

La Fecundidad Adolescente: una expresión de cambio del comportamiento reproductivo en el Uruguay

**Unidad Multidisciplinaria - Programa de Población
Facultad de Ciencias Sociales
Carmen Varela Petito
Documento de Trabajo N° 68 Junio 2005**

(

Publicado en la Revista Salud Problema - Nueva Epoca/Ao 4/Número 6
Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco (UAM) – México
Junio de 1999

Índice

Introducción.....	3
Algunas premisas teóricas acerca de la reproducción.....	3
Un poco de historia sobre el comportamiento reproductivo en el Uruguay.....	5
La Fecundidad de la segunda mitad del siglo XX.....	8
Caracterización sociodemográfica.....	13
Consideraciones finales.....	23
Bibliografía.....	25

La Fecundidad Adolescente: una expresión de cambio del comportamiento reproductivo en el Uruguay

1.- Introducción

El presente documento muestra algunos resultados de la investigación que estamos desarrollando sobre fecundidad adolescente¹ en el Programa de Población de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República del Uruguay.

Nuestra preocupación está centrada en las transformaciones que la fecundidad adolescente ha experimentado en las últimas tres décadas. Pretendemos mostrar como este grupo etario presenta un comportamiento reproductivo “no esperado”, en cuanto a lo que ha sido la trayectoria reproductiva dominante del país.

La dimensión que adquiere la fecundidad adolescente nos hace pensar que estamos frente a un fenómeno social emergente, que coloca a las adolescentes como una población de riesgo en lo que respecta a su salud reproductiva.

En este trabajo se analizan características sociales y demográficas de las madres adolescentes y sus parejas, comparándolas con las madres jóvenes (20 a 29 años). Buscamos ciertas especificidades que promueven en las adolescentes madres situaciones de riesgo con relación a su salud reproductiva.

El incremento de la fecundidad adolescente es la expresión de cambio más sobresaliente en el comportamiento reproductivo de las mujeres uruguayas. Esta situación determina que el nivel de reproducción de la población se mantiene, en buena medida, en función de la fecundidad adolescente.

2.- Algunas premisas teóricas acerca de la reproducción

La reproducción, si bien es un requisito para hacer posible la supervivencia de la especie, se ve sujeta a numerosas condicionantes que han dado a los diferentes grupos humanos una particular configuración de su fecundidad, tanto en su nivel como en su estructura. El componente biológico de la fecundidad refiere a la capacidad reproductiva de una población, en tanto el componente social refiere al comportamiento reproductivo de la misma, es decir a las normas y pautas de acción social que una sociedad o grupo humano adopta en lo que respecta a la procreación.

La reproducción adquiere en el ser humano las características de un hecho social, dado que la transformación y adaptación al medio se hace en sociedad, donde lo biológico constituye el sustrato de condicionantes sobre las cuales se enmarca la acción humana. El acto instintivo de la reproducción no se ejerce en su inmediata espontaneidad sino a través de la mediación social, y es en esta mediación donde intervienen numerosos factores de índole cultural, económica, política e ideológica. Dichos factores no actúan de forma homogénea en todas las poblaciones sino que, por el contrario, lo hacen de manera muy diversa,

configurando así, en cada sociedad y en los diferentes períodos históricos, el volumen y las características de la descendencia final de la población.

El denominado proceso de “transición demográfica” determinó la disminución de los niveles de mortalidad y fecundidad. Dicho proceso se manifestó en forma bien diferente según las regiones y los momentos históricos. La complejidad y diversidad con la que estos procesos fueron llevados a cabo, impide el establecimiento de razonamientos lineales -y mucho menos generalizables- tanto histórica como geográficamente.

La mortalidad disminuyó debido a los avances tecnológicos y científicos que comenzaron a procesarse desde finales del siglo XIX, provocando el alargamiento de la esperanza de vida. La fecundidad lo hizo con relación a los nuevos mecanismos de control de la natalidad -surgidos asimismo en función de los progresos técnicos- y de la creación de nuevos métodos anticonceptivos. Éstos produjeron grandes cambios en la concepción de la sexualidad y los vínculos conyugales, aunque no en igual medida en lo que respecta a las relaciones de género, ya que si bien no hay duda acerca de sus transformaciones (las que han dado lugar a relaciones de pareja más igualitarias y responsables entre mujeres y hombres), aún hoy persisten diferencias que promueven relaciones desfavorables para las mujeres.

En función de estos elementos es que “la transición demográfica puede considerarse como un proceso en el cual disminuye la fuerza de los factores biológicos y los comportamientos institucionalizados y gana terreno la capacidad de elección consciente” (Dópico, 1993: 273). Mientras que en el caso de la mortalidad se ha puesto el acento en el impacto de los grandes avances de la medicina y en la implementación de medidas masivas de salud pública, en la baja de la fecundidad -si bien la difusión de métodos anticonceptivos ha cumplido un papel preponderante- el cambio de mentalidad constituye un elemento fundamental, que se traduce en un comportamiento reproductivo acorde con el deseo de tener un menor número de hijos.

Durante el siglo XX asistimos a cambios radicales en las formas de control de la fecundidad. La marcha de las sociedades desarrolladas hacia el control de la natalidad encontró, en los últimos años de la década de 1950, el “arma absoluta” con el perfeccionamiento y la comercialización de los anticonceptivos hormonales y los dispositivos intrauterinos. Dichos métodos anticonceptivos, si bien encontraron una gran resistencia al principio, se fueron imponiendo progresivamente, cambiando las relaciones entre los sexos e invirtiéndolas en lo que concierne a la iniciativa y el control de la concepción. La píldora y el Diu son métodos anticonceptivos de iniciativa femenina anticipada o “premeditada”: con ellos, las mujeres pueden decidir de antemano el carácter potencialmente fecundante de sus relaciones sexuales durante un período dado y, en consecuencia, la cantidad de embarazos a los que se exponen o que buscan, así como el período en que prefieren quedar encintas (Lefacheur, 1993). El control de la concepción pasa entonces a quedar en manos de la mujer: el cambio cualitativo que introducen los métodos modernos de anticoncepción se basa en la limitación anticipada de la maternidad y, por lo tanto, se pasa de evitar los hijos a desear un hijo. Esta transformación, que se afianza durante las décadas de 1970 y 1980, se realiza en una profunda interacción con el cambio de la condición de la mujer en las sociedades occidentales, marcada por su incorporación masiva al mercado de trabajo y a los niveles más altos del sistema educativo. Sin embargo, dista mucho aún para que la responsabilidad y la decisión sobre la concepción, y la separación de la misma del ejercicio de la sexualidad, sean

compartidas y asumida igualitariamente por mujeres y hombres.

