeres (CNS), Montevideo.

MSP, (2005). Participación de los varones en calidad de acompañantes en el parto y puerperio: el papel de los equipos de salud. Hacia la reglamentación de la Ley de acompañamiento N° 17386 del parto y del nacimiento. Documento de Trabajo interno del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género del MSP, Montevideo.

MYSU, -Mujer y Salud en Uruguay- (2009). Seguimiento de las Políticas en Salud Sexual y Reproductiva.. Documento interno de trabajo (inédito), Montevideo.

MYSU -Mujer y Salud en Uruguay- (2008). Observatorio Nacional en género y Salud Sexual y Reproductiva. Ed. MYSU, Montevideo.

Niedworok, N., (1994). Mujer y Fecundidad en Uruguay. Factores determinantes directos de la fecundidad y sus implicancias en salud. Montevideo. Ed Trilce, Montevideo.

Paredes, Mariana, Varela Petito, Carmen, (2005). Aproximación socio-demográfica al comportamiento reproductivo y familiar en Uruguay. Documento de Trabajo N° 67, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República Montevideo.

Pellegrino, Adela, (2008). “La población y el crecimiento”. En: Carmen Varela Petito (coord..) Demografía de una sociedad en transición. La población uruguaya a inicios del siglo XXI. Ëd. Trilce, Montevideo. Pp. 13-16.

Pellegrino Adela, Cabella, Wanda, Paredes, Mariana, Pollero, Raquel, Varela, Carmen, (2008). “De una Transición a otra: La dinámica demográfica le Uruguay en el siglo XX”, En: Nahum, Benjamin, El Uruguay del siglo XX: La sociedad. Ed. Banda Oriental, Montevideo, pp. 11-43.

Rodriguez Vignoli, Jorge (2008). Reproducción en la Adolescencia en América Latina y el Caribe: ¿Una Anomalía a Escala Mundial?.III Congreso Latinoamericano de Población, ALAP, Córdoba.

Rodriguez, Jorge (2005) “Reproducción en la adolescencia: el caso de Chile y sus implicaciones de política. En: Revista de la CEPAL 86. Santiago de Chile.

Stern, Claudio (2004). “Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México”. En: Papeles de Población, enero-marzo, n° 039. Universidad Autónoma del Estado de México.

Varela Petito, Carmen, Pollero, Raquel, Fostik, Ana, (2008). “La fecundidad: evolución y diferenciales en el comportamiento reproductivo”. En: Carmen Varela Petito (coord..) Demografía de una sociedad en transición. La población uruguaya a inicios del siglo XXI, Montevideo, pp. 35-68..

Varela Petito, Carmen (2007). “Fecundidad, propuestas para la formulación de políticas”. En: Juan José, Calvo y Pablo, Mieres, Importante pero urgente, políticas de población en Uruguay, UNFPA-RUMBOS, Montevideo, pp. 21-50.

Varela Petito, Carmen (2004). “Programas y políticas nacionales que afectan la fecundidad: el reemplazo de la población en el Uruguay, un fenómeno ausente en la agenda estatal”. En:

La fecundidad en América Latina: ¿transición o revolución?. Serie: Seminarios y Conferencias /CEPAL, Santiago de Chile, pp.399-420..

Varela Petito, Carmen (1999). "La Fecundidad Adolescente: una expresión de cambio del comportamiento reproductivo en el Uruguay". En: Revista Salud Problema, 4/Número 6/. Ed. Nueva Epoca/Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (UAM), México, D.F., pp. 51-64.

Zavala de Cosío, María Eugenia (1999). "Lesdeux modèles de transitions démographiques en Amerique Latine et les inégalités sociales: le malthusianisme de pauvreté". En: Papeles de Demografía N° 149, Centre de Èstudis Demogràfics, Barcelona.