

Línea del Fondo: Determinantes de la desigualdad territorial (económicos, territoriales e institucionales

Maternidad adolescente: desigualdad social y segregación territorial en Gran Montevideo

Adolescent motherhood: social inequality and territorial segregation in Gran Montevideo

Palabras clave en español y en inglés

Maternidad, adolescencia, desigualdad social, segregación territorial

Maternity, adolescence, social inequality, territorial segregation

INFORME FINAL Junio 2019

Responsable científico: Carmen Varela Petito

Integrantes del equipo de investigación: Cecilia De Rosa, María José Doyenart, Ángela Ríos, Carmen Varela Petito, Cecilia Lara

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	7
1-CONSIDERACIONES TEÓRICAS	12
Adolescencias y trayectorias	12
Segregación residencial y adolescentes madres	14
2- CONTEXTO SOCIAL, ECONÓMICO Y CULTURAL EN EL QUE CRECIERON LAS Y LOS JÓVENES DE HOY	17
Evolución del bienestar en los 2000, en el Uruguay.	17
Evolución del contexto educativo del Uruguay a inicios del siglo XXI	20
3- ANTECEDENTES DE LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE Y LA DESIGUALDAD TERRITORIAL EN URUGUAY.....	23
Las políticas en salud sexual y reproductiva en las últimas décadas.....	27
4- OBJETIVOS.....	29
Objetivo General	29
Objetivos Específicos.....	30
5- DATOS Y MÉTODOS.....	30
RESULTADOS.....	33
6- TRANSICIÓN A LA MATERNIDAD Y SU DISTRIBUCIÓN EN EL TERRITORIO	33
Tipología del comportamiento reproductivo	34
Representación territorial del comportamiento reproductivo de las adolescentes.....	36
Jóvenes que comenzaron la maternidad en la adolescencia	43
7- CARACTERIZACIÓN SOCIOECONÓMICA DEL COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO	47
7.1. Maternidad y Educación.....	48
El vínculo entre la educación y los niveles de fecundidad de las adolescentes.....	51
7.2. Maternidad y condiciones de bienestar social en el Gran Montevideo	55
Maternidad y condiciones de bienestar social por áreas de niveles de fecundidad	59
8- TRANSICIÓN A LA MATERNIDAD, FACTORES EXPLICATIVOS.....	70
9- CONCLUSIONES: ¿DÓNDE ESTÁN Y QUIÉNES SON LAS MADRES ADOLESCENTES EN EL GRAN MONTEVIDEO?	77
10. IMPULSOS Y RESISTENCIAS EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA HACIA LAS ADOLESCENTES.....	88
10.1. Enfoque metodológico del componente cualitativo	88
10.2. Políticas públicas de salud sexual y reproductiva para las y los adolescentes. Barreras en el acceso a los centros de salud.	90

Políticas de SSR para mejorar el acceso de las y los adolescentes a los centros de salud: superando las “barreras administrativas”	92
Dificultades en el acceso de los adolescentes a los centros de salud	94
¿Cómo captar a los adolescentes que no están en el sistema educativo?	95
10.3. Estrategia intersectorial de prevención del embarazo no intencional en la adolescencia: aciertos y desafíos	96
Política de implementación de métodos de larga duración: implantes sub-dérmicos	103
10.4. Descenso de la fecundidad en la adolescencia en el marco de las políticas en salud sexual y reproductiva.....	108
10.5. Este tiempo que ganamos; ¿en qué lo invertimos?.....	113
11- LECCIONES APRENDIDAS Y DESAFÍOS PARA EL DESCENSO DE LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE	116
BIBLIOGRAFÍA	121
ANEXOS	127
1. Tipología de la fecundidad adolescente	127
Universo	127
Niveles de fecundidad adolescentes	133
2. Definición de indicadores.....	135
Indicadores de Fecundidad.....	135
Indicadores de Educación.....	138
Indicadores de Carencias críticas	139
3. Definición de los modelos econométricos.....	141
4. Plan de análisis de procesamiento	142
Indicadores de Fecundidad y maternidad.....	142
Indicadores de contexto sociodemográfico y socioeconómico	144
5. Planos	145
6. Tablas	147

Índice de ilustraciones

Ilustración 1. Gráfico 1. Tasa de asistencia a centros educativos según edad año 2017 (en porcentaje)	22
Ilustración 2. Gráfico 2. Tasa de Fecundidad adolescente y Tasa Global de Fecundidad, Uruguay 1996-2018.	25
Ilustración 3. Plano 1. Paridez media acumulada de adolescentes 15 a 19 años por segmento censal, Gran Montevideo, 2011*.	36
Ilustración 4. Plano 2. Áreas de Paridez media acumulada de adolescentes 15 a 19 años por segmento censal, Gran Montevideo, 2011*.	37
Ilustración 5. Plano 3. Porcentaje de adolescentes madres por segmento censal, Gran Montevideo, 2011*.	41
Ilustración 6. Plano 4. Promedio de hijos tenidos por las adolescentes madres entre los 15 y los 19 años (paridez), sobre el total de madres adolescentes, Gran Montevideo, segmentos censales seleccionados, 2011.	43
Ilustración 7. Plano 5. Promedio de hijos tenidos por las jóvenes 20-21 años que iniciaron la maternidad entre los 15 y los 19 años (paridez), Gran Montevideo, segmentos censales seleccionados, 2011*.	45

Índice de tablas

Tabla 1. Tipología de Paridez Media Acumulada de Adolescentes de 15 a 19 años, distribución de segmentos y población de adolescentes madres y no madres. Gran Montevideo, 2011.	35
Tabla 2. Paridez Media Acumulada de Adolescentes de 15 a 19 años de nivel 4 de la Tipología de comportamiento reproductivo para segmentos con 20 adolescentes o más, distribución de segmentos y población de adolescentes madres y no madres. Gran Montevideo, 2011.	40
Tabla 3. Porcentaje de adolescentes madres por segmentos censales. Gran Montevideo, 2011.	41
Tabla 4. Paridez adolescente 15-19 años, distribución de segmentos y población de adolescentes madres y no madres. Gran Montevideo, 2011.	42
Tabla 5. Categorías de Paridez Jóvenes 20- 21 años en mujeres que iniciaron la maternidad antes de los 20 años. Gran Montevideo, segmentos censales seleccionados, 2011.	44
Tabla 6. Porcentaje de jóvenes 20-21 años madres y no madres antes de los 20 años, por asistencia a educación. Gran Montevideo, 2011.	49
Tabla 7. Porcentaje de jóvenes 20-21 años madres y no madres antes de los 20 años, por años de estudio de las jóvenes. Gran Montevideo, 2011.	49
Tabla 8. Clima educativo promedio del hogar de las jóvenes de 20-21 madres y no madres.	50
Tabla 9. Nivel educativo más alto del hogar de las jóvenes de 20-21 madres y no madres (en promedio).	50
Tabla 10. Porcentaje de jóvenes 20-21 años madres y no madres antes de los 20 años, por número de adultos con secundaria en el hogar. Gran Montevideo, 2011.	51
Tabla 11. Asistencia a educación de las jóvenes de 20-21 años madres y no madres por niveles de fecundidad.	52
Tabla 12. Años de educación de las jóvenes 20-21 años madres y no madres antes de los 20 años por niveles de fecundidad.	53
Tabla 13. Clima educativo promedio del hogar de las jóvenes de 20-21 madres y no madres por niveles de fecundidad.	54

Tabla 14. Cantidad de adultos del hogar con 12 años o más de educación para las jóvenes de 20-21 madres y no madres por niveles de fecundidad.....	54
Tabla 15. Porcentaje de jóvenes 20 - 21 años madres y no madres antes de los 20 años, por cantidad de hogares con NBI, Gran Montevideo, 2011.....	56
Tabla 16. Porcentaje de jóvenes 20 - 21 años madres y no madres antes de los 20 años, por NBI Hacinamiento, Gran Montevideo, 2011.	56
Tabla 17. Porcentaje de jóvenes 20 - 21 años madres y no madres antes de los 20 años, por NBI vivienda decorosa, Gran Montevideo, 2011.....	57
Tabla 18. Porcentaje de jóvenes 20 - 21 años madres y no madres antes de los 20 años por jubilado o pensionista en el hogar, Gran Montevideo, 2011.	58
Tabla 19. Porcentaje de jóvenes 20 - 21 años madres y no madres antes de los 20 años por condición de actividad, Gran Montevideo, 2011.	59
Tabla 20. Porcentaje de jóvenes 20 - 21 años madres y no madres antes de los 20 años por condición de reclusión en el ámbito doméstico, Gran Montevideo, 2011.	59
Tabla 21. Porcentaje de jóvenes 20 - 21 años madres y no madres, por cantidad de NBI, según áreas de nivel de fecundidad. Gran Montevideo, 2011.	60
Tabla 22. Porcentaje de jóvenes 20-21 años madres y no madres, por NBI Vivienda, según áreas de nivel de fecundidad. Gran Montevideo, 2011.	62
Tabla 23. Porcentaje de jóvenes 20 - 21 años madres y no madres, por NBI Hacinamiento, según áreas de nivel de fecundidad. Gran Montevideo, 2011.	63
Tabla 24. Porcentaje de jóvenes 20 - 21 años madres y no madres, por condición de actividad, según áreas de nivel de fecundidad. Gran Montevideo, 2011	64
Tabla 25. Porcentaje de jóvenes 20 - 21 años madres y no madres, por jubilado o pensionista en el hogar, según áreas de nivel de fecundidad. Gran Montevideo, 2011	65
Tabla 26. Porcentaje de jóvenes 20 - 21 años madres y no madres, por reclusión en el ámbito doméstico, según áreas de nivel de fecundidad. Gran Montevideo, 2011.....	66
Tabla 27. Número de miembros promedio del hogar de las jóvenes de 20-21 madres y no madres, según área de nivel de fecundidad. Gran Montevideo, 2011.....	68
Tabla 28. Promedio de niños del hogar de las jóvenes de 20-21 madres y no madres, según áreas de nivel de fecundidad. Gran Montevideo, 2011.	69
Tabla 29. Área metropolitana con PMA ubicado en rango medio, 2011. Resultados del modelo probit.	74
Tabla 30. Área metropolitana con PMA ubicado en rango medio alto, 2011. Resultados del modelo probit.	75
Tabla 31. Área metropolitana con PMA ubicado en rango alto y muy alto, 2011. Resultados del modelo probit.	76

Acrónimos

APS	Atención Primaria de Salud
ASDer	Adolescencia, Salud y Derechos Sexual y Reproductivos. Núcleo Interdisciplinario - UDELAR
ANEP	Administración Nacional de Educación Pública
CES	Consejo de Educación Secundaria
DIU	Dispositivo Intrauterino
ECH	Encuesta Continua de Hogares
FPB	Formación Profesional Básica
INE	Instituto Nacional de Estadística
ITS	Infecciones de Trasmisión Sexual
IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo
LARC	Método de Larga Duración, por su nombre en inglés Long Acting Reversible Contraceptives
MEC	Ministerio de Educación y Cultura
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MSP	Ministerio de Salud Pública
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
NBS	Necesidades Básicas Satisfechas
OMS	Organización Mundial de la Salud
OSN	Objetivos Sanitarios Nacionales
PMA	Paridez Media Acumulada
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
TGF	Tasa Global de Fecundidad
UTU	Universidad del Trabajo del Uruguay

INTRODUCCIÓN

Este trabajo tiene como objetivo fundamental avanzar en el conocimiento sobre la desigualdad y segregación territorial del embarazo y la maternidad en la adolescencia en el Gran Montevideo¹, de modo de contribuir al desarrollo de la equidad territorial. El estudio de Montevideo y su área metropolitana se realiza desde la concepción del territorio como espacio de interacciones y construcción de sentido simbólico que trasciende los límites administrativos. La dinámica establecida entre los cinco corredores² que conectan el departamento de Montevideo con los dos departamentos limítrofes (Canelones y San José) se ha constituido en una extensión de la capital, en su circulación social, cultural y económica. Para comprender los procesos de segregación territorial, dinámicas demográficas, sociales y culturales es sustantivo estudiar Montevideo incluyendo su área metropolitana inmediata. Ello aporta insumos para prevenir el embarazo no intencional en la adolescencia y avanzar en el pleno ejercicio de los derechos en salud sexual y reproductiva (en adelante SSR) de las adolescentes en el marco de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 (OSN 2020) del Ministerio de Salud Pública (Ministerio de Salud Pública, 2016). Las políticas que se orienten a la prevención del embarazo no intencional requieren focalizarse en el estudio de aquellas áreas con mayor incidencia de la fecundidad y la maternidad en la adolescencia, donde se identifican elevados niveles de embarazos no planeados y mayores barreras de acceso a la salud sexual y reproductiva.

Diversos estudios han mostrado brechas importantes en el nivel de la fecundidad y maternidad en la adolescencia, tanto entre los departamentos del país como entre los barrios de Montevideo. La concentración de mayores niveles de fecundidad en los barrios de la periferia crítica de Montevideo es expresión de la desigualdad constatada en el territorio, verificándose áreas de la ciudad que combinan los mayores niveles de pobreza, los niveles más bajos de educación y el mayor porcentaje de adolescentes madres (Varela Petito, Pardo, Lara, Nathan, & Tenenbaum, 2014).

¹ Refiere al departamento de Montevideo y el área metropolitana, que abarcar algunas localidades de Canelones y San José, definida por el Instituto Nacional de Estadística (Ver anexo 1).