Todos estos elementos no se dan en forma homogénea sino que se agregan a la mencionada heterogeneidad con la que se pueden producir los procesos de descenso de la fecundidad en los diferentes países y regiones. En América Latina, por ejemplo, el cambio en los niveles de fecundidad se ha dado en forma muy diferente en los distintos países y al interior de éstos, comenzando en la gran mayoría a comienzos de la década de 1960, período en el cual el rango de variación de la tasa global de fecundidad entre países era de 2,9 a 7,4 hijos por mujer. La forma por la cual se va procesando la transición en esta región obedece a múltiples razones y se ha comprobado que factores tales como el grado de urbanización, los años de educación de la mujer o del jefe de hogar y la pertenencia a diferentes estratos socio-ocupacionales tienen una estrecha relación con los niveles de fecundidad. En particular, la asociación más clara se da entre fecundidad y educación, siendo que las mujeres más instruidas tienen claramente una fecundidad mucho más baja que las mujeres sin instrucción.

3.-Un poco de historia sobre el comportamiento reproductivo en el Uruguay

El Uruguay ha sido considerado como un país sin problemas de población. Esta imagen se fue construyendo al tener tempranamente un bajo crecimiento poblacional y, fundamentalmente, una baja tasa de fecundidad, por lo cual fue considerado como "atípico" dentro del conjunto de países de América Latina. Esta peculiaridad se debe fundamentalmente a dos razones interdependientes entre sí: su incorporación temprana al modelo occidental y el impacto masivo de la inmigración europea sobre un territorio muy poco poblado, las que hicieron que el proceso de transición demográfica tuviera lugar bastante antes que en otras regiones de América Latina. Estas características promovieron la falta de importancia e interés por desarrollar investigaciones académicas orientadas a los temas de población, con la consecuente falta de preocupación y debate por parte del poder político. Ello contribuyó a que el país careciera -y aún carezca- de políticas de población.

La transición demográfica en Uruguay se empieza a operar desde finales del S.XIX en lo que refiere al descenso de la mortalidad, en tanto que desde principios del siglo XX comienza el proceso de descenso de la fecundidad. Es en este sentido que la historia del comportamiento reproductivo en este país se asimila más al modelo europeo, constituyendo un país de "avanzada" en América Latina. También constituye una excepción en cuanto a su bajo incremento poblacional, por lo que se ha caracterizado por ser el primer país de América Latina que disminuye la fecundidad y, por consiguiente, el primero en iniciar el proceso de envejecimiento.

En líneas generales, el Uruguay inicia su proceso de descenso del promedio de hijos tenidos por cada mujer entre fines de siglo pasado y principios de este siglo. En este sentido, se aparta del comportamiento de la mayoría de los países de América Latina que recién en los '60 experimentan un descenso que tiene, además, la peculiaridad de ser abrupto. Esta particularidad uruguaya respecto a su transición de la fecundidad la consideramos ligada, entre otros factores, a la formación de uniones, a las valoraciones respecto al tamaño de la familia, y a los condicionantes socioeconómicos y culturales.

El descenso del número de hijos sobre la población total (tasa de natalidad) se registra a fines del siglo XIX. Este hecho, sin embargo, puede no tener relación con un cambio en la

fecundidad sino con cambios en la estructura por edades (en los que influye considerablemente la migración), cambios en la nupcialidad, etc., (Pellegrino, 1997). Ello se debe a que la tasa de natalidad hace referencia a la población que está expuesta a riesgo de procrear (mujeres entre 15 y 49 años) y la población que no está expuesta en riesgo de procrear (hombres y mujeres menores de 15 años y mayores de 49). Por ello, esta medida puede estar afectada por variables que nada tienen que ver con la fecundidad en sí misma.

Se puede decir con mayor certeza que ya a inicios del siglo XX la fecundidad comienza a descender. Las estimaciones que surgen de la información proporcionada por el Censo de 1908 muestran que la fecundidad todavía se mantenía con valores elevados (6 hijos por mujer).

“Este valor puede ser considerado bajo si se compara con 12, valor promedio que se asume como el máximo en promedio, de fecundidad sin control. Pero si tenemos en cuenta que aún antes del control decidido, existían otras formas de limitar el número de nacimientos por mecanismos vinculados fundamentalmente a la nupcialidad, los valores resultantes de la estimación de la fecundidad en Uruguay, para 1908, no se encuentran alejados de los de la fecundidad europea en el período anterior al comienzo de la transición.

Las estimaciones de la evolución de la fecundidad generalⁱⁱ nos indican que desciende desde valores relativamente altos en la primera década del siglo y que el descenso se acentúa en los años que siguen a 1929. La crisis afectó los matrimonios y los nacimientos en muchas regiones del mundo y el Uruguay no habría escapado a ello. En los años que siguen a la Segunda Guerra Mundial se observa un repunte de la fecundidad de las mujeres de Montevideo y se puede decir que hubo un pequeño “baby boom” que coincide con un período de expansión económica y con la llegada de la última oleada de inmigración europea. Esta observación debe ser considerada con precaución, ya que la serie de nacimientos tiene oscilaciones en la calidad del registro y es también en este período que la Ley de Asignaciones Familiaresⁱⁱⁱ estimula la inscripción de los nacimientos” (Pellegrino, 1997 op. cit.: 111-112).

Desde inicios del Siglo XX se produce, en Uruguay, un descenso paulatino del promedio de hijos tenidos por mujer (Tasa Global de Fecundidad^{iv}). En términos generales, la trayectoria reproductiva experimentada por su población condujo, hacia la década del sesenta, a una fecundidad considerada baja en términos internacionales.

La generalización de los anticonceptivos modernos juega un papel importante respecto al control de la reproducción y a la independencia respecto al ejercicio de la sexualidad. Sin embargo, no acceden a ellos por igual todos los sectores sociales y sólo se puede considerar como elemento que interviene en el descenso posterior a los ‘60. Con anterioridad a ello y desde principios del siglo XX, el control de los nacimientos estuvo dado por la abstinencia, el coitus interruptus y la interrupción del embarazo por el aborto. A mitad del siglo los niveles de fecundidad alcanzaban -en promedio- 2,8 hijos por mujer y a finales del mismo 2,5 hijos. Este comportamiento contrasta con los 6 hijos que ellas tenían a principios de este siglo. Sin embargo, este proceso no es homogéneo en toda la sociedad ni en todos los grupos etarios.

El por qué de la adopción de un modelo de tamaño de familia pequeño o de bajo número de hijos deseados es un aspecto distinto del cómo se logra el control de la reproducción. Parece evidente que, como dicen Barrán y Nahúm (1979), la temprana urbanización y europeización de hábitos y mentalidades a través de la inmigración jugó un papel importante en la construcción de una racionalidad respecto al número ideal de hijos, que dio como resultado un modelo de familia pequeño. Otro aspecto que seguramente ha intervenido en este proceso es el alto porcentaje de mujeres que no tiene hijos. El trabajo de Polero sobre fecundidad retrospectiva (en donde se estudia la fecundidad de las mujeres que ya habían concluido su período fértil, con lo que se recupera la historia de la descendencia declarada por ellas a partir de los hijos tenidos vivos), muestra que cuanto más se retrocede en el tiempo se incrementa la proporción de mujeres que no tuvo hijos (Pollero, 1997).

En los últimos cincuenta años, la Tasa Global de Fecundidad se mantiene y, por tanto, el reemplazo de la población continúa siendo apenas un tanto superior al necesario para evitar el descenso de la población^v (1,27). Sin embargo, en un trabajo anterior mostramos algunas variaciones que se observan en la fecundidad por grupos de edad a lo largo de los últimos treinta años (Varela, 1997). Si bien el promedio de hijos por mujer se mantiene, cambian las tasas específicas de fecundidad en los distintos grupos de edad. Estos datos son los que nos estarían dando indicios respecto a modificaciones en las pautas de comportamiento reproductivo.

Las transformaciones políticas, económicas, culturales y sociales a las que estamos expuestos en estas últimas décadas son múltiples. De una u otra forma afectan los valores, las expectativas, los deseos de los individuos en las distintas esferas de la vida, y se traducen en pautas de comportamiento diferentes. Es en este sentido que hay una serie de procesos en marcha que implican alteraciones, rupturas. Y es en estos procesos en los que debemos indagar para explicar las variaciones de la fecundidad en las distintas edades, en especial en lo que respecta a las adolescentes.

El último censo de población del Uruguay, realizado en mayo de 1996, revela cambios más sustantivos en la fecundidad adolescente que los observados a partir de las proyecciones de población (Varela, op. cit). Es por ello que nos detendremos a un análisis más detallado de los cambios ocurridos en las tasas de fecundidad por edad en los últimos cuatro censos de población.

4.- La Fecundidad de la segunda mitad del siglo XX

Los datos presentados a continuación muestran variaciones de las tasas específicas de fecundidad de las mujeres uruguayas en los últimos treinta años. En especial se destacan los cambios en los grupos etarios de las adolescentes y las jóvenes, ya que ellos son indicios de transformaciones relevantes respecto a su comportamiento reproductivo.

El Cuadro 1 muestra la fecundidad específica de cada grupo de edad entre 1963 y 1996^{vi}. A los efectos del análisis dividimos el período fértil de las mujeres en cuatro categorías: 1) adolescentes (10 a 19 años), 2) jóvenes (20 a 29 años), 3) jóvenes maduras (30 a 39 años), 4) maduras (40 a 49 años).

Cuadro 1
Tasas Específicas de Fecundidad por Edad -
Total País
1963 - 1975 - 1985 - 1996 (Por mil)

	1963	1975	1985	1996*
10 a 14	1,09	1,20	1,19	1,80
15 a 19	53,08	65,69	58,50	70,57
20 a 24	153,53	159,44	131,21	122,30
25 a 29	155,67	157,79	135,72	129,43
30 a 34	109,61	109,80	96,09	97,39
35 a 39	60,63	62,25	54,00	52,22
40 a 44	21,51	19,83	16,90	15,61
45 y más	4,73	2,92	1,49	1,04

*Tasa de fecundidad 1996 con datos de población corregidos según factor de omisión censal 1985.

Fuente: Elaboración propia a partir de Estadísticas Vitales (1963, 1975, 1985, 1996^{vii}), y Censos de Población y Viviendas (1963, 1975, 1985, 1996), D.G.E.y C., I.N.E.

Programa de Población - Facultad de Ciencias Sociales

Teniendo en cuenta esta clasificación podemos decir que -en términos globales y hasta la década del ochenta-, las adolescentes, las jóvenes y las jóvenes maduras presentan un comportamiento reproductivo que oscila en forma similar: primero incremento de la tasa de fecundidad y luego descenso. Las mujeres maduras son el único grupo que manifiesta una tendencia sostenida hacia el descenso. En los noventa, mientras que la mayoría de los grupos etarios continúa el descenso de las tasas específicas de fecundidad, las adolescentes, por el contrario, incrementan notoriamente su fecundidad.

En términos de variación, el incremento entre 1963 y 1975 es porcentualmente mucho mayor para el grupo adolescente, en especial para la adolescencia tardía (23,75). Entre las

jóvenes el aumento mayor es para las de 20 a 24 (3,85%). Para las jóvenes maduras el ascenso superior es para las de 35 a 39 años (2,67). Las mujeres maduras -como lo señalamos más arriba- son el grupo que registra descenso a partir de 1963 y los períodos subsiguientes. El índice de variación negativo es muy elevado para las más mayores (-38,34) (Cuadro 2).

En el período 1975 - 1985 es donde se registra en todos los grupos de edad un descenso de las tasas de fecundidad, aunque observamos que las adolescentes son las que tienen la variación negativa menor. Es de destacar que las jóvenes muestran una variación negativa mayor que las jóvenes maduras. Especialmente las de 20 a 24 años tienen un índice que alcanza a -17,71. Este fenómeno llama la atención, ya que es el período cúspide de la fecundidad, donde las mujeres tienen mayoritariamente sus hijos. Al igual que en el período anterior, las mujeres maduras entre 45 y 49 son las que alcanzan la variación negativa mayor (-48,98).

Cuadro 2
Índice de variación de las tasas específicas de fecundidad -
Total País
63-75, 75-85, 85-96,
63-96

	63 -75	75 – 85	85 - 96	63 - 96
10 a 14	10,91	-1,01	50,81	65,58
15 a 19	23,75	-10,95	20,64	32,94
20 a 24	3,85	-17,71	-6,79	-20,34
25 a 29	1,37	-13,99	-4,63	-16,85
30 a 34	0,18	-12,49	1,36	-11,14
35 a 39	2,67	-13,25	-3,30	-13,87
40 a 44	-7,81	-14,78	-7,64	-27,44
45 y más	-38,34	-48,98	-29,96	-77,97

Fuente: Elaboración propia a partir de Estadísticas Vitales (1963, 1975, 1985, 1996), y Censos de Población y Viviendas (1963, 1975, 1985, 1996), D.G.E.y C., I.N.E.
 Programa de Población - Facultad de Ciencias Sociales

El índice de variación entre 1985 y 1996 es ilustrativo de la situación que observamos en el Cuadro 1 respecto a la tasa de fecundidad adolescente. Las adolescentes y las jóvenes maduras entre 30 y 34 años, son los únicos grupos que aparecen con signo positivo. La diferencia es que mientras las primeras tienen una variación muy elevada (50,81 y 20,64%), en las segundas ésta es muy pequeña (1,36%).