² Los cinco corredores es la denominación utilizada para definir las áreas territoriales que se constituyen en torno a las Rutas que conectan el Departamento de Montevideo con los otros departamentos. En grandes áreas se definen a través de la Ruta 1, Ciudad del Plata; Ruta 5, La Paz, Las Piedras y Progreso; Rutas 6 y 7, Toledo; Ruta 8, Barros Blancos, Pando y la Ruta Interbalnearia, Ciudad de la Costa, Pinar.

El estudio realizado en el marco del Núcleo interdisciplinario ASDer (Adolescencia, Salud y Derechos Sexual y Reproductivos)³ dejó planteada la necesidad de avanzar en la identificación de aquellos factores que explican que en iguales condiciones sociales de vida crítica y bajos niveles de educación, algunas adolescentes inician la maternidad en esta etapa del curso de vida y otras la posponen (López Gómez & Varela Petito, 2016).

A partir de esta pregunta de investigación, en el siguiente informe se presenta:

1) una tipología que identifica los distintos patrones de comportamiento reproductivo de las adolescentes residentes en áreas de la periferia del Gran Montevideo donde la paridez media acumulada (PMA) de las adolescentes⁴ y el porcentaje de adolescentes madres superan los promedios del país (PMA 0,11 y 10% de madres adolescentes). 2) A partir de la tipología del comportamiento reproductivo de las adolescentes y jóvenes que acabaron de finalizar la adolescencia (20 y 21 años) se presenta un análisis descriptivo en función de: a) la educación alcanzada y el contexto de socialización del hogar de las jóvenes, b) las condiciones de bienestar social, 3) un modelo econométrico probit que identifica factores que explican la probabilidad de ser madre en la adolescencia en función de contextos sociales y económicos críticos, 4) y el análisis cualitativo de las percepciones y valoraciones de mandos medios y operadores del sistema de salud, en relación a las barreras de acceso a la SSR y al descenso reciente de la fecundidad adolescente.

Entre los principales resultados alcanzados, se destaca que la homogeneidad del comportamiento reproductivo adolescente en Montevideo y el área metropolitana, observado en estudios anteriores esconde heterogeneidades importantes. En el gran Montevideo se encontraron sub áreas donde la segregación social y urbana es aún más importante que la que presenta el barrio en su conjunto. Las desigualdades sociales existentes se ven reforzadas para las jóvenes madres y a su vez, generan una alta probabilidad de reproducirse para las generaciones siguientes. La tipología del comportamiento reproductivo da cuenta de este

³ El estudio fue realizado en el marco del Núcleo interdisciplinario Adolescencia, Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (ASDer) apoyado por el Espacio Interdisciplinario de la Udelar. El mismo nuclea investigadores del Programa de Población de la Unidad Multidisciplinaria de la Facultad de Ciencias Sociales y el Programa de Género, derechos reproductivos y sexualidades del Instituto de Salud de la Facultad de Psicología.

⁴ La Paridez media acumulada refiere al número medio de hijos tenidos hasta determinada edad, que en promedio acumulan las mujeres de cada cohorte de edad (es decir las mujeres que tuvieron y no tuvieron hijos). En este trabajo se considera la paridez media acumulada de las mujeres entre 15 y 19 años y la paridez media acumulada a las mujeres entre 20 y 21 años.

fenómeno, la cual permite visualizar la diversidad de la fecundidad adolescente en el territorio.

En grandes líneas se observan altos niveles de fecundidad adolescente, entorno a las cinco rutas principales que parten de la ciudad de Montevideo y conectan con los departamentos contiguos de Canelones y San José. La representación gráfica da cuenta de una mano que tiene dos nudos críticos en la ciudad de Montevideo, uno en la zona centro este (barrios Casavalle y Piedras Blancas) y otro en la zona oeste (en los barrios, Cerro, Casabó y La Paloma- Tomkinson), y a partir de estos núcleos surgen cinco corredores claramente identificados que acompañan la avenidas y rutas principales.

Este análisis es consistente con los análisis socio urbanos de la ciudad de Montevideo y su área metropolitana (Couriel & Menéndez, 2014), (Veiga, Desigualdades Sociales y Territoriales en Uruguay, 2015), (Bervejillo, 2008) y los análisis de pobreza de Montevideo (Calvo, y otros, 2013), (Borrás, 2018). Estas cinco grandes áreas presentan niveles altos de pobreza y carencias socio urbanas que se vinculan fuertemente a los altos niveles de fecundidad adolescente.

Sin embargo, el análisis desagregado por segmentos permite profundizar y visualizar heterogeneidades en el comportamiento reproductivo de las adolescentes, en áreas que en promedio se presentan como homogéneamente pobres y con altos niveles de fecundidad. Es interesante destacar, que los segmentos con mayores niveles de fecundidad adolescente⁵, se ubican en el Gran Montevideo como “islas”, en torno a áreas con niveles medio y medio alto de fecundidad adolescente. Estas “islas” se configuran como zonas ancladas en el territorio, con altos niveles de carencias críticas, pero no se visualizan como un territorio extenso e uniforme de precariedad social, económica y urbana. A su vez, se observa que en algunas zonas que registran niveles significativos de pobreza, pero son áreas más consolidadas y con una historia de poblamiento asociada a la clase trabajadora, los niveles de fecundidad adolescente descienden, incluso se observan segmentos con niveles menores al promedio país, insertos en barrios que registran niveles altos de fecundidad adolescente.

⁵ Segmentos con paridez media adolescente muy superior al promedio país (rango de 0,29 a 1), en estos segmentos el porcentaje de adolescentes madres es superior al 25%, alcanzando el 100% (excepto en un segmento que registra un 17%), y el promedio de hijos sobre el total de madres, se ubican en un rango de 1 a 3 hijos.

Incorporar la mirada territorial al análisis del comportamiento reproductivo de las adolescentes permite visualizar la heterogeneidad del fenómeno en espacios que se presentaban como homogéneos, y por lo tanto aporta al diseño de políticas públicas más precisas y asertivas.

A partir de la tipología del comportamiento reproductivo, se analizó la probabilidad de ser adolescente madre, en cada uno de los contextos socio urbanos identificados. El modelo econométrico probit, confirma que aún en los contextos socio urbanos con fecundidad adolescente muy elevada, la presencia en el hogar de al menos un adulto mayor de 18 años con 12 años de educación o más, es la variable más determinante para reducir la probabilidad de ser madre en la adolescencia. Esto induce a hipotetizar que el efecto que tiene el hogar y sus miembros como modelos de rol sobre las expectativas de las adolescentes, incluso cuando se aísla el efecto del clima educativo, interviene como efecto “protector para no realizar la transición a la maternidad en la etapa adolescente”. A pesar de convivir en un medio donde los vínculos y las relaciones sociales pueden promover el desinterés por mantenerse en el sistema educativo, y la proyección futura no se visualiza más allá de la maternidad, este efecto “protector” puede estar operando como un factor amortiguador frente al imaginario social predominante, en torno a aceptar la maternidad en la etapa adolescente, como destino probable y no reprobado.

En el estudio de las percepciones de los actores involucrados en el diseño y ejecución de la política de salud sexual y reproductiva (mandos medios y operadores), se reconoce el avance y profundización que en esta última década se ha realizado, en especial se destacan los esfuerzos por acercar a las y los adolescentes a los centros de salud, sin embargo, reconocen que estos esfuerzos no han redundado en que estos concurren en mayor medida a los espacios adolescentes creados.

En ese sentido, la Estrategia intersectorial de prevención del Embarazo no intencional en la adolescencia (en adelante la Estrategia) liderada por el Ministerio de Salud Pública (MSP), identifica estos nudos críticos y establece acciones que posibiliten atenuar las dificultades planteadas. Se prioriza el trabajo en territorio, en el que se reúne a los diferentes actores que trabajan con adolescentes desde los distintos ámbitos: la salud, la educación, el desarrollo social y las organizaciones sociales.

En el marco de la Estrategia, se incorporó el programa de ampliación de la canasta de métodos anticonceptivos, específicamente la incorporación de los implantes subdérmicos que se comenzaron a implementar en el 2014 a través de un proyecto piloto. Dicha incorporación tuvo gran aceptación en la población en general y en particular entre las adolescentes y jóvenes.

La incorporación de estos métodos y su gran aceptación entre la población más joven, podría ser un factor explicativo del descenso de la tasa de fecundidad adolescente, que se profundizó de forma abrupta a partir de 2016, alcanzando en 2018 el 35,8 por mil (cuando entre 2000 y 2014 se encontraba en el entorno de 60 por mil).

Los factores estructurales que configuran la maternidad en la adolescencia, como un problema social, no muestran grandes variaciones que permitan explicar el descenso abrupto de la fecundidad adolescente. La inequidad entre las generaciones se mantiene y no se ha observado una superación de la polarización social en los últimos años. Estas jóvenes continúan teniendo muy bajas oportunidades de superación e inserción social. Sin duda, el no tener un hijo cuyo embarazo no se planificaba para esa etapa del curso de vida debería de ser muy positivo para ellas y ellos (en caso que asuman la paternidad) y para los niños que nacieran. Sin embargo habrá que estudiar en el mediano plazo (5 o 10 años) las trayectorias educativas y laborales.

Explicar el descenso de la fecundidad adolescente solo con la incorporación de los implantes subdérmicos, es una mirada reduccionista de la problemática y de las políticas que se vienen implementando hace más de una década en relación a la salud sexual y reproductiva en el Uruguay. La apuesta a una Estrategia que trascienda la mirada reproductiva y que permita visualizar las oportunidades diferenciadas que existen en la sociedad para los y las adolescentes según los estratos sociales, y su vinculación estrecha con las opciones que estos asumen en su vida sexual y reproductiva, da cuenta de un acumulado en la construcción de política pública. Sin embargo, cabe preguntarse si esta concepción tiene la capacidad de constituirse en acciones concretas intersectoriales, que construyan en relación a disminuir las brechas sociales entre las poblaciones adolescentes del Uruguay.

1-CONSIDERACIONES TEÓRICAS

Adolescencias y trayectorias

La genealogía de la construcción teórica de la adolescencia como etapa dentro del ciclo de vida, surge dentro de la psicología evolutiva a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, y era concebida como pasaje de la infancia a la adultez. Esta construcción está asociada a los requerimientos de las sociedades capitalistas de constituir un pasaje entre la infancia y la adultez, que permitiera en las mujeres la preparación para el mundo privado de la familia y la crianza, retrasando la reproducción biológica. Y que en los varones posibilitará la capacitación para el mundo público remunerado (López Gómez & Varela Petito, 2016, pág. 17). Estas construcciones han sido superadas, y hoy se concibe como una categoría en sí misma, que tiene una importancia fundamental en la construcción de la identidad de los sujetos.

Si bien existen diversas opiniones en relación a la edad de inicio y fin de la adolescencia, según disciplinas, autores y regiones, se puede consensuar que esta etapa abarca entre los 10 y 19 años de edad (según lo define la Organización Mundial de la Salud – OMS). Es una etapa que se caracteriza por un ritmo acelerado en los cambios y en el crecimiento y que está condicionada por diversos procesos biológicos, que han variado a lo largo del tiempo y entre las culturas, dependiendo fuertemente de los contextos socioeconómicos. Estas variaciones marcan una serie de sub clasificaciones de la adolescencia que buscan acercarse y conceptualizar las distintas transformaciones, es así que se encuentra en la literatura definiciones en relación a la adolescencia temprana, media, tardía y el concepto de pubertad.

“La adolescencia está caracterizada por transformaciones importantes respecto a la imagen corporal, a la identidad infantil, a los ideales del yo, a la sexualidad infantil, a la relación con las figuras paternas, a la relación con los pares y con el mundo social amplio. Es un proceso atravesado por cambios intensos cuya posibilidad de experimentación dependerá de las condiciones familiares y socioculturales habilitantes y disponibles para que ello tenga lugar (López Gómez & Varela Petito, 2016). En ese sentido es que se construyen diversas trayectorias que pautan las biografías de los adolescentes y determinan distintas modalidades en el tránsito de la niñez a la adultez.” (Doyenart & Varela Petito, 2017).

Los adolescentes y los jóvenes transitan diferentes eventos, en los que gradualmente van adquiriendo autonomía y capacidad de autosustento, y los coloca en el proceso de pasaje a la

adultez. Estos eventos están vinculados tanto con el ámbito público, en la salida del sistema educativo e ingreso al mercado laboral; así como también se vinculan con el ámbito privado en la salida del hogar de origen, formación de pareja y nacimiento del primer hijo. Se trata de procesos, con distintas duraciones y formas de acuerdo al estatus social de pertenencia y al contexto socio histórico que cursan las generaciones. En ese sentido, las características sociales, culturales y económicas de los individuos y la correspondiente posición que ocupan en la estructura social, influyen en el proceso de pasaje a la vida adulta (Casal, Gacía, Merino, & Quesada, 2006), (Mora Salas & Olivera, 2009), (Settersten, Furstenberg, & Rumbaut, 2005).

En este proceso intervienen factores macro y micro sociales. De acuerdo al estatus social y al contexto socio histórico de pertenencia la transición a la adultez adquiere distintas modalidades. Las instituciones sociales y la matriz del Estado de bienestar en las que están insertos los sujetos moldean parte de sus comportamientos. En función de ello la transición a la vida adulta estará fuertemente influenciada por las políticas fiscales, familiares, de empleo y de vivienda del contexto social (Billari, 2004). En este sentido, los y las jóvenes construyen diversas trayectorias de pasaje a la vida adulta, de acuerdo al momento, la secuencia y contextos sociales en que se suceden los eventos característicos de la transición a la adultez. Asimismo, existe cierta heterogeneidad respecto a qué tipo de eventos se transitan en este proceso: mientras que un sector de las y los jóvenes vivirán todos los eventos que la teoría establece como definitorios del pasaje a la vida adulta durante la etapa de la juventud, otros experimentarán solamente algunos de ellos (Mora Salas & Olivera, 2009), (Echarri Canovas & Pérez Amador, 2007). Por tanto, es posible encontrar distintos modelos de transición a la adultez, según la duración, los eventos involucrados y los momentos en que suceden (Pellegrino & Varela Petito, 2014).

En las sociedades occidentales la secuencia de los eventos característicos de la transición a la adultez ha variado en el último siglo. Esto se evidencia en las sociedades desarrolladas y en los estratos sociales más educados de las sociedades que se encuentran en proceso de desarrollo. Se prolonga la permanencia en el sistema educativo en la que medida que se requieren mayores capacidades para un mercado de empleo cada vez más especializado. A su vez, esto promueve el retraso de las otras transiciones, la entrada al mercado de empleo, la salida del hogar de origen, la formación de pareja. En este escenario la llegada del primer hijo

es el último de los eventos y el que marca el final de la juventud y la entrada definitiva a la vida adulta (Ravanarena & Burch, 1998), (Ravanera & Rajulton, 2006), (Varela Petito, Fostik, & Fernández Soto, 2014).

Por el contrario, en los países en desarrollo y en los sectores sociales menos educados y más vulnerables, la transición a la maternidad se opera, en proporciones importantes, en la adolescencia. El inicio de la trayectoria reproductiva en la etapa adolescente es un evento que genera cambios sustantivos en la cotidianidad de las personas debido al incremento en las responsabilidades y los nuevos roles que se deben asumir con la maternidad y la paternidad. La adolescencia como etapa evolutiva en el ciclo de la vida, se desvanece con la asunción de la maternidad e incorpora a las adolescentes a la adultez. La maternidad constituye uno de los eventos claves que pauta el tránsito de las y los jóvenes a la vida adulta. La llegada del primer hijo cambia sustancialmente la vida de las personas y es considerado el evento que definitivamente incorpora a las personas a la adultez. Los roles que se deben asumir en función al estatus de madre implican tomar responsabilidades que generan un cambio sustancial en la vida de las mujeres. Por tanto, el momento de la juventud en que se inicia la trayectoria reproductiva pauta gran parte del camino que conduce a la adultez. De acuerdo a cuándo y en qué condiciones sociales suceda este evento, la entrada a la vida adulta se realizará alcanzando diferentes grados de autonomía y de inserción social (Arnett, 2000), (Casal, Gacia, Merino, & Quesada, 2006), (Varela Petito, Fostik, & Fernández Soto, 2014).

La acumulación académica ha permitido avanzar en la caracterización de los factores sociodemográficos que explican el inicio de la trayectoria reproductiva en la etapa adolescente. La maternidad en la adolescencia es una expresión de desigualdad social que limita el desempeño y autonomía de las jóvenes en la vida adulta. La precarización en términos de acumulación de activos al ingreso de la etapa adulta es relevante, ellas alcanzan menores niveles educativos, mayor pauperización, empleos no calificados y menor inserción en el mercado de empleo que aquellas jóvenes que pospusieron la maternidad más allá de la adolescencia (Rodríguez & Cavenaghi, 2016), (Varela Petito & Lara, 2015), (Rodríguez & Cavenaghi, 2013), (Florez & Soto, 2006), (Pantelides, 2004), (Stern, 2004).

Segregación residencial y adolescentes madres

También se ha puesto de manifiesto que la maternidad adolescente es una de las “caras” del proceso de segregación residencial que ha operado en las últimas décadas en el país y en

particular en el Gran Montevideo y que refleja una importante fragmentación y desigualdad social en Montevideo y en el país en general (Veiga & Rivoir, 2008), (Veiga, 2015). Este fenómeno como refiere Katzman (1996) se constituye en *ghettos* que limitan las oportunidades de movilidad social para un conjunto de población con carencias críticas en la medida que compromete la acumulación de capital social y capital humano. "El deterioro del capital social en los *ghettos* urbanos se refleja en al menos tres dimensiones: el creciente aislamiento con respecto a la sociedad global, el desgaste de la reserva de confianza entre los mismos vecinos y el continuo drenaje de los que tienen voz." (Katzman, 1996, pág. 47).

El análisis intercensal (1996- 2011) de la dinámica demográfica muestra que las áreas de la ciudad de Montevideo donde se concentran los mayores porcentajes de población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), han aumentado su población (Doyenart M. , 2015), (López Gómez & Varela Petito, 2016) y es en estos territorios donde se concentra el mayor porcentaje de adolescentes que iniciaron la trayectoria reproductiva en esta etapa del ciclo de vida. Estos barrios de precariedad socio urbana que se ubican desde el centro a toda la periferia de la ciudad, muestran sin embargo una heterogeneidad a su interna. Se encuentran sub áreas donde la segregación social y urbana es aún más importante que la que presenta el barrio en su conjunto. Las desigualdades sociales que se generan se ven reforzadas para las jóvenes madres y a su vez implican una alta probabilidad de reproducirse para las generaciones siguientes. Es importante tener presente, que el crecimiento de población vulnerable, responde a dos componentes que se suman: por un lado, las migraciones que se verifican desde barrios consolidados de Montevideo, y por otro lado, en estos espacios se verifica una tasa de fecundidad mayor al promedio nacional. Diversos estudios demográficos dan cuenta de esta situación, en particular Varela et al. (2014), establece que en las periferias críticas de Montevideo, se encuentran las mayores tasas de fecundidad adolescente y promedio elevado de hijos por mujer al final de la etapa reproductiva, los niveles educativos más bajos y los mayores niveles de pobreza. La migración registrada hacia las periferias precarias de la ciudad, podría asumirse que es una migración selectiva: familias jóvenes con numerosos hijos que deben buscar una oportunidad de vivienda más barata u optan por una ocupación ilegal, configurándose una fuerte asociación entre ciclo de vida y precariedad (Filgueira & Errandonea, 2014).

El territorio, con todos sus atributos, interviene fuertemente en la construcción de la identidad social. Si bien no es determinante, sí opera como un condicionante muy fuerte. Esa

construcción se configura tanto desde la imagen que tiene la propia población que vive en un determinado territorio, como la imagen que deposita el resto de la población sobre ese territorio y sus habitantes.

La imagen colectiva de los barrios permite a cada uno de los residentes apropiarse de las propiedades que se le asignan al conjunto. Así el territorio colabora en la construcción del valor social de sus ocupantes. La imagen que los individuos se hacen de sí mismos tiene que ver con la imagen socialmente construida del barrio en el que se ubica. Y esto tiene su correlato material ya que al estar en tal o cual barrio condiciona el acceso a bienes y servicios de diferente calidad y valoración social. Esto es así tanto en la valoración positiva de las zonas ocupadas por los sectores dominantes como en la estigmatización de los dominados, con la diferencia importante que estos últimos se ven privados del poder simbólico necesario para adoptar una imagen social positiva.

“El barrio elegante, como un club fundado en la exclusión activa de las personas indeseadas, consagra simbólicamente a cada uno de sus habitantes permitiéndoles participar del capital acumulado por el conjunto de los residentes; al contrario, el barrio estigmatizado degrada simbólicamente a quienes lo habitan, los cuales a cambio hacen lo mismo con él, ya que al estar privados de todas las cartas de triunfo necesarias para participar en los diferentes juegos sociales, no comparten sino su común excomuniación” (Bourdieu, 1999).

Este escenario es el que se ha instalado en el Uruguay y particularmente en lo que respecta a Montevideo y su área metropolitana, segregando a un conjunto de la población joven a barrios de las periferias de las ciudades y que contribuye a profundizar la condición de privación social y sus condiciones de vida en general. Se polariza la desigualdad social y limitación de la circulación urbana recluyendo a las y los jóvenes a determinados espacios de la ciudad.

En relación a ello, las evidencias que han señalado (Calvo, y otros, 2013) y (Varela Petito, Pardo, Lara, Nathan, & Tenenbaum, 2014), muestran que el desplazamiento de población con carencias básicas críticas desde distintos barrios hacia otros de la periferia de la ciudad, ha ido construyendo áreas donde se recluye población de hogares con altos niveles de NBI, altos niveles de fecundidad y maternidad en adolescentes, un promedio elevado de hijos por mujer, y escasa movilidad e intercambio más allá del medio donde residen. La maternidad elevada en adolescentes en estos espacios es uno de los fenómenos que caracteriza a parte de las jóvenes

que viven estas áreas, limitando sus posibilidades de ejercicio de ciudadanía (López Gómez & Varela Petito, 2016).

Los estudios realizados, hasta el momento en el país, no establecen con certezas la vinculación entre el contexto donde se habita y la mayor probabilidad de realizar la transición a la maternidad en la etapa adolescente y la juventud temprana (entre los 20 y los 24 años). ¿En qué medida importa el barrio y en qué medida el contexto familiar? El trabajo realizado por (López Gómez & Varela Petito, 2016), deja ciertas evidencias en este sentido. Sin embargo no queda establecido los factores que intervienen en aquellas jóvenes que aun viviendo en estos contextos no inician la maternidad en la adolescencia.

La investigación realizada por Molinatti (2014) en la ciudad de Córdoba, concluye que las probabilidades de ser madre entre los 15 y 19 años se encuentran significativamente influenciadas por el contexto residencial donde viven las adolescentes, más allá de las diferencias observadas a nivel individual y del hogar. Mientras las zonas segregadas, donde predomina un clima educativo alto actúan como protectoras, aquellas en una situación opuesta, lo hacen como potenciadoras, disminuyendo o aumentando, respectivamente, el riesgo.

En este sentido considerar los comportamientos sociales y culturales en sus anclajes territoriales resultan relevantes para interpretar los procesos de desigualdad territorial que en ellos se operan (CEPAL, 2014).

2- CONTEXTO SOCIAL, ECONÓMICO Y CULTURAL EN EL QUE CRECIERON LAS Y LOS JÓVENES DE HOY

Evolución del bienestar en los 2000, en el Uruguay.

Los vínculos entre niveles de vida precaria, medida a través de diferentes indicadores socio económicos, y maternidad temprana están claramente marcados por la literatura. De acuerdo al último informe elaborado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) sobre la evolución de los indicadores de pobreza y desigualdad, se observa para el período 2006-2017 una caída de la indigencia en personas para total país de 2,5% a 0,1%, mientras que en Montevideo pasó de 2,4% a 0,1%.

La pobreza medida a través de ingresos también registró una marcada caída en estos últimos 11 años, pasando de un total país de 32,5% en 2006 a 7,9% en 2017, y en la capital estas cifras fueron 32,9 y 11,1 para 2006 y 2017 respectivamente. No obstante, la evolución no ha sido homogénea en el tiempo, el descenso de la pobreza fue más marcado hasta 2014 y luego hay un estancamiento entre 2014-2016, que luego se revierte con otra caída en el 2017. En términos globales, ambos indicadores muestran cambios positivos en el bienestar social, acompañando un buen desempeño de la economía uruguaya.

Otra forma de medir la pobreza es incorporando dimensiones que reflejen el bienestar de la población desde un enfoque de derechos, como la vivienda, educación, seguridad social, y salud. El Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) calcula la pobreza multidimensional⁶, mostrando que se pasa de 29,1% en 2006 a 12,2% en 2011. De manera contraria, el porcentaje de personas no pobres ni por ingreso monetario ni por derechos pasó de 27,9% en 2006 a 43,1% en 2011 (Ministerio de Desarrollo Social, 2015). Asimismo, el porcentaje de personas con sólo una carencia aumentó en 2016 y cayó el porcentaje de 2 y más privaciones. La vivienda es la que más incide en las privaciones, seguido de seguridad social, mientras que su descenso fue más lento en vivienda y educación. Al igual que la pobreza medida por ingresos monetarios, en la pobreza multidimensional se registra una persistencia de la infantilización de este fenómeno. Sin embargo, estos cambios no son homogéneos a la interna de la población. En 2017 los menores de 6 años y los niños entre 6 y 12 años son los que registran mayores niveles de incidencia de la pobreza e indigencia, en contraposición a los grupos de edades más avanzadas (17,4%; 15,1% para los primeros dos grupos, y 1,3% para las personas de 65 y más).

En el informe de UNICEF (De Armas, 2017), se habla de un “*piso*” de hogares en situación de pobreza (6,2 % de todos los hogares en 2016) que por sus rasgos sociodemográficos, por sus vínculos con el mercado y por su ubicación geográfica constituyen, en cierto sentido el núcleo duro —urbano— de la pobreza, en el que suelen combinarse la pobreza monetaria y las privaciones o necesidades básicas insatisfechas.

⁶ Para medir la pobreza multidimensional se utiliza la metodología desarrollada por el CONEVAL para México, adaptándola para el caso uruguayo. Según el CONEVAL, “...una persona es pobre si es carente tanto en el espacio del bienestar como en el espacio de los derechos”... la medición debe incluir, al menos, 8 indicadores asociados a ingresos: educación, acceso a servicios de salud, seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, acceso a servicios de la vivienda, acceso a alimentación y cohesión social, manteniendo separados dos ámbitos: el bienestar económico y los derechos...” (MIDES, 2015).

Si bien la reducción de la pobreza monetaria en niños y adolescentes que se ha producido en Uruguay entre 2004 y 2016 es muy significativa, tal disminución no revirtió la inequidad entre grupos de edad, siendo las generaciones más jóvenes las más perjudicadas con relación a la incidencia de la pobreza.

Uruguay registra una ratio entre pobreza infantil y pobreza en adultos (en particular, adultos mayores) que lo ubica entre los países con mayores niveles de desigualdad entre grupos de edad en el acceso al bienestar, en perjuicio de las generaciones más jóvenes. Mientras en el trienio 2004 a 2006, cuando la sociedad uruguaya aún experimentaba los impactos sociales de la última crisis, el porcentaje de pobreza en los niños y adolescentes era 3,4 veces mayor que el registrado en los adultos mayores (respectivamente, 55 % y 16 %), en el trienio 2012 a 2015 fue nueve veces mayor (19 % y 2 %, respectivamente). En el mismo informe se afirma que lejos de atenuarse, este rasgo se ha ido acentuando en los últimos años pese a la fuerte reducción de la pobreza en la infancia (de cerca del 60 % al 18 %) y a la creciente priorización de la niñez en el diseño de políticas sociales.

Los datos más recientes ubican a Uruguay como un país donde la pobreza está concentrada casi exclusivamente en una porción de las familias con niños y adolescentes: el 90 % de las 330 mil personas en situación de pobreza está conformado por menores de 18 años y por las personas adultas —en una alta proporción jóvenes— que viven con ellos; solo una décima parte de las personas que sufren pobreza monetaria forma parte de hogares donde no hay menores de 18 años.

La sostenida disminución de la pobreza monetaria que se registró en Uruguay entre 2004 y 2014 y la fuerte caída observada entre los adultos (entre los adultos mayores, de 18,6 % a 1,9%) han determinado que la pobreza afecte casi exclusivamente a hogares con niños, hogares integrados por al menos una persona menor de 18 años de edad.

Otro aspecto a tener en cuenta es la desigualdad geográfica asociada a la pobreza. Dentro de Montevideo las zonas con mayor incidencia de la pobreza se localizan en la periferia mientras que las zonas con niveles más bajos de pobreza se recuestan sobre la costa montevideana (sureste) y el centro. Los corredores de acceso a la ciudad (ruta 1, que conecta la Ciudad de San José con Montevideo, ruta 5 que conecta la capital con las ciudades de La Paz y Las

pedras y ruta 8, en el eje ruta Interbalnearia en inmediaciones del Aeropuerto Internacional de Carrasco), concentran niveles altos de pobreza. A su vez, estas zonas de alta y baja incidencia de pobreza, conforman conglomerados geográficos homogéneos (Borrás, 2018).

Por último, en el reciente cuaderno de Desarrollo Humano para Uruguay se da cuenta de que los logros educativos han tenido escaso avance, y que los hogares que salieron de la pobreza eran los que estaban mejor en el punto de inicio. Dichas transiciones hacia la salida de la pobreza se constataron en términos de ingreso, hacinamiento y bienes durables. También se destaca que los hogares con jefatura femenina, afro o con bajo nivel educativo son los que registran más vulnerabilidad (PNUD, 2018).

En las últimas décadas se han generado mejoras sustantivas en los niveles de bienestar social del Uruguay, reduciéndose los niveles de pobreza y de desigualdad social de la población. Sin embargo, al hacer foco en poblaciones como los niños y adolescentes se advierten elevados porcentajes de menores que viven en situación de pobreza en relación a los adultos, lo cual da cuenta de que la polarización persiste, que registra un crecimiento en los últimos años. Esto hace que sea fundamental la generación de políticas públicas para mejorar la situación de la infancia y adolescencia en el Uruguay.

Evolución del contexto educativo del Uruguay a inicios del siglo XXI

El sistema educativo uruguayo a comienzos del siglo XXI se caracteriza por la lentitud con la que se procesan cambios orientados a su universalización (como son la expansión de la cobertura y acreditación en la educación media básica, obligatoria desde 1972, y de la educación media superior, establecida como tal por la Ley General de Educación de 2008; o el acceso y el egreso de la educación terciaria). Si bien durante buena parte del siglo XX Uruguay se ubicó en la vanguardia regional en lo que refiere a sus indicadores educativos (tasa de alfabetización, cobertura de la educación primaria, etc.); desde la segunda mitad de siglo se evidencia un progresivo rezago en términos absolutos y relativos (es decir, en comparación con América Latina o con países fuera de la región con similar nivel de desarrollo) de los avances en materia de logros educativos de la población (Ministerio de Educación y Cultura, 2018).

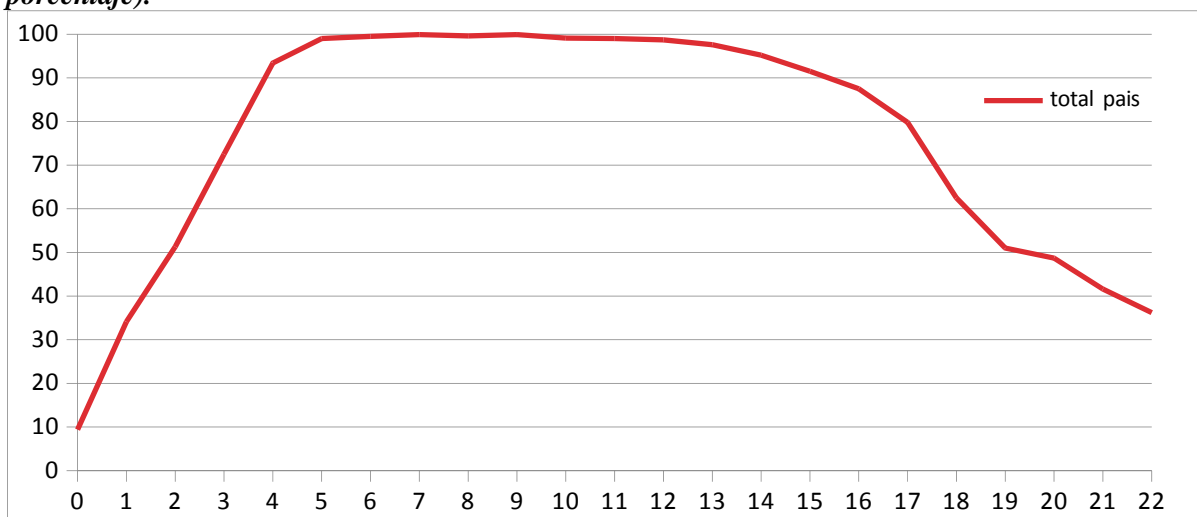
Si se observa el panorama de la educación en Uruguay a comienzos del nuevo siglo, puede concluirse que, en materia de educación primaria, mantiene unas altas tasas históricas de acceso y egreso del nivel (este último alcanza al 97,7% en la actualidad), a lo que se agregan mejoras en lo que refiere a la repetición en niveles críticos como primer y sexto grado (en primer grado la repetición descendió de 20,1% en 2002 a 11,7% en 2017, mientras que la repetición total pasó del 10,3% a 4,5% en el mismo periodo). Se ha caracterizado, además, por una expansión de la modalidad de escuelas de tiempo completo y extendido⁷, que en la actualidad representan el 19,7% de la matrícula de educación primaria pública (CEIP, 2017). No obstante, un 27,1% de los egresados de primaria lo hace con al menos un año de extra edad (CEIP, 2017), y ello es un factor de riesgo en el pasaje entre la educación primaria y el primer ciclo de la educación media (general o técnica). Los problemas del tránsito entre la educación primaria y la media básica revelan desigualdades enormes en materia socioeconómica y territorial (tanto en el clivaje Montevideo -resto del país, como a la interna de las zonas urbanas, en áreas con diferentes características socioeconómicas y sociales) (Fernández & Ríos, 2014). Tal como se observa en el gráfico 1, a partir de las edades de finalización de primaria (11-12 años) comienza a evidenciarse la caída progresiva en la asistencia a centros educativos (Ministerio de Educación y Cultura, 2018).

En lo que refiere a la educación media, constituye el nodo crítico en el que las desigualdades se expresan en las trayectorias de las y los adolescentes y jóvenes uruguayos. Es así que a los 17-18 años, solo 7 de cada 10 jóvenes logró culminar la educación media básica (entre 2006 y 2017 el indicador aumentó en 8 puntos porcentuales), mientras que a los 21-22 años, solo 4 de cada 10 culminó la educación media superior (5,7 puntos porcentuales es la mejora en el indicador observada en los últimos 11 años) (Ministerio de Educación y Cultura, 2018). Si se observa por quintiles de ingresos, la desigualdad en la culminación de ciclos es marcada:

⁷ Modalidad que constituye una herencia del último intento de reforma de envergadura en la educación, implementada por Germán Rama en 1996. Los componentes principales de dicha reforma fueron: a) La focalización hacia sectores vulnerables en términos de equidad (principalmente mediante la universalización del acceso a educación inicial y educación media básica), b) mejora de la calidad educativa; c) reforma curricular de educación pública (junto con extensión horaria y concentración de las actividades de los profesores); d) profesionalización docente, principalmente creando centros regionales de formación docente en el interior del país; e) modernización de la gestión (Grau, Aguerrondo, Llambí, Mancebo, & Torello, 2008) (Bentancur, 2008) y f) fortalecimiento de la oferta en la Educación Técnica, mediante la creación de Bachilleratos Tecnológicos. Las modificaciones introducidas por Rama fueron perdiendo impulso en casi todos los casos hacia los años 2000.

mientras que a los 17-18 años el 95,9% de los jóvenes del quintil más alto de ingresos culminó la educación media básica, en el quintil más bajo apenas la mitad completó el ciclo. En relación a la educación media superior, la brecha es aún mayor en los logros a los 21-22 entre el quintil de mayores ingresos y el quintil más bajo (66,6 puntos porcentuales). Aún en el quintil de mayores ingresos, la educación media superior está lejos de la universalidad, en tanto 1 de cada 5 jóvenes no la completó. Respecto a las diferencias de género, la brecha entre varones y mujeres persiste en todos los niveles (a excepción de primaria), con menores tasas de culminación entre ellos (8,2 puntos porcentuales de brecha en la culminación de educación media básica a los 17-18 años y 14,8 puntos porcentuales en logro de educación media superior a los 21-22). En cuanto a las desigualdades territoriales, Montevideo muestra mejores indicadores en materia de asistencia y culminación de ciclos que el resto del país (Ministerio de Educación y Cultura, 2018).

Ilustración 1. Gráfico 1. Tasa de asistencia a centros educativos según edad año 2017 (en porcentaje).



Fuente: Elaboración propia en base a datos tomados del Ministerio de Educación y Cultura (MEC) sobre la Encuesta Continua de Hogares (ECH) 2017 (Ministerio de Educación y Cultura, 2018).

Si bien existe coincidencia entre la visión social, política y académica respecto a la necesidad de mejora del sistema educativo en materia de los indicadores de acceso, retención y egreso de los estudiantes; esto se ha traducido en crecimientos modestos en la matrícula, la asistencia y los niveles terminales alcanzados por los adolescentes y jóvenes uruguayos. Ello pese al despliegue de múltiples -aunque fragmentadas- políticas de inclusión educativa (particularmente en el período 2005-2015) orientadas a la continuidad y reinserción de

poblaciones en riesgo educativo⁸. Estas políticas incluyeron diferentes componentes económicos (becas), de acompañamiento social y académico (actividades recreativas y de integración, tutorías académicas y entre pares etc.), aunque casi no incluyeron modificaciones curriculares o de aspectos organizacionales del sistema. Por otra parte, tampoco propusieron componentes destinados a mitigar los efectos de las desigualdades asociadas a las transiciones a la adultez (trabajo, entrada en unión, maternidad-paternidad) y a las diferencias de género, que los antecedentes han identificado como condiciones de riesgo educativo (Cardozo, 2015), (Fernández T. , 2009), (Ríos, 2014).

En lo que refiere concretamente a la transición a la maternidad y su relación con las trayectorias de desvinculación educativa, se encuentra que el embarazo propio o de la pareja es una razón no muy frecuente de la desvinculación (solo el 7 % del total de los jóvenes entre 12 y 29 años la mencionan, lo cual disminuye al 4,4% al observar el tramo de 12 a 17 años, pero alcanza al 11% entre los jóvenes del quintil de ingresos más bajo). Otros motivos muestran un mayor peso como la transición al trabajo (24,7%) o el desinterés en los contenidos (52,3%) (Ministerio de Educación y Cultura, 2018), lo cual da cuenta de que la fecundidad en la adolescencia se enmarca en un proceso en el cual la desvinculación educativa muchas veces es previa (Varela Petito, Fostik, & Fernández Soto, 2014) y puede vincularse más a la falta de interés. Sin embargo, las intervenciones de política orientadas a la inclusión no se han planteado explícitamente dispositivos que trabajen en función del curso de vida de los y las adolescentes (Pereda, 2010) (Anfitti & Ríos, 2014), lo cual constituye una limitante para situar la educación como un articulador del proyecto de vida.

3- ANTECEDENTES DE LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE Y LA DESIGUALDAD TERRITORIAL EN URUGUAY

La tasa de fecundidad adolescente⁹ en América Latina y el Caribe es elevada (64 por mil) en comparación con el promedio del mundo (44 por mil). En el quinquenio 2010-2015 solamente

⁸ Este período, imprimió a las políticas educativas una fuerte impronta social, orientada a la disminución de la pobreza y las desigualdades, y la reducción de brechas intergeneracionales. Estas políticas presentan la particularidad que, aunque tienen un componente de focalización en la identificación de poblaciones vulnerables, se integran a un cuerpo más amplio políticas de protección universalista.

⁹ La tasa de fecundidad es la relación entre el número de hijos de las mujeres de determinada edad (en este caso 15 a 19 años) y el total de mujeres de esa edad en un período determinado.

África la supera (98,5 por mil) y se encuentra muy por encima de Asia (30,4 por mil), América del Norte (28,3 por mil) y Europa (16,2) (Division, United Nations Department of Economic and Social Affairs. Population, 2016).

La región de América Latina y el Caribe resulta paradigmática en la medida que ha descendido la fecundidad total (TGF)¹⁰ de forma muy importante en las últimas tres décadas, pasando de un promedio de 3 hijos por mujer al límite del reemplazo de la población (2,18) (Cabella & Pardo, 2014). Sin embargo, el nivel de la fecundidad adolescente se mantiene elevado (64 por mil) y el ritmo de descenso no ha acompañado la tendencia de la fecundidad total. En varios países el comportamiento reproductivo de las adolescentes presenta una resistencia a la baja del nivel de la fecundidad.

En Uruguay, también el nivel de la fecundidad adolescente presentó un comportamiento divergente en comparación con la fecundidad total. En el período intercensal 1996-2011 la TGF descendió un 23% situándose por debajo del reemplazo de la población (1,9 hijos por mujer) y la tasa de fecundidad adolescente descendió un 18% (59 por mil)¹¹. Se destaca que este descenso se enlentece a partir de la década del 2000 hasta 2015. La caída que se registra en ese período fue oscilante, con años que registraron leves descensos y años con pequeños incrementos. A esta etapa se la identifica como “piso de resistencia al descenso de la fecundidad adolescente” (Varela Petito, Tenenbaum, & Lara, 2014).

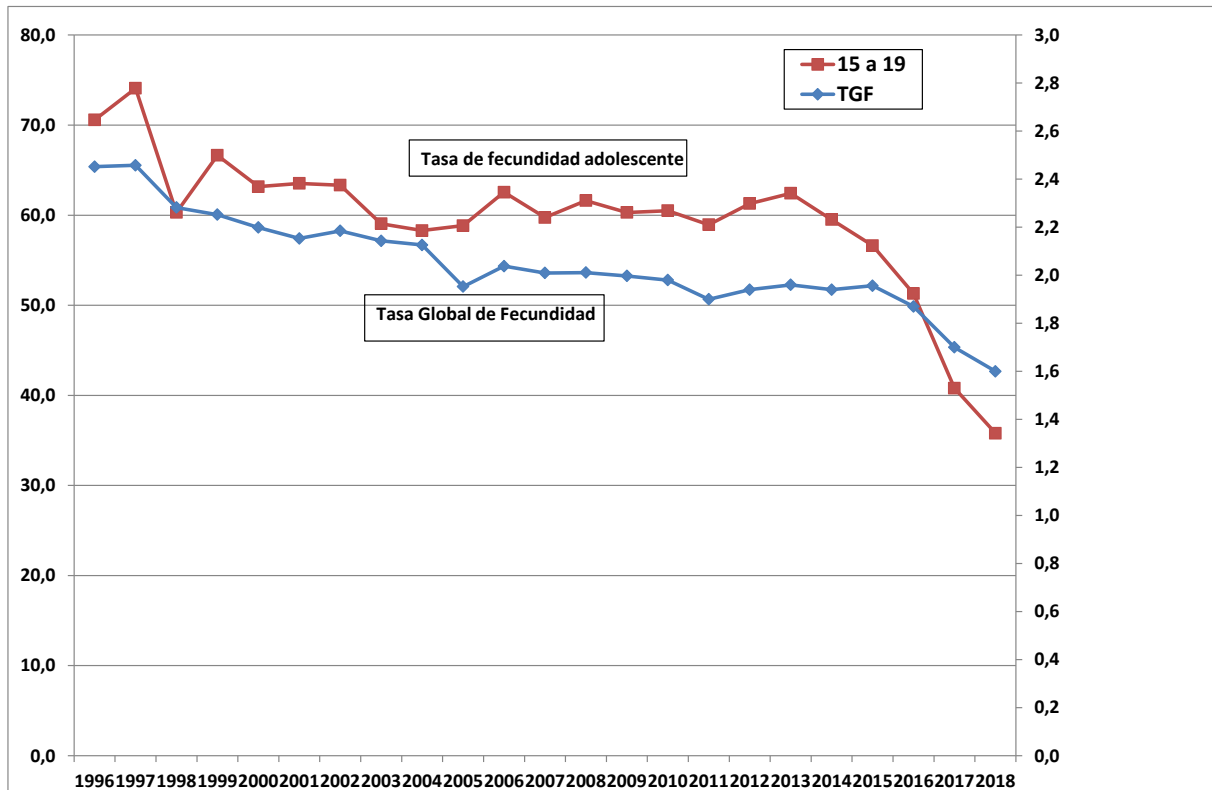
Sin embargo, en el año 2015 se registra un descenso importante de la tasa específica de fecundidad de las adolescentes entre 15 y 19 años, de 59,5 por mil en 2014 a 56,6 por mil en 2015. Ese descenso ha continuado, registrando una importante caída en el año 2016, 2017 y 2018 (51,3, 40,8 y 35,8 por mil respectivamente) (Ilustración 2, gráfico 2). La tasa de fecundidad de las adolescentes de 10 a 14 años también desciende en ese período pasando de 1,3 a 0,8 por mil. Este descenso abrupto es difícil de explicar sin una intervención importante de políticas en salud sexual y reproductiva que hayan podido llegar a la población adolescente en forma focalizada. Dado que la modalidad de los vínculos sexuales y el comportamiento

¹⁰ 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: i) tener a sus hijos durante su período fértil de acuerdo con las tasas de fecundidad por edad de la población examinada y ii) no estar expuesta a riesgo de mortalidad desde su nacimiento hasta el término de su período fértil.

¹¹ En este caso, la tasa de fecundidad adolescente incluye las tasas 10-14 años (1,7 por mil) y 15- 19 años (57,3 por mil).

reproductivo son fenómenos eminentemente sociales que se vinculan con pautas culturales, los procesos de cambio son de largo aliento, requieren tiempo para lograr cambios en las pautas de comportamiento.

Ilustración 2. Gráfico 2. Tasa de Fecundidad adolescente y Tasa Global de Fecundidad. Uruguay 1996-2018



Fuente: Elaboración propia a partir de Estadísticas Vitales y Censos de Población, INE

Trabajos anteriores han puesto de manifiesto que la divergencia en la tendencia de la TGF y la tasa de fecundidad adolescente se explica por calendarios y modelos reproductivos diferentes entre subpoblaciones. Las mujeres con niveles educativos bajos y que viven en hogares con condiciones sociales críticas, inician más tempranamente la trayectoria reproductiva, que las más educadas y en condiciones de bienestar social (Varela Petito, Tenenbaum, & Lara, 2014). Al respecto, Rodríguez (2014) señala que Uruguay, Brasil, Panamá y República Dominicana son los países en donde se incrementan las desigualdades socioeconómicas de la reproducción en la adolescencia y que Uruguay es el país que presenta una mayor desigualdad (Rodríguez, 2014). Estas jóvenes que inician la maternidad en esta etapa del ciclo de vida profundizan las condiciones de vida críticas, la desigualdad social se polariza con aquellas que posponen la

maternidad para etapas posteriores, y su entorno cotidiano de vida se cristaliza en un territorio acotado y segregado a determinados espacios de la ciudad.

La evidencia acumulada ha mostrado brechas importantes en el nivel de la fecundidad y maternidad en la adolescencia, tanto entre los departamentos del país como entre los barrios de Montevideo. Al norte del país se encuentran áreas donde la PMA oscila entre 0,13 y 0,16 y el porcentaje de madres adolescentes oscila entre el 17% y el 29%, mientras que al sur los valores alcanzan PMA entre 0,9 y 0,12 y maternidad entre 7% y 11 %. A su vez en Montevideo se constata una gran diversidad a la interna de los barrios. En la periferia crítica con altos niveles de privación social la PMA fluctúa entre 0,10 y 0,20 y el porcentaje de madres adolescentes oscila entre el 11% y el 17%. Por el contrario, en los barrios recostados a la costa este, la PMA presenta un rango entre 0,01 y 0,08 y los porcentajes oscilaban entre el 0% y el 3%. Esta situación también se constató en la zona Metropolitana.

En el año 2011 los niveles elevados de maternidad en la adolescencia en ciertos espacios del país, superaban los promedios a nivel nacional y de la capital 10% y 8% respectivamente- y el promedio de América Latina -13 %- (Varela Petito, Tenenbaum, & Lara, 2014).

La concentración de mayores niveles de fecundidad en los barrios de la periferia crítica de Montevideo es expresión de la desigualdad constatada en el territorio, específicamente en el Gran Montevideo, la fragmentación residencial se verifica en el crecimiento de la población de bajos ingresos en las periferias urbanas críticas; en el vaciamiento de la ciudad consolidada; en el importante crecimiento de los asentamientos irregulares; así como en el distanciamiento territorial entre sectores sociales de nivel socioeconómico bajo y sectores sociales de nivel socioeconómico medio y medio alto (Couriel & Menéndez, 2014).

En los últimos quince años en Montevideo, se agudizó la desigualdad social entre los dos extremos de la población. Estas situaciones diferenciadas según las áreas geográficas de la ciudad, dan cuenta de la importancia de analizar las dinámicas socio demográficas incluyendo el territorio como una dimensión de la desigualdad (Veiga, 2015).

El proceso de fragmentación social asociado a la segregación residencial y educativa, acentúa la segmentación entre diferentes estratos, reproduciendo la distribución de las clases en el espacio urbano y la exclusión social, como han revelado investigaciones en Montevideo

(Veiga & Rivoir, 2008) y otras ciudades latinoamericanas (Torres Ribeiro & comp, 2004), (Portes & Hoffman, 2003), (Veiga, 2015). Si partimos de que la segregación residencial es un proceso, el territorio no es mero reflejo de las desigualdades sociales, sino que es resultado de la diferenciación social en el territorio y constituyen procesos que se retroalimentan (Veiga, 2015), (Sabatini, 2005).

“El territorio —entendido como un sistema de interacciones sociales históricamente estructuradas y en constante evolución— adquiere un rol vital para comprender los procesos concretos en que intervienen los nuevos factores del desarrollo.” (CEPAL, 2014).

Un trabajo reciente acerca de la maternidad adolescente en Montevideo, ha dejado en evidencia que incluso al interior de los barrios donde este fenómeno alcanza niveles elevados (Casavalle y Jardines del Hipódromo)¹², el comportamiento reproductivo de las adolescentes es heterogéneo. Los grupos focales realizados a actores locales aportaron indicios acerca de brechas importantes en estos territorios que denuncian la profundización de este fenómeno en determinadas áreas más allá de los límites barriales (López Gómez & Varela Petito, 2016). El estudio por barrios según la delimitación administrativa no refleja las dinámicas socioeconómicas que se configuran en las áreas de Montevideo y esconde las diferentes realidades que se están procesando en el territorio. Estas evidencias que ha dejado planteado el trabajo de investigación de ASDer, orienta la investigación que deberá realizarse. Ella posibilitará reconfigurar las áreas donde se localizan las jóvenes que inician la trayectoria reproductiva en esta etapa del ciclo vital. Ello es fundamental para la implementación de la Estrategia intersectorial.

Las políticas en salud sexual y reproductiva en las últimas décadas

La salud sexual y reproductiva de adolescentes y en particular, la prevención del embarazo no intencional, es actualmente una preocupación de las políticas públicas en Uruguay. La salud sexual y reproductiva contempla fundamentalmente: el derecho de las personas a disfrutar y gozar de la sexualidad independientemente de la reproducción; el derecho a decidir acerca de realizar o no la transición a la maternidad o la paternidad y el derecho a estar libre de todo tipo de enfermedad, riesgo de mortalidad prevenible vinculados al ejercicio de la sexualidad y la reproducción. Las decisiones sexuales y reproductivas de las personas están relacionadas

¹² El trabajo se centró en los barrios de Casavalle y Jardines del Hipódromo, barrios contiguos que registran niveles altos de fecundidad adolescente (0,2 y 0,1 paridez media respectivamente) y altos niveles de maternidad en la adolescencia (17% y 10% respectivamente)

con sus trayectorias biográficas, con sus habilidades y capacidades cognitivas y emocionales y con las relaciones interpersonales producidas en ambientes socioeconómicos, culturales y políticos específicos (López Gómez A. , 2013).

Uruguay ha tenido un desarrollo temprano a nivel regional, de acciones en SSR, La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de 1994 y el Consenso de Montevideo de 2013 marcaron el camino para el desarrollo de políticas en este campo, siendo fundamental el papel de la sociedad civil organizada en este proceso.

Desde el año 2005 Uruguay ha implementado un amplio conjunto de leyes y programas que han reconocido los derechos sexuales y reproductivos de la población.

Se destacan en esta materia la Ley N° 18.426 de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva del año 2008 que le confirió carácter de ley a los derechos sexuales y reproductivos y estableció algunos mecanismos para garantizar su ejercicio: estableció el derecho a recibir anticonceptivos como parte de las prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud, y estableció el protagonismo de adolescentes y niños/as en los asuntos que atañen a su propia salud también en estos temas. En 2012 se aprobó la ley N° 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), cuya reglamentación sucedió en diciembre del mismo año e incluyó el abordaje específico y el reconocimiento de los derechos de las adolescentes.

En el año 2015 el Ministerio de Salud Pública define los Objetivos Sanitarios Nacionales para 2020¹³. Entre sus objetivos se plantea como meta prioritaria el descenso de la tasa específica de fecundidad adolescente y la reiteración del embarazo en la adolescencia. En este marco, en setiembre de 2016 el gobierno uruguayo anunció públicamente el compromiso y voluntad política de diseñar e implementar una “Estrategia intersectorial y nacional de prevención del embarazo no intencional en adolescentes”. Esta iniciativa es impulsada por los Ministerios de Salud Pública, Desarrollo Social, Educación y Cultura, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, la Administración Nacional de Educación Pública, el Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay y la Administración de los Servicios de Salud del Estado, con el apoyo de la Universidad de la República a través del Núcleo Interdisciplinario ASDer y del Fondo de Población de las Naciones Unidas.

¹³ Objetivos Sanitarios Nacionales 2020, MSP. Disponible en <http://www.msp.gub.uy>

Su diseño e implementación se basan en el reconocimiento de que el embarazo en adolescentes en el Uruguay es una expresión y consecuencia de la desigualdad y la segmentación social. La Estrategia tiene como objetivo general disminuir la incidencia del embarazo no intencional en adolescentes y sus determinantes, garantizando la promoción y el ejercicio de sus derechos.

4- OBJETIVOS

Objetivo General

El objetivo general del proyecto se orienta a avanzar en el conocimiento sobre la desigualdad y segregación territorial del embarazo y la maternidad en la adolescencia en el Gran Montevideo, de modo de contribuir al desarrollo de la equidad territorial y avanzar en el pleno ejercicio de los derechos en SSR de las y los adolescentes. Ello brindará insumos a la Estrategia intersectorial y nacional de prevención del embarazo no intencional en adolescentes en el marco de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 del Ministerio de Salud Pública (Ministerio de Salud Pública, 2016).

Las políticas que se orienten a la prevención del embarazo no intencional requieren focalizarse en el estudio de aquellas áreas con mayor incidencia de fecundidad y la maternidad en la adolescencia y donde se identifican mayores barreras de acceso a la salud sexual y reproductiva.

Para ello es fundamental:

1-Diseñar una tipología que identifique los distintos patrones de comportamiento sexual y reproductivo que coexisten en las adolescentes residentes en áreas de la periferia del Gran Montevideo.

2-Localizar y regionalizar en el Gran Montevideo el comportamiento sexual y reproductivo de las adolescentes de acuerdo a la tipología diseñada

3-Avanzar en el conocimiento de las barreras socioculturales e institucionales en tanto nudos explicativos que permiten analizar las dificultades de las y los adolescentes para el acceso pleno a la salud sexual y reproductiva y los derechos.

Objetivos Específicos

1- Caracterización sociodemográfica y socioeconómica de las adolescentes entre 15 y 19 años que inician la trayectoria reproductiva y comparar con la caracterización sociodemográfica y socioeconómica de las adolescentes que no la han iniciado en el Gran Montevideo en áreas menores al barrio con niveles de fecundidad elevada.

2- Diseñar una tipología a partir de las distintas trayectorias reproductivas observadas y construir regiones en función de la desagregación territorial.

3- Identificar factores que contribuyan a explicar la probabilidad de ser madre/no madre en la adolescencia en aquellas jóvenes que presentan contextos sociales y económicos críticos.

4- Identificar las barreras de acceso de las adolescentes a las instituciones encargadas de garantizar los derechos sexuales y reproductivos

5- DATOS Y MÉTODOS

El diseño metodológico constituye un modelo mixto que combina técnicas cuantitativas y cualitativas.

El **diseño cuantitativo** busca describir y comparar en el Gran Montevideo a partir de áreas menores al barrio, las características sociodemográficas y socioeconómicas de las adolescentes que han iniciado la trayectoria reproductiva con aquellas que no lo han realizado.

A partir de este análisis se identifican en el Gran Montevideo áreas territoriales que presentan una tendencia homogénea a la interna y heterogénea en relación a las otras áreas. El análisis comparado del comportamiento reproductivo de las adolescentes en áreas territoriales definidas, permite avanzar en la identificación de los factores que intervienen en el inicio de la maternidad en la etapa adolescente.

Se diseña una tipología del comportamiento reproductivo, de las adolescentes a partir de los diferentes niveles de fecundidad en las áreas de precariedad socioeconómica del Gran Montevideo. Se georeferencia el comportamiento reproductivo de las adolescentes de acuerdo a la tipología construida y de la desagregación territorial. Ello permite identificar las diversas regiones que se dibujan en el territorio.

Se realiza una caracterización sociodemográfica de dicha tipología (4 áreas). Se incluyen como variables de corte: educación de la adolescente y del núcleo familiar, actividad económica, composición del hogar y NBI.

Para identificar los factores que expliquen el retraso de la edad de inicio de la trayectoria reproductiva en adolescentes que presentan contextos sociales y económicos críticos se realizan modelos econométricos de cada región identificada en la tipología de comportamiento reproductivo. Ello permite analizar la probabilidad de ser madre antes de los 20 años. Específicamente se trata de modelos econométricos probit de función normal, a partir de variables que corresponden tanto a atributos de la adolescente como del hogar, utilizando los microdatos censales de 2011. En este tipo de modelo la variable dependiente es la condición de ser madre a los antes de los 20 años, que puede adoptar dos valores: 1= ser madre y 0= no ser madre (ver Anexo3).

El análisis descriptivo aunado a los modelos econométricos busca dar cuenta de los factores que explican que algunas adolescentes en contextos de precariedad socioeconómica inician su maternidad en dicha etapa de la vida y otras la posponen.

Universo de estudio

El universo de las áreas territoriales son los segmentos censales del Gran Montevideo que tienen paridez media acumulada adolescente¹⁴ por encima de 0,11. Estos fueron seleccionados a partir de los barrios y localidades donde el nivel de fecundidad en las adolescentes entre 15 y 19 años es elevado de acuerdo a los promedios departamentales y nacionales. Ello se fundamenta a partir de los resultados del trabajo de (Varela Petito, Pardo, Lara, Nathan, & Tenenbaum, 2014).

El Gran Montevideo se define como el departamento de Montevideo y las localidades de los departamentos de Canelones y San José que comprenden el área metropolitana según la definición del INE.

¹⁴ La Paridez media acumulada refiere al número medio de hijos tenidos hasta determinada edad, que en promedio acumulan las mujeres de cada cohorte de edad (es decir las mujeres que tuvieron y no tuvieron hijos). La paridez media acumulada adolescente refiere al promedio de hijos tenidos por las mujeres en el rango etario de 15 a 19 años.

El universo de la población en estudio está compuesto por las mujeres al final de la adolescencia (20 y 21 años), residentes en el Gran Montevideo en segmentos censales seleccionados (con paridez media acumulada adolescente superior a 0,11).

El diseño cualitativo busca identificar las barreras socioculturales e institucionales que dificultan a las adolescentes el acceso pleno a la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de sus derechos. En el marco de la coyuntura del descenso reciente de la fecundidad adolescente (no prevista en el proyecto presentado) se buscará identificar elementos desde la política pública que intervinieron en este descenso.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas en profundidad a informantes calificados, a partir de una muestra intencional no probabilística, buscando la representación de actores institucionales con incidencia en las políticas públicas de salud sexual y reproductiva dirigidos a adolescentes (mandos medios) y actores que ejecutan las políticas de SSR en territorios que presentan indicadores elevados de fecundidad adolescente (operadores como médicos de familia, ginecólogos y parteras) que trabajan con población adolescente.

La muestra teórica intencional está compuesta por un total de 7 entrevistas en profundidad: 3 a mandos medios de las políticas de SSR y 4 a operadores de la salud (ginecólogos, médicos de familia y parteras).

Fuente de datos

1) Censo de Población y Vivienda de 2011, INE. El censo incluyó el relevamiento de domicilios, Entorno Urbanístico, Locales, Viviendas, Hogares y Población, y se ejecutó durante el periodo comprendido entre el 1° de setiembre y el 30 de diciembre de 2011. La investigación se focalizó en Montevideo y su área metropolitana¹⁵, donde según el censo residían 1.684.572 personas, de las cuales 28080 eran mujeres entre 20-21 años (el universo del estudio). Del total de jóvenes en dichas edades que residían en el Gran Montevideo, el 22,5 % eran madres y el 15,6% fueron madres en la adolescencia.

2) Entrevistas en profundidad semiestructuradas a: mandos medios institucionales con incidencia en las políticas públicas de salud sexual y reproductiva y a médicos de familia y ginecólogos que trabajan con población adolescente.

¹⁵ El Área Metropolitana de Montevideo según la definición del Instituto Nacional de Estadística incluye algunas localidades de Canelones y San José (ver Anexo 1).

RESULTADOS

6- TRANSICIÓN A LA MATERNIDAD Y SU DISTRIBUCIÓN EN EL TERRITORIO

En el Uruguay la tasa de fecundidad adolescente está descendiendo en los últimos años, particularmente entre el año 2015 y 2018 el descenso ha sido muy importante (de 55,6 nacimientos cada mil adolescentes a 38,8 por mil). Ello refleja que se estaría superando el período de quince años de estancamiento de dicho fenómeno. Como se mencionara anteriormente, cambios tan abruptos en relación a lo que se vincula a comportamientos sociales y culturales son difíciles de comprender sin una intervención focal de políticas en SSR. Ello se podrá sostener en el tiempo si se logran cambios en las pautas culturales, sociales y las condiciones de vida de mujeres y varones.

El gráfico 2 (*ut supra*) es demostrativo del cambio registrado en los últimos tres años, que deberá observarse si ese proceso continúa. La tipología del comportamiento reproductivo de las adolescentes y su focalización territorial, se ha realizado en base a datos relevados ocho años atrás (Censo de Población 2011, INE). Se entiende que el análisis realizado mantiene vigencia en la medida que los factores estructurales asociados al embarazo y la maternidad en la adolescencia aún persisten. Ello aporta a la localización de los nudos más críticos donde la maternidad en la adolescencia en el Gran Montevideo es más elevada. Entendemos que ello será relevante para el abordaje de las políticas públicas integrales que, efectivamente logren no solo disminuir el inicio de la maternidad en la adolescencia, sino que además mejoren las condiciones de vida de la población que se localiza en las áreas segregadas de las ciudades, en este caso del Gran Montevideo

Analizar los comportamientos reproductivos de las adolescentes diferenciados según los territorios, permite profundizar en los factores que diferencian que poblaciones adolescentes que transitan por trayectorias territoriales y contextos socio económicos similares, tengan comportamientos reproductivos diferentes.

A continuación se presenta la tipología que se diseñó a partir del comportamiento reproductivo de las adolescentes en las áreas de precariedad socioeconómica del Gran Montevideo con una desagregación territorial que permite identificar regiones. A partir de la

georeferenciación de la tipología, se visualiza la heterogeneidad del comportamiento reproductivo en las jóvenes en las áreas que aparecían según un estudio anterior (Varela Petito, Pardo, Lara, Nathan, & Tenenbaum, 2014) como muy homogéneas. Ello posibilita focalizar las áreas de intervención de los Programas en salud sexual y reproductiva; particularmente dirigido hacia la Estrategia Nacional para la prevención del embarazo no intencional en la adolescencia liderado por el Ministerio de Salud Pública.

Tipología del comportamiento reproductivo

Los resultados de los Atlas demográficos que analizan a partir de la información del Censo 2011 la desigualdad social (Calvo, y otros, 2013) y la fecundidad en el Uruguay (Varela Petito, Pardo, Lara, Nathan, & Tenenbaum, 2014), dan cuenta de segmentación territorial y segregación social de las adolescentes, que se cristaliza en niveles de desigualdad socio económica y un comportamiento reproductivo diferenciado de las adolescentes muy asociado a la localización territorial. A partir de dichos resultados, para el presente estudio, se definió seleccionar los segmentos censales del Gran Montevideo que superaran los niveles de paridez media acumulada adolescente¹⁶ superior al observado en el total país (0, 11), así como también superiores a los niveles promedio de los tres departamentos que incluye el Gran Montevideo (Montevideo, 0,09; Canelones, 0,10 y San José, 0,11).

Por lo tanto, las áreas territoriales definidas para estudiar el comportamiento reproductivo de las adolescentes del Gran Montevideo, corresponden a los segmentos censales con mayores niveles de fecundidad adolescente. Esto permite profundizar el análisis de cuáles son los factores que diferencian que algunas adolescentes postergan el inicio de la maternidad y otras no, compartiendo áreas de la ciudad con niveles altos de fecundidad.

La selección de segmentos con paridez media acumulada adolescente mayor o igual a 0,11 conforma un universo de 414 segmentos urbanos y rurales, que abarca a 136.542 hogares. Los segmentos tienen una representación de más de 30 hogares, excepto en 8 casos, que se optó por dejarlos en el universo¹⁷.

¹⁶ Paridez media acumulada: número medio de hijos tenidos hasta determinada edad, que en promedio acumulan las mujeres de cada cohorte de edad (mujeres con y sin hijos).

¹⁷ De esos 8 segmentos con menos de 30 hogares, uno solo uno tiene 12 y es un segmento urbano del departamento de Montevideo. Los otros siete tienen más de 24 hogares (ver Anexo 1).

De acuerdo a la distribución de la paridez media acumulada adolescente 15 a 19 años por segmento, se elaboró una tipología dividida en cuatro áreas, según la siguiente escala y distribución de segmentos y adolescentes madres y no madres (Tabla 1):

Tabla 1. Tipología de Paridez Media Acumulada de Adolescentes de 15 a 19 años, distribución de segmentos y población de adolescentes madres y no madres. Gran Montevideo, 2011.

Tipología de comportamiento reproductivo de las adolescentes	Paridez Media Acumulada Adolescente 15 a 19 años	% relativo	Cant.. Segm.	Adolescentes Mujeres de 15 a 19 años			
				Madres	No madres	Total	% madres / total adolescentes
Nivel 1: PMA adolescente media	0,11 – 0,12	33%	91	527	4.405	4.932	10,7%
Nivel 2: PMA adolescente media alta	0,13 - 0,17	31%	174	1.629	10.653	12.282	13,3%
Nivel 3: PMA adolescente alta	0,18 - 0,28	31%	130	1.632	7.565	9.197	17,7%
Nivel 4: PMA adolescente muy alta	0,29 - 1	5%	19	91	182	273	33,0%
Totales		100%	414	3.879	22.805	26.684	14,5%

Fuente: elaboración propia a partir del Censo de Población y Viviendas 2011, INE

Si bien el nivel 1 se denomina como nivel medio -de paridez media acumulada adolescente- es importante destacar que los valores correspondientes a este nivel ya son elevados, porque suponen parideces en la adolescencia iguales o mayores al promedio país (0,11).

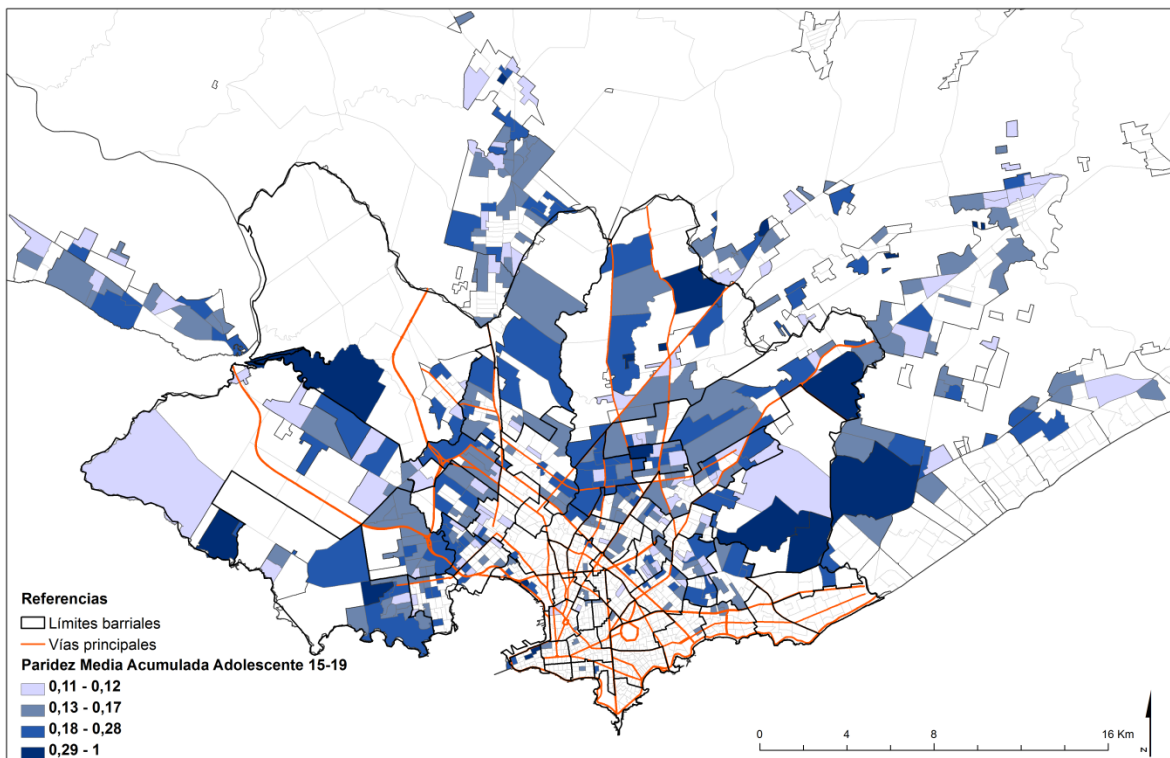
Las categorías que componen la tipología se dividen prácticamente en tercios, ya que el nivel 4 que refiere a la paridez media acumulada con valores muy altos (0,29 a 1), alcanza solo el 5% de los segmentos estudiados. Si bien es muy marginal en su representación estadística, se consideró importante no incluirlo dentro del nivel 3, ya que da cuenta de una situación muy elevada de fecundidad adolescente y en esos segmentos el porcentaje de adolescentes que son madres alcanza el 33%. El nivel 3, refiere a la paridez media acumulada adolescente de 0,18 a 0,28, con guarismos altos de fecundidad adolescente y registra dentro de esos segmentos un 18% de adolescentes madres. El nivel 2 de la tipología, se denomina paridez media alta ya que incluye la parideces entre 0,13 a 0,17, y un 13% de las adolescentes son madres. Como se expresó anteriormente en el nivel 1, se encuentra una paridez media acumulada adolescente

de 0,11 a 0,12, valores superiores al promedio de los departamentos estudiados y del país, y se observa que un 10% de las adolescentes son madres.

Representación territorial del comportamiento reproductivo de las adolescentes

En el análisis general de los niveles de la tipología en el territorio (Ilustración 3, Plano 1), se observa que los segmentos con paridez media acumulada adolescente por encima del promedio nacional, refieren a las áreas territoriales donde se concentran los mayores niveles de pobreza y menores niveles educativos. El análisis por segmentos permite visualizar las diferencias que se esconden en los promedios de los barrios.

Ilustración 3. Plano 1. Paridez media acumulada de adolescentes 15 a 19 años por segmento censal. Gran Montevideo, 2011*



Los segmentos que aparecen en blanco son: 1) segmentos censales descartados por tener paridez media acumulada por debajo de 0,11.

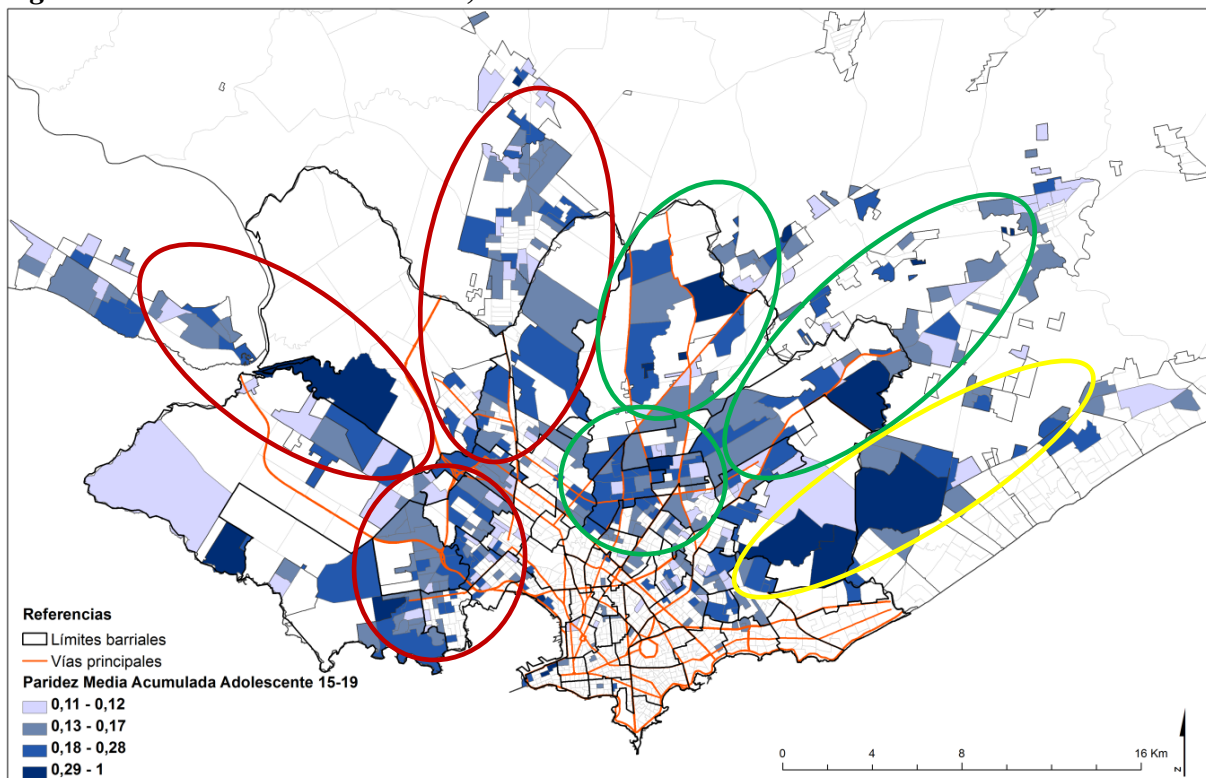
Fuente: elaboración propia a partir del Censo de Población y Viviendas 2011, INE

Al observar la representación territorial de los niveles de fecundidad, teniendo en cuenta la distribución poblacional en el territorio¹⁸, se visualizan dos núcleos claramente identificados

¹⁸ Algunos segmentos tienen una extensión territorial amplia, ya que allí reside poca población. Por lo tanto el análisis de la representación territorial se realiza en conjunto con la distribución poblacional en el territorio. Esta

en la ciudad de Montevideo que registran niveles altos de fecundidad adolescente: Uno hacia el centro este (en los barrios de Casavalle y Piedras Blancas) y otro núcleo en la zona oeste (en los barrios Casabó, La Paloma- Tomkinson). A partir de cada uno de estos núcleos se observan dos corredores, que avanzan entorno a avenidas o rutas principales y que continúan los altos niveles de paridez media acumulada adolescente. Un quinto corredor de alta fecundidad adolescente se encuentra al este, en el departamento de Canelones, en torno a la ruta Interbalnearia (ver ilustración 4, Plano 2). Estas cinco grandes áreas presentan niveles altos de pobreza y carencias socio urbanas que se vinculan fuertemente a los altos niveles de fecundidad adolescente (Calvo, y otros, 2013).

Ilustración 4. Plano 2. Áreas de Paridez media acumulada de adolescentes 15 a 19 años por segmento censal. Gran Montevideo, 2011*



*Los segmentos que aparecen en blanco son: 1) segmentos censales descartados por tener paridez media acumulada por debajo de 0,11.

Fuente: elaboración propia a partir del Censo de Población y Viviendas 2011, INE

Es interesante observar, cuando se analiza el núcleo ubicado en la zona de Casavalle y Piedras Blancas, si bien esta área concentra niveles de fecundidad adolescente altos, no es homogénea

situación se visualiza en especial en algunos segmentos que registran nivel de paridez media adolescente muy elevado (nivel 4), y será analizado más adelante.

y se encuentran zonas con nivel 1 y 2, incluso algunos segmentos con paridez media acumulada adolescente menor a 0,11. Desde este centro, avanzan como dos brazos con niveles altos y muy altos de fecundidad adolescente. Uno de ellos en torno a Instrucciones y continúa sobre la Ruta 6 recorriendo las diferentes villas (Villa Crespo y San Andrés, Villa Porvenir, Villa San José, entre otras).

El otro brazo que parte de Casavalle y Piedras Blancas, recorre Punta de Rieles y Villa García, la concentración y los niveles de fecundidad adolescente descienden en el departamento de Canelones sobre la Ruta 8, que comunica con Barros Blancos y Pando.

En la zona oeste de la ciudad de Montevideo se concentran altos niveles de paridez media acumulada adolescente (alta y muy alta), en los barrios contiguos al casco del cerro de Montevideo y la zona entorno al Arroyo Pantanoso, que abarca parte de los barrios de La Paloma – Tomkinson y Pueblo Victoria- Tres Ombúes. En los alrededores de los accesos a Montevideo la presencia de asentamientos tiene una fuerte correspondencia con las áreas de niveles de fecundidad alta (nivel 3). Allí se ubican los asentamientos el Tobogán, Bajo Pantanoso, parte de Tres Ombúes, zona Cauceglia, Cantera del Zorro, Cachimba del Piojo, El Pantanoso y 1° de mayo.

En la zona oeste de Montevideo, los barrios más consolidados y con un poblamiento más asociado a clase trabajadora, son los espacios que registran niveles de fecundidad adolescente menor a 0,11 (caso del Cerro y La Teja). A excepción de dichos barrios, llama la atención que en el resto de las áreas del oeste de Montevideo los niveles de paridez media acumulada adolescente refieren a niveles 2, 3 y 4, y prácticamente no se registran segmentos con nivel 1.

A partir de este núcleo de alta fecundidad de la zona de Casabó, La Paloma – Tomkinson y Pueblo Victoria – Tres Ombúes, también se observan dos brazos que registran altos niveles de fecundidad. Uno de estos brazos, avanza en torno a Luis Batlle Berres y continúa a partir de la Ruta 1 en la zona de Ciudad del Plata, en especial en algunas zonas de Delta del Tigre y Autódromo. El otro brazo recorre los barrios de Nuevo París, Lezica, Colón y sigue por César Mayo Gutiérrez (ex - Ruta 5) en las áreas periféricas de la ciudad de Las Piedras.

Es interesante hacer foco en el análisis del nivel de paridez media acumulada adolescente muy alta (nivel 4) ya que da cuenta de espacios socio urbanos que cristalizan fuertemente una problemática social y donde las interacciones producidas en el barrio podrían ser un factor

influyente. El primera acercamiento muestra que dichos espacios no están vinculados territorialmente, sino que son islas dispersas en el territorio, en general rodeadas de segmentos con niveles altos de paridez adolescentes (nivel 3).

En segunda instancia es importante distinguir aquellos espacios que impactan por su extensión territorial pero que cuando se analizan refieren a áreas con poca población en general, y en especial de adolescentes mujeres, y por lo tanto una adolescente madre tiene un efecto muy importante. Estas áreas se visualiza en el Plano 1 y 2, en la zona oeste de Montevideo, entre la Ruta 1 y la Ruta 5 un área con niveles muy altos de paridez media acumulada (nivel 4), otra área en la zona este, sobre la ruta Interbalnearia entorno a los bañados de Carrasco y el aeropuerto internacional.

Si se analizan los segmentos de los barrios que tienen más de 20 adolescentes que residen allí, se observa que se ubican en la zona centro – este de la ciudad de Montevideo, con excepción de un segmento que corresponde al departamento de Canelones, en la localidad de Joaquín Suárez. En estos segmentos el porcentaje de adolescentes mujeres que son madres supera en prácticamente todas (excepto el segmento de Joaquín Suárez) el 30%, guarismo que duplica el porcentaje promedio de las áreas seleccionadas para este estudio en el Gran Montevideo (14,5%). Los segmentos con altos niveles de fecundidad adolescente y con una importante población adolescente mujer, se ubican en las áreas de Manga – Toledo Chico y Piedras Blancas. Los segmentos que están ubicados en la zona de Manga y Toledo Chico, refieren a áreas con población que reside en asentamientos irregulares (Regulo, 23 de diciembre y Villa Camila) con altos niveles de pobreza y precariedad socio urbana. El segmento del barrio Piedras Blancas, se ubica entre las avenidas de Domingo Arena, Pedro Mendoza y la calle Matilde Pacheco de Batlle y Ordoñez. Esta área de la ciudad, presenta un espacio con niveles de precariedad socio urbano importantes donde se conjugan áreas urbanas formales deprimidas y áreas que han sido ocupadas irregularmente (Asentamiento 21 de febrero y 19 de mayo) (Tabla 2).

Tabla 2. Paridez Media Acumulada de Adolescentes de 15 a 19 años de nivel 4 de la Tipología de comportamiento reproductivo para segmentos con 20 adolescentes o más, distribución de segmentos y población de adolescentes madres y no madres. Gran Montevideo, 2011.

Barrio	Código Segmento	Adolescentes mujeres de 15 a 19 años			Paridez Media Acumulada Adolescentes (PMAA 15 -19)	% Adolescentes Madres / Adolescentes
		Madres	No Madres	Total		
Bañado de Carrasco	199006	6	14	20	0,40	30,0%
Joaquín Suárez (Canelones)	316018	4	19	23	0,30	17,4%
Manga – Toledo chico	117238	14	19	33	0,42	42,4%
Manga – Toledo chico	117239	15	29	44	0,41	34,1%
Piedras blancas	117104	19	41	60	0,37	31,7%
Total más de 20 adolescentes de Nivel 4		58	122	180		
% sobre total de adolescentes Nivel 4		63,7%	67,0%	65,9%		

Fuente: elaboración propia a partir del Censo de Población y Viviendas 2011, INE

Incorporar la mirada territorial al análisis del comportamiento reproductivo de las adolescentes permite visualizar la heterogeneidad del fenómeno en espacios que se presentaban como homogéneos, y por lo tanto aporta al diseño de políticas públicas más precisas y asertivas.

La lectura de la fecundidad a través de la paridez media acumulada se enriquece con el análisis del porcentaje de madres adolescentes en cada segmento censal. Ello permite no solo localizar en el territorio el fenómeno de la maternidad en la adolescencia sino a la vez, conocer la dimensión del mismo (tabla 3 e ilustración 5, plano 3).

El porcentaje promedio de adolescentes madres en el total del país, alcanza al 10% y en el Gran Montevideo, incluyendo solo las áreas con niveles de paridez adolescente mayor a 0,11, asciende al 15% del total de las adolescentes estudiadas. Es importante destacar que más de un tercio de estas adolescentes (36%) residen en áreas de la ciudad en donde los porcentajes de adolescentes madres superan el 15%. En los 7 segmentos que el rango de variación del porcentaje de adolescentes que realizaron la transición a la maternidad se ubica entre 40% y 100%, en prácticamente todos, la población adolescente es muy poco significativa (entre 1 y 5 adolescentes mujeres), excepto en un segmento que hay 33 adolescentes que residen allí y 14 son madres. Este segmento corresponde al área del asentamiento irregular Regulo que se

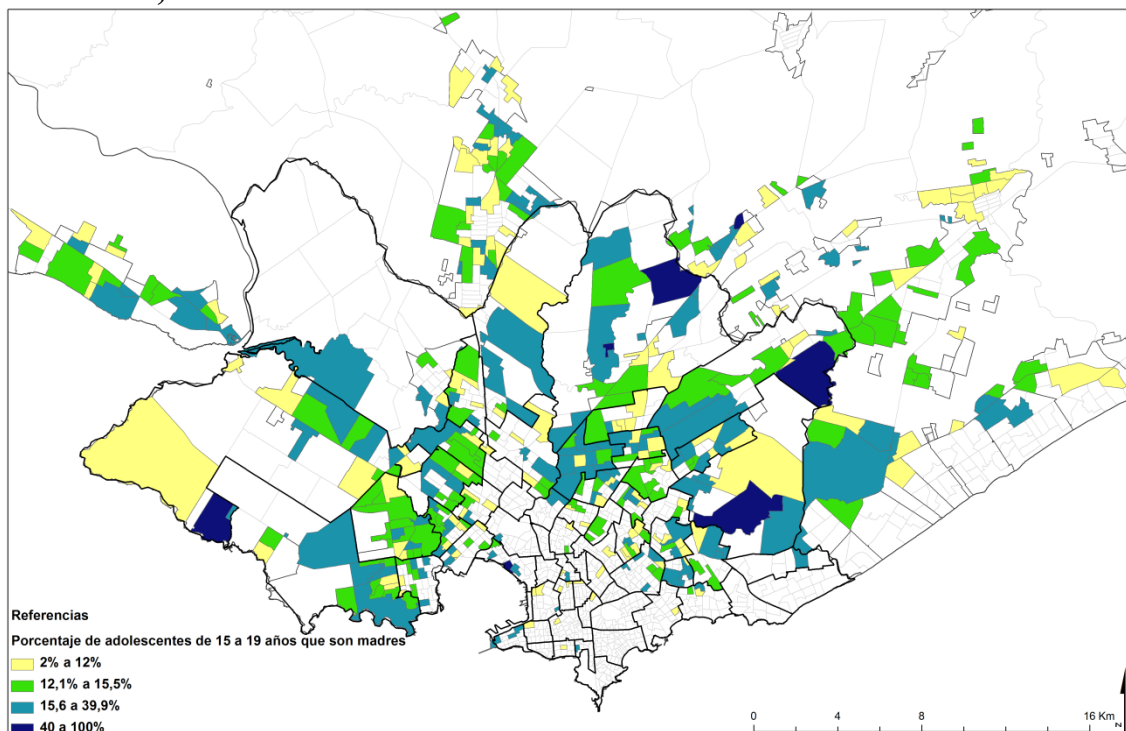
ubica en el área de Manga y Toledo Chico, que registra los mayores niveles de paridez media acumulada adolescente.

Tabla 3. Porcentaje de adolescentes madres por segmentos censales. Gran Montevideo, 2011.

Porcentaje de adolescentes madres	% relativo	Cant. Segm.	Adolescentes Mujeres de 15 a 19 años		
			Madres	No madres	Total
2% a 12%	31,60%	131	754	6.393	7.147
12,1% a 15,5%	32,50%	135	1.377	8.676	10.053
15,6 a 39,9%	34,00%	141	1.725	7.709	9.434
40 a 100%	1,90%	7	23	27	50
Totales	100%	414	3879	22805	26684

Fuente: elaboración propia a partir del Censo de Población y Viviendas 2011, INE

Ilustración 5. Plano 3. Porcentaje de adolescentes madres por segmento censal. Gran Montevideo, 2011*



*Los segmentos que aparecen en blanco son: 1) segmentos censales descartados por tener paridez media acumulada por debajo de 0,11.

Fuente: elaboración propia a partir del Censo de Población y Viviendas 2011, INE

A partir de los segmentos seleccionados y su georeferenciación, se construyeron indicadores de fecundidad que permiten profundizar del comportamiento reproductivo de las adolescentes y las jóvenes. En este sentido, se analiza el promedio de hijos de las adolescentes entre 15 y

19 años que realizaron la transición a la maternidad, en los segmentos censales seleccionados, (paridez¹⁹). Esto permite visualizar la intensidad de la fecundidad adolescente.

La paridez adolescente se categoriza en cuatro áreas (tabla 4), y al igual que para la paridez media acumulada, el nivel 4 no es significativo a nivel estadístico, sin embargo da cuenta de niveles de fecundidad adolescente muy importantes.

Tabla 4. Paridez adolescente 15-19 años, distribución de segmentos y población de adolescentes madres y no madres. Gran Montevideo, 2011.

Paridez Adolescente 15 a 19 años	% relativo	Cant. Segm.	Adolescentes Mujeres de 15 a 19 años		
			Madres	No Madres	Total
1,00 – 1,04	37.0%	153	825	5.065	5.890
1,05-1,17	28.5%	118	1.737	9.513	11.250
1,18-1,50	30.9%	128	1.280	7.916	9.196
1,51-4,00	3.6%	15	37	311	348
Totales	100.0%	414	3879	22805	26684

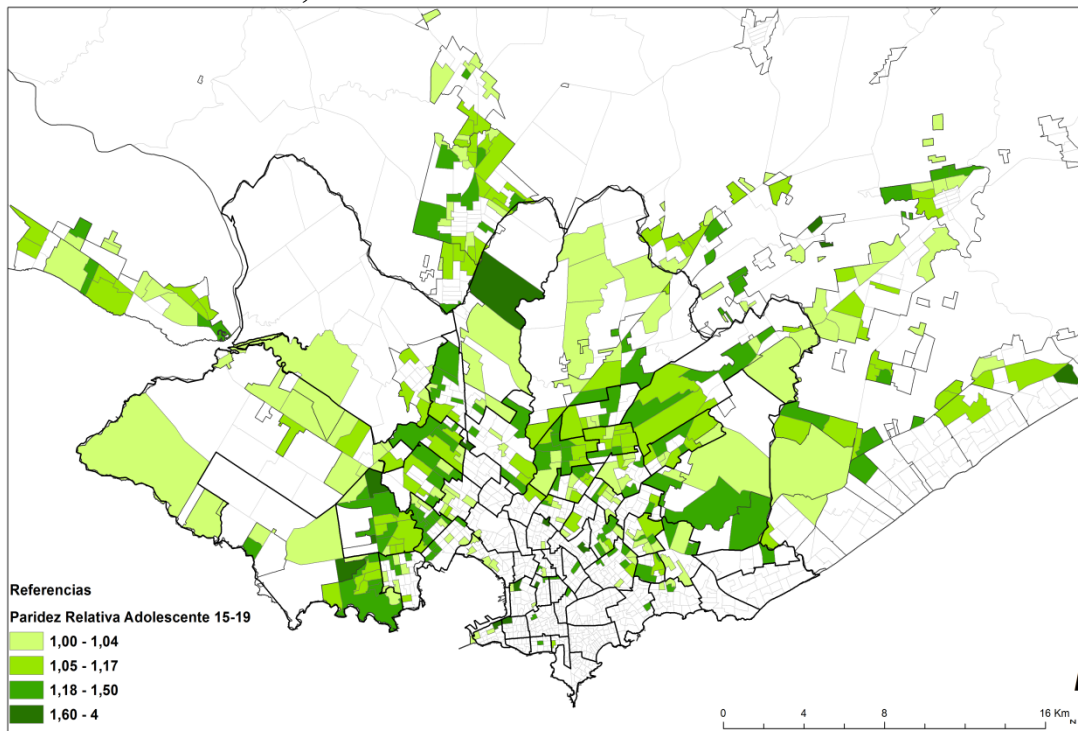
Fuente: elaboración propia a partir del Censo de Población y Viviendas 2011, INE

En este sentido, se destacan los segmentos censales, en los que residen adolescentes que llegan a tener 4 hijos en esa etapa del ciclo de la vida. Estos se localizan en los barrios de Casabó, La Paloma Tomkinson y Colon Sureste y un segmento censal en El Pinar (ilustración 6, plano 4).

Si bien la representación territorial es muy similar a la observada en la paridez media acumulada adolescente, se observa una mayor intensidad en el promedio de hijos de las adolescentes madres que residen en el corredor que inicia en el barrio de Casabó y acompaña Camino Lecoq y Cesar Mayo Gutiérrez (antigua ruta 5) a través de los barrios de Lezica, Colon y las ciudades de Canelones de La Paz y Las Piedras. El otro núcleo fuerte se ubica en la zona centro este de la Ciudad de Montevideo, en las periferias de los barrios de Casavalle, Piedras Blancas, Punta de Rieles y el área más al este entorno a Bañados de Carrasco (ilustración 6, plano 4).

¹⁹ Paridez, es el número medio de hijos tenidos hasta determinada edad, que en promedio acumulan las mujeres de cada cohorte de edad que tuvieron hijos.

Ilustración 6. Plano 4. Promedio de hijos tenidos por las adolescentes madres ente los 15 y los 19 años (paridez), sobre el total de madres adolescentes. Gran Montevideo, segmentos censales seleccionados, 2011.



*Los segmentos que aparecen en blanco son segmentos censales descartados por tener paridez media acumulada por debajo de 0,11

Fuente: elaboración propia a partir del Censo de Población y Viviendas 2011, INE

El análisis del comportamiento reproductivo de las adolescentes, a partir de diferentes indicadores de fecundidad desde una mirada territorial, permite profundizar en la comprensión del fenómeno y su significación territorial. A su vez interesa analizar en dichas áreas definidas previamente como se presenta el comportamiento reproductivo