Por último, la variación de las tasas de fecundidad entre 1963 y 1996 nos resume claramente en qué edades se está produciendo un aumento de la fecundidad: las adolescentes tempranas tienen una variación positiva que alcanza el 65,58 %, en tanto que en las

adolescentes tardías es del 32,94%. El resto de los grupos de edad presenta signo negativo. Entre ellas, las mujeres comprendidas en las edades cúspide de la fecundidad (20 a 29 años de edad) tienen una disminución mayor que las jóvenes maduras, aunque menor que las mujeres maduras. Las jóvenes maduras de entre 30 y 34 años son las que presentan signo negativo menor, situación que destacamos anteriormente debido al pequeño incremento que tienen en la última década. Este último dato podría estarse debiendo a mujeres que posponen su maternidad para edades más maduras, en las cuales ya ha sido posible un desarrollo personal.

Con relación a las mujeres maduras, el índice de variación de todo el período sintetiza el fenómeno observado en el Cuadro 1. Constituyen el grupo que presenta una franca tendencia hacia el descenso de su fecundidad. Esta situación es aún más marcada para las mujeres entre 45 y 49 años (-77,97%).

El Cuadro 3 muestra la distribución relativa de la fecundidad. Ella esclarece aún más las transformaciones del comportamiento de la fecundidad en las distintas edades fértiles. La contribución de la fecundidad de las adolescentes (tanto las tempranas como las tardías) a la fecundidad total se incrementa entre 1963 y 1996. El grupo de las jóvenes se mantiene estable hasta 1985 y tiende desde entonces a disminuir lentamente, acentuándose en el estrato 20 a 24 años. Las jóvenes maduras presentan un estancamiento en su participación, mientras que las mujeres maduras tienden a disminuirla.

Cuadro 3
Distribución relativa de la Fecundidad - Total
País
1963 - 1975 - 1985 -
1996

	1963	1975	1985	1996
10 a 14	0,19	0,21	0,24	0,37
15 a 19	9,48	11,35	11,82	14,39
20 a 24	27,42	27,54	26,50	24,94
25 a 29	27,81	27,26	27,41	26,39
30 a 34	19,58	18,97	19,41	19,86
35 a 39	10,83	10,75	10,91	10,65
40 a 44	3,84	3,43	3,41	3,18
45 y más	0,84	0,50	0,30	0,21
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir de Estadísticas Vitales (1963, 1975, 1985, 1996), y Censos de Población y Viviendas (1963, 1975, 1985, 1996), D.G.E.y C., I.N.E.
 Programa de Población - Facultad de Ciencias Sociales

Los tres indicadores manejados (tasa específica de fecundidad, índice de variación y distribución relativa de la fecundidad) nos plantean un cambio relevante en el comportamiento reproductivo de las adolescentes y, no de menor importancia en las mujeres

jóvenes y maduras. Sin embargo, el Cuadro 3 muestra que son las adolescentes prácticamente las únicas que aumentan sustancialmente su contribución a la fecundidad total del país.

La importancia de los cambios apreciados en estos indicadores se acentúa por el hecho de que no se registran grandes cambios en la estructura por edad de la población de mujeres en edad fértil. Si a mayor número de nacimientos de madres en edades adolescentes se agregara que se dividen por una población menor de mujeres en esas edades, explicaría en parte, una variación mayor del promedio de hijos que tienen las adolescentes. De igual manera pero por el contrario, sucedería con las jóvenes. A menor número de nacimientos dividido por un número mayor de mujeres, atenuaría la lectura de la disminución de las tasas específicas de fecundidad. Sin embargo la estructura por edad de las mujeres en edad fértil no plantea estos cambios, con lo cuál podemos atribuir las variaciones de las tasas específicas de fecundidad a modificaciones en el comportamiento reproductivo de las mujeres (Cuadro 4).

Cuadro 4
Estructura de las Mujeres en Edad Fértil según años
Censales
Total País

	1963	1975	1985	1996
10-14	14,49	15,48	15,38	14,37
15-19	13,56	14,64	13,88	14,39
20-24	12,83	12,95	13,91	13,60
25-29	12,59	11,97	13,34	12,26
30-34	13,36	11,20	12,00	12,36
35-39	12,56	11,17	11,17	12,09
40-44	10,89	11,39	10,34	11,01
45-49	9,73	11,19	9,99	9,92
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Censos de Población y Viviendas (1963, 1975, 1985, 1996), D.G.E.y C.,
 I.N.E. - Programa de Población - Facultad de
 Ciencias Sociales

En síntesis, los datos presentados nos permiten plantearnos algunas cuestiones respecto al comportamiento reproductivo de las mujeres uruguayas.

- Si la fecundidad global se mantuvo (las mujeres, en promedio, siguen teniendo 2,5 hijos),
- si la fecundidad de las mujeres mayores de 20 años desciende (a excepción de las jóvenes maduras entre 30 y 34 años de edad),
- y si la fecundidad adolescente crece,

estaríamos viviendo, por un lado, modificaciones en las etapas del ciclo de vida en que las mujeres uruguayas tienen sus hijos y, por otro, la reproducción de las adolescentes sería la que

estaría manteniendo el promedio total de hijos por mujer, vale decir la tasa global de fecundidad y, por lo tanto, el reemplazo de la población.

Es indudable que son necesarios estudios de tipo cualitativo que nos permitan indagar sobre los procesos macro y microsociales que intervienen en estos comportamientos. Sin embargo, los datos existentes nos plantean un fenómeno social emergente: la fecundidad adolescente. Fenómeno que debe pensarse como un emergente en sí mismo y no como una singularidad de la pobreza.

5.- Caracterización sociodemográfica

A partir del tratamiento estadístico de la base de datos del Ministerio de Salud Pública del Uruguay (M.S.P.) sobre los nacimientos ocurridos en 1993, caracterizamos social y demográficamente a las madres adolescentes y a las madres jóvenes. Realizamos una comparación de las primeras con las madres jóvenes a fin de visualizar vulnerabilidades en las adolescentes madres respecto a su salud y la de sus hijos.

El embarazo y la maternidad adolescente constituyen un fenómeno social complejo. Diversos factores intervienen en el mismo: la educación, los contextos culturales en los que se conforma la ideología de género y los consecuentes estereotipos de “lo femenino” y lo “masculino”, la imagen de la maternidad y de la sexualidad transmitidas por la familia de orientación y por la sociedad, la ocupación, los proyectos de vida, el estrato social al que pertenecen la y el adolescente, las transformaciones en el ejercicio de la sexualidad a partir de los sesenta, los cambios en las funciones y en los patrones de conformación, composición y organización interna de la familia, la desaparición de los roles esperados y el conflicto de viejos y nuevos roles en el seno familiar, las perspectivas ocupacionales futuras son, entre otros, elementos que cobran peculiar relevancia.

En este sentido consideraremos a las madres adolescentes y a las mujeres en edad de reproducirse como parte de un sistema concreto de relaciones sociales y familiares en el cual cobran sentido los comportamientos y motivaciones individuales de los actores involucrados: sus ideas, valoraciones, imágenes y proyectos personales. En relación a ello, tanto el papel del grupo familiar y su pertenencia a un determinado estrato socioeconómico, como la sociedad en su conjunto, son fundamentales a la hora de estudiar esta problemática.

Los datos que hoy presentamos en este trabajo referido a Uruguay son, sin duda, insuficientes para poder indagar el fenómeno de la fecundidad adolescente teniendo en cuenta los factores arriba descritos. Sin embargo, consideramos que podemos avanzar en el conocimiento del mismo.

a. La educación y la ocupación

La asociación entre educación y fecundidad es clara y conocida. Por lo general, las mujeres instruidas presentan una fecundidad menor que las mujeres sin instrucción. Respecto a esta asociación se ha señalado que no obedece estrictamente a la educación en sí misma como el factor que afecta la fecundidad, sino a su relación con otras variables, en el sentido de que la educación puede ejercer un efecto indirecto sobre la fecundidad a través de la postergación

del matrimonio y de la edad a la que se tiene el primer hijo. Un mayor nivel de educación permite a su vez el acceso a un mayor caudal de información, lo que opera tanto en el sentido de un mejor conocimiento de las posibilidades anticonceptivas como en un cambio en las pautas culturales por las cuales se tiende a dar menos valor a la fecundidad alta y a tener aspiraciones sociales y económicas muchas veces incompatibles con las familias numerosas (Chackiel y Schkolnik, 1992).

En el Cuadro 5 podemos apreciar que los niños hijos de madres adolescentes y de madres jóvenes presentan un porcentaje relevante en la categoría sin instrucción. Esta categoría se encuentra agregada con las madres que tienen enseñanza primaria incompleta, situación que eleva los porcentajes.^{viii} El Uruguay tiene una cobertura casi total de enseñanza primaria. Los niveles de analfabetismo se sitúan alrededor de un 4% para todo el país. Sin embargo, la deserción a nivel escolar aumenta en los últimos años de manera importante. Sabemos que tres años de estudios primarios conduce, con el tiempo, a un analfabetismo por desuso.

El 71% de las madres adolescentes tiene enseñanza primaria completa y un 6,40% alcanza la secundaria completa. Si bien en estas edades una alta proporción no está en edad de finalizar sus estudios secundarios, el tener un hijo es un elemento que contribuye a interrumpir los estudios. La realización de un proyecto de vida a través de la educación e inserción laboral seguramente se verá afectado por la maternidad.

Las madres jóvenes aparecen con mayor nivel educativo. Un 19,60% tiene secundaria completa y un 6,60 superior completa. Estos valores tenemos que relativizarlos en el entendido de que estas mujeres, a diferencia de las adolescentes, están en edad de haber culminado la educación secundaria y cursar educación superior. Por ello, no es claro que exista una mayor educación en las madres jóvenes. Lo que es más probable es que a las madres adolescentes les sea más difícil alcanzar el nivel educativo que obtuvieron las madres jóvenes. Un hijo en estas edades, en muchas situaciones asumido sin compañero y, en algunos casos, con bajo apoyo familiar, limita el desarrollo personal futuro.

Cuadro 5
Nivel de Instrucción de Madres Adolescentes y
Madres Jóvenes - Total País - 1993 - (Porcentaje)

	Adolescent es	Jóvenes
S/Inst, prim. incompleta	9,30	7,20
Prim. comp., sec. incomp.	71,10	58,80
Sec. comp., Sup. incomp.	6,40	19,60
Superior Completa	0,70	6,60
Ignorado	12,50	7,80
Total	100,00	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Nacimientos del Ministerio de Salud Pública (M.S.P.), 1993
 Programa de Población - Facultad de Ciencias Sociales

La mayoría de las madres adolescentes (78,98%) no está integrada a la actividad económica. Si bien una parte importante de ellas no tiene edad suficiente para ingresar a la misma, es probable que con el advenimiento de la maternidad se reduzcan las posibilidades laborales (Cuadro 6). Para las madres jóvenes se observa una situación más favorable: casi la mitad está inserta en la actividad económica. Como vimos más arriba, estas jóvenes alcanzaron un nivel educativo mayor, lo que sin duda las posiciona mejor ante el mercado laboral.

La maternidad a edades muy tempranas condiciona el desarrollo personal futuro. El punto es ¿por qué aparece un crecimiento de la maternidad en estas edades? Indudablemente la pobreza y la recreación de la misma juegan un papel importante, pero hay indicios de que este fenómeno aparece en forma creciente en sectores sociales medios y altos. La cuestión es que en estos sectores la fecundidad adolescente es menos visible, ya que el aborto es más posible y frecuente.

Cuadro 6
Ocupación de las Madres Adolescentes y
Madres
Jóvenes* - Total País - 1993 -
(Porcentaje)

	Adolescente	Jóvenes
	s	
Trabaja	13,06	39,41
No trabaja y busca	7,96	5,64
No y no busca	78,98	54,95
Total	100,00	100,00

*No se incluyen ignorados

Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Nacimientos del Ministerio de Salud Pública (M.S.P.), 1993
 Programa de Población - Facultad de Ciencias Sociales

b. La conyugalidad y los hijos fuera del matrimonio legal

La maternidad adolescente en general se asocia con una madre soltera que no necesariamente tiene que ser sin pareja. El Cuadro 7 muestra una proporción elevada de madres solteras adolescentes (40,50%) a las que se agregan un 18,10% de solteras pero declaradas en unión libre. Las adolescentes casadas alcanzan un porcentaje importante pero hay que tener en cuenta que en estas edades es frecuente que se llegue a la legalidad del matrimonio por las presiones familiares.

Al comparar estos datos con las madres jóvenes vemos como disminuyen, en forma muy importante, las madres sin pareja (16,50%), es decir, aquellas que no se declaran ni casadas

legalmente ni en unión consensual. También las uniones consensuales descienden, ocurriendo un gran ascenso en la categoría de casadas.

Cuadro 7
Estado Conyugal de Madres
Adolescentes
y Madres Jóvenes - Total País - 1993 -
(Porcentaje)

	Adolescent es	Jóvenes
Soltera	40,50	16,50
Casada	40,00	66,00
Unión	18,10	14,50
Libre		
Separada	0,40	1,10
Viuda	0,00	0,10
Divorciada	0,10	1,20
Ignorado	0,90	0,60
Total	100,00	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Nacimientos del Ministerio de Salud Pública (M.S.P.), 1993
 Programa de Población - Facultad de Ciencias Sociales

La ilegitimidad de los nacimientos se asocia, en mayor medida, con madres muy jóvenes. Sin embargo, y más allá de que veremos que los datos nos demuestran que la ilegitimidad decrece con el aumento de la edad de la madre, la denominada “ilegitimidad” es un concepto que hace referencia a la legalidad del matrimonio (matrimonio civil) y no a sí ese niño crece sin el apoyo y la presencia de ambos progenitores. En esta concepción no está presente la responsabilidad y la aceptación del padre y la madre frente al hijo.

El Cuadro 8 muestra los hijos nacidos fuera del matrimonio legal. Los llamados hijos ilegítimos, para el caso de las adolescentes, constituyen prácticamente un 60%. Hay que destacar que de éstos la mitad son declarados como de pareja estable. Para los hijos de madres jóvenes la legitimidad asciende al 65,60% y la ilegitimidad desciende al 34%. La diferencia con las madres adolescentes es que esa ilegitimidad se reparte en proporciones diferentes. Los hijos nacidos fuera del matrimonio legal pero de pareja estable son las dos terceras partes del total de ilegítimos.

Cuadro 8
Hijos de Madres Adolescentes y Madres Jóvenes
dentro y
fuera del Matrimonio Civil - Total País – 1993
(Porcentaje)

	Adolescent es	Jóvenes
Legítimo	39,6	65,6
No legítimo pareja estable	30,5	22,8
No legítimo pareja inestable	29,8	11,5
Ignorado	0,1	0,1
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Nacimientos del Ministerio de Salud Pública (M.S.P.), 1993
 Programa de Población - Facultad de Ciencias Sociales

Lo que es relevante entonces, con relación a que los niños nazcan fuera del matrimonio legal y por lo tanto declarados ilegítimos, es que en proporciones importantes no nacen en parejas constituidas, por lo cual tienen altas probabilidades de crecer sin su padre. En general, la mayoría de las madres que se declaran solteras son mujeres sin pareja. Esto marca una vulnerabilidad mayor para el desarrollo futuro de ese niño y una vulnerabilidad mayor para el desarrollo personal y la salud de la madre.

Los cuadros de conyugalidad y legitimidad son dos caras de la misma moneda, el problema es cómo se distribuyen sus componentes. Cuando hablamos de solteras más unión libre son las mismas que luego aparecen con hijos ilegítimos, pero la distribución de esa ilegitimidad es la relevante. ¿Cuántos se declaran como hijos de pareja estable e inestable y cuántos en realidad, de los declarados como nacidos en una pareja estable, lo son realmente?

Los cuadros 9 y 10 nos dan algunos indicios a estas preguntas en relación a las madres adolescentes y las madres jóvenes. En ellos se observa la proporción de hijos de los que no se conocen datos del padre, vale decir hijos con padre desconocido.

Cuadro 9
Edad del Padre de los hijos de Madres
Adolescentes según
Edad de la Madre- Porcentaje de hijos sin dato
del Padre
Total País - 1993

Edad del Padre	Edad de la Madre			Total
	10 a 14	15 a 17	18 a 19	
10 a 14		0,10%	0,00%	0,10%
15 a 17	5,00%	3,80%	1,40%	2,50%
18 a 19	13,00%	12,80%	8,20%	10,10%
20 a 24	17,60%	29,90%	34,90%	32,40%
25 a 29	5,00%	7,60%	13,60%	10,90%
30 a 34	3,70%	2,00%	3,50%	2,90%
35 a 39	0,50%	0,50%	1,20%	0,90%
40 a 44		0,20%	0,50%	0,30%
45 a 49		0,10%	0,10%	0,10%
50 a 54	0,50%	0,10%	0,10%	0,10%
55 a 59			0,00%	0,00%
60 a 85	0,50%			0,00%
Ignorado	54,20%	43,00%	36,50%	39,70%
Total	100,00%	100,10%	100,00%	100,00%

Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Nacimientos del Ministerio de Salud Pública (M.S.P.), 1993
 Programa de Población - Facultad de Ciencias Sociales

Para el caso de las adolescentes, el 39,70 % aparece con padre ignorado. Sin embargo, el Cuadro 8 mostraba que el 29,80% eran hijos fuera del matrimonio legal, de padres con pareja inestable. Podemos constatar que esta declaración no es totalmente correcta cuando indagamos sobre la información de los padres ya que, en lugar de 29,80% de hijos sin datos del padre, tenemos 39,70%.

Cuadro 10
Edad del Padre de los hijos de Madres Jóvenes
según
Edad de la Madre- Porcentaje de hijos sin dato
del Padre
Total País - 1993

Edad del Padre	Edad de la Madre		Total
	20-24	25-29	
10 a 14		0,00%	0,00%
15 a 17	0,30%	0,00%	0,10%
18 a 19	1,90%	0,20%	1,10%
20 a 24	26,40%	6,10%	16,40%
25 a 29	30,00%	33,40%	31,70%
30 a 34	10,90%	29,60%	20,00%
35 a 39	3,10%	8,90%	6,00%
40 a 44	1,10%	2,70%	1,90%
45 a 49	0,40%	0,80%	0,60%
50 a 54	0,20%	0,40%	0,30%
55 a 59	0,10%	0,20%	0,20%
60 a 85	0,10%	0,10%	0,10%
Ignorado	25,50%	17,60%	21,60%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Nacimientos del Ministerio de Salud Pública (M.S.P.), 1993
 Programa de Población - Facultad de Ciencias Sociales

En el caso de las madres jóvenes el porcentaje es casi la mitad (21,60). También se observa un aumento del porcentaje de hijos sin dato del padre en relación al porcentaje declarado como hijos de pareja inestable (11,50); pero en este caso el incremento es el doble, mientras que en las adolescentes es un tercio. Podría ser que las adolescentes tengan menor represión social que las jóvenes para declararse madre sola.

En estos datos se observa la proporción de hijos de los que no se conocen datos del padre, vale decir hijos con padre desconocido. Es decir, padres que no asumieron su paternidad, que no se hacen cargo de sus hijos, no se sabe quién es el padre. A la hora de un embarazo no deseado la mujer, en muchos casos, sigue siendo la que decide y asume el hijo. A pesar de los cambios que se vienen experimentando en la sociedad uruguaya respecto a los roles femeninos y masculinos, la maternidad sigue siendo, en un porcentaje importante, responsabilidad femenina. Esta situación, como vemos, se profundiza para el caso adolescente. Las adolescentes, entonces, asumen solas el embarazo y el hijo en mayor proporción que las jóvenes. La preocupación entonces, en términos sociales, no es la

legitimidad o no de los hijos sino la proporción de niños que, nacidos en esa condición, no son asumidos por ambos progenitores.

Los cuadros 9 y 10 también son ilustrativos de la diferencia de edad entre los cónyuges. Entre las adolescentes, se aprecia que los compañeros tienden a tener más diferencia de edad que las jóvenes que presentan mayor homogamia. A su vez, si abrimos el dato por edades al interior del grupo adolescente, vemos como a menor edad la heterogamia aumenta.

c. La salud

Desde el punto de vista de la salud, un embarazo adolescente no tendría por qué constituir un riesgo. Éste depende de las condiciones sociales en que ese embarazo se desarrolla. Vale decir, desde el estrato social en el cuál está inserta esa mujer hasta la contención familiar que posea, tanto por parte de la pareja como de su familia de origen.

Los riesgos a los que estarán expuestas estas adolescentes, más allá de su condición social, son aquellos que tienen que ver con la salud reproductiva, entendiéndose por esta a la capacidad de las personas de ejercer sus derechos reproductivos, los que tienen relación con la posibilidad de ejercer la sexualidad independientemente de la procreación y de manera libre e igualitaria entre mujeres y varones, no exponiéndose a riesgos tales como embarazos no deseados y abortos.

Las adolescentes que efectivamente llegan a tener sus hijos son, en su mayoría, provenientes de sectores sociales carenciados, donde la contención familiar tiende a ser menor que en estratos más elevados. Estos factores contribuyen a una mayor vulnerabilidad para la salud de las madres y sus hijos.

Al inicio planteamos que el fenómeno de la fecundidad adolescente es relevante en relación a lo que ha sido la fecundidad en el Uruguay. Seguramente el mismo aparecería con una envergadura mayor si pudiésemos medir el aborto, especialmente en lo que respecta a los estratos sociales más elevados. Diversos indicios demuestran que en estos sectores el embarazo adolescente también está presente, pero es más invisible. Esta situación hace que las adolescentes que efectivamente llegan a tener sus hijos, sean en su mayoría de sectores sociales más bajos.

El Cuadro 11 nos muestra los servicios de salud donde se atienden los partos.^{ix} En el caso de las adolescentes madres, un 54,20% se asiste en servicios de salud pública y un 22,70% en servicios semi-públicos. Es decir que las tres cuartas partes de la población de madres adolescentes son provenientes de sectores sociales de muy bajos recursos. Las adolescentes de sectores más elevados (mutualismo y particular) no alcanzan al 15%. La situación de las madres jóvenes es diferente. Alrededor de la mitad se asisten en servicios de salud orientados a población con bajos recursos mientras que en el mutualismo y servicios privados alcanzan casi el 40%. Estos datos nos dan indicios de los sectores sociales de que provienen las madres adolescentes. En su mayoría provienen de grupos de bajos recursos, situación que contribuye a un mayor riesgo de salud para la madre y el hijo.

Cuadro 11**Servicio de Salud de Asistencia del Parto
de Madres Adolescentes y Jóvenes
Total País - 1993 - (Porcentaje)**

Servicio de Salud	Adolescentes	Jóvenes
Público	54,20	33,30
Semi Público	22,70	19,50
Policial	1,00	1,00
Mutualista	14,20	38,70
Particular	0,30	0,50
Otro	3,50	3,60
Ignorado	4,10	3,40
Total	100,00	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir de
la Base de

Nacimientos del Ministerio de Salud Pública (M.S.P.), 1993
Programa de Población - Facultad de Ciencias Sociales

La aproximación al centro de salud para iniciar el control del embarazo, es más tardía en las madres adolescentes que en las madres jóvenes. Las adolescentes que consultan por primera vez con dos y tres meses de embarazo son, en proporción, bastante menos que las jóvenes. No hay diferencias entre ambos grupos de mujeres entre el cuarto y quinto mes de embarazo. Sin embargo, los porcentajes de mujeres adolescentes que llegan a consultar por primera vez con seis meses y más de embarazo son 43,8% mientras que las jóvenes son un 30,25% (Cuadro 12).

Cuadro 12

Meses de Embarazo a la Primera Consulta de las Madres Adolescentes y las Madres Jóvenes Total País - 1993 - (Porcentaje)

Meses de embarazo	Adolescent es	Jóvenes
Un mes	11,00	8,03
Dos meses	6,10	15,54
Tres meses	11,50	21,06
Cuatro meses	13,80	13,75
Cinco meses	13,80	11,38
Seis meses	13,10	8,59
Siete meses	12,80	7,63
Ocho meses	6,50	4,38
Nueve meses	11,40	9,65
Total	100,00	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir de
la Base de
Nacimientos del Ministerio de Salud Pública (M.S.P.), 1993
Programa de Población - Facultad de Ciencias Sociales

Con relación al peso al nacer, la Organización Mundial de la Salud considera que los niños que nacen con un peso inferior a dos quilos y medio tienen riesgo de vida. En el Cuadro 13 podemos observar que son las madres adolescentes las que presentan mayores porcentajes de hijos con bajo peso al nacer (10,9%). Entre las madres jóvenes son un 7,5%. Estos datos nos confirman cómo la maternidad en edades adolescentes está asociada en mayor proporción a estratos de bajos recursos y a situaciones de riesgo para la salud de la madre y del hijo. Entendemos que estos riesgos no tienen relación en tanto ser adolescente como a las condiciones sociales y culturales.

Cuadro 13
Peso al Nacer de los hijos de Madres
Adolescentes y
y Madres Jóvenes - Total País - 1993 -
(Porcentaje)

Peso	Adolescent es	Jóvenes
< 2 kilos	3,6	2,3
2 a 2,5 kilos	7,3	5,2
2,5 a 3 kilos	27,0	21,8
>3 kilos	62,1	70,7
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Nacimientos del Ministerio de Salud Pública (M.S.P.), 1993
 Programa de Población - Facultad de Ciencias Sociales

6.- Consideraciones finales

La historia sobre la trayectoria reproductiva del Uruguay nos habla de una fecundidad controlada, moderada, sin grupos problemáticos, sin mayores oscilaciones. No dice nada del incremento en la fecundidad adolescente y del descenso de la fecundidad de las jóvenes. Habla de un país con un promedio de hijos por mujer para todo el país que se mantiene bajo desde mediados de este siglo. En este entorno, la fecundidad adolescente no debería ser nunca motivo de preocupación y tendría que ser muy inferior a la de la media de América Latina. Sin embargo, las y los adolescentes uruguayos parecen irrumpir, hacia finales de siglo, participando en la reproducción del país de una forma diferente.

Uruguay ya no está tan lejos de la media de América Latina, cuyo promedio se sitúa en 80 por mil. Uruguay, en 1996, presenta una fecundidad adolescente (10 a 19 años) del 72 por mil. Parece entonces que las y los adolescentes están alterando los comportamientos “esperados”.

Hemos podido observar que las madres adolescentes presentan vulnerabilidades mayores que las madres jóvenes. Tienen acceso a menos años de educación, pero lo más importante de esa situación es que probablemente tendrán menos posibilidades de alcanzar el nivel educativo de las jóvenes, situación que dificulta su inserción presente y futura en el mercado de trabajo. Tienen una estabilidad de pareja más precaria, asumiendo solas el hijo en mayores proporciones que en otros tramos etarios. También hemos visto que las madres adolescentes provenientes de estratos carenciados son más que las madres jóvenes; factor que, como vimos, incide en la salud de la madre y el hijo. En este sentido se observó que las adolescentes se aproximan más tardíamente al centro de salud y tienen mayor porcentaje de hijos con bajo peso al nacer.

Estos factores nos hacen pensar que el grupo adolescente constituye una población de riesgo en lo que respecta a su salud en general y probablemente en su salud reproductiva. Si bien los datos que tenemos nos indican que la mayoría de los nacimientos ocurren en los sectores más desprotegidos, hay indicios de que también se registran en otros sectores sociales. Además es importante avanzar en el conocimiento para el conjunto de la sociedad ya que, si bien se registran menos nacimientos en estratos no carenciados, es en estos donde el aborto es más factible. De ahí que la fecundidad adolescente merezca distinguirse como problema, separándolo de otros generados por la pobreza, y ser analizado en el marco de los cambios en las conductas adolescentes y de género, que impactan sobre el conjunto de las relaciones sociales y de los “arreglos” institucionales ya existentes.

La preocupación por una educación sexual adecuada desde edades muy tempranas es una cuestión relevante y que no debería de ser pospuesta, como forma de mejorar las capacidades de las personas para ejercer sus derechos y responsabilidades reproductivas y disminuir las situaciones de riesgo: embarazos no deseados, abortos, mortalidad infantil.

Es en este sentido que este trabajo pretende resaltar el fenómeno de la fecundidad adolescente y dar paso a otros estudios que deberán de indagar sobre los factores que están interviniendo en su crecimiento. Creemos que es fundamental la visualización y el estudio más profundo de este fenómeno para el diseño de políticas en salud reproductivas adecuadas y específicas destinadas a este grupo de edad, de características integrales y que no resulten centradas solamente en los sectores más carenciados sino en las necesidades e intereses del conjunto, y que no arriesguen recrear formas de subordinación de género. Como hemos dicho antes, la salud reproductiva debe ser pensada no sólo en función de controlar la natalidad y evitar la mortalidad, sino de promover las condiciones sociales y culturales que posibiliten el ejercicio de la sexualidad independientemente de la procreación, a la vez que de manera libre e igualitaria para mujeres y varones.

7.- Bibliografía

Barrán, José Pedro y Nahúm Benjamín (1979). *El Uruguay del Novecientos. Batlle, los estancieros y el Imperio Británico*. Tomo 1. Montevideo, Banda Oriental.

Chackiel, Juan y Susana Schkolnik (1992). *América Latina. Transición de la Fecundidad en el período 1950-1990*. Buenos Aires, Argentina, IUSSP/CELADE/CENEP.

Dirección General de Estadística y Censos (D.G.E y C.). *Estadísticas Vitales 1963, 1975, 1985*, República Oriental del Uruguay.

Dirección General de Estadística y Censos (D.G.E y C.). *Censos de Población y Viviendas 1963, 1975, 1985*, República Oriental del Uruguay.

Dópico, Fausto (1993). *Ganando espacios de libertad. La mujer en los comienzos de la transición demográfica en España*. En: Aries, Philippe y Duby, Georges. *Historia de las Mujeres*. Tomo 8. Madrid, Taurus, pp.265-277..

Instituto Nacional de Estadística (I.N.E.). *VII Censo General de Población III de Hogares y V de Viviendas*, 1996, República Oriental del Uruguay.

Lefacheur, Nadine (1993). *Maternidad, Familia, Estado*. En: Aries, Philippe y Duby, Georges. *Historia de las Mujeres*. Tomo 10. Madrid, Taurus. pp. 55-79.

Pellegrino, Adela, (1997). *Vida conyugal y fecundidad en la sociedad uruguaya del siglo XX: una visión desde la demografía*. En: Barrán, José Pedro, Caetano, Gerardo y Porzecanski, Teresa. *Historia de la vida privada en el Uruguay. El nacimiento de la intimidad 1870-1920*. Tomo 3, Montevideo, Taurus, pp. 104-133.

Pollero, Raquel, (1997). *Fecundidad Retrospectiva*. Documento de trabajo N° 17, Uruguay, Programa de Población, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República Montevideo.

Varela Petito, María del Carmen (1997). *Implicaciones de las políticas de población y salud en el embarazo adolescente en el Uruguay*. Documento de trabajo N° 38, Uruguay, Programa de Población, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República Montevideo.

ⁱ Definimos como adolescencia al grupo etario comprendido entre los 10 y los 19 años de edad. A los efectos de estudiar por separado a las madres adolescentes muy jóvenes del resto, esta categoría se subdivide en adolescencia temprana (10 a 14 años) y adolescencia tardía (15 a 19 años)

ⁱⁱ La Tasa de Fecundidad General es una medida más refinada que la Tasa Bruta de Natalidad, porque toma en cuenta el número de nacimientos con relación al total de mujeres en edad de procrear. Sin embargo, está

afectada por la estructura por edades.

ⁱⁱⁱ La Ley de Asignaciones Familiares determinó una serie de beneficios económicos por cada hijo: prima por nacimiento, una asignación mensual según edad y escolaridad del niño y atención médica gratuita incluyendo el parto, etc.

^{iv} Tasa Global de Fecundidad 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.

^v Considerando que la única fuente de ingreso de nuevos individuos es la proveniente de nacimientos. Es decir en ausencia de migraciones.

^{vi} Los años seleccionados coinciden con los años en que se han realizado Censos de Población y Viviendas por el Instituto Nacional de Estadística (I.N.E.). Este organismo toma esta denominación a partir de 1989, con anterioridad a esa fecha se denominó Dirección General de Estadística y Censos (D.G.E. y C.).

^{vii} Para 1996, el Instituto Nacional de Estadística (I.N.E.) no ha publicado las Estadísticas Vitales. Los datos sobre nacimientos para ese año fueron proporcionados por el Departamento de Estadística del Ministerio de Salud Pública.

^{viii} El Certificado de Nacido Vivo recoge la información sobre nivel de instrucción en categorías agregadas: s/instrucción y primaria incompleta, primaria completa y secundaria incompleta, secundaria completa y superior incompleta, superior completa.

^{ix} Salud Pública: asistencia gratuita. Tienen derecho a la atención personas con escasos recursos económicos.

Servicios Semi Públicos: asistencia gratuita. Tienen derecho a asistirse las mujeres que están casadas legalmente y cuyo cónyuge tiene trabajo en la actividad privada.

Policial: asistencia gratuita para esposas de policías.

Mutualista: asistencia privada mediante el pago de una cuota mensual. Estas mutualistas están estratificadas respecto a la calidad de la asistencia y el costo del servicio.

Privado: servicios de mayor calidad de asistencia y de un costo muy superior al mutualismo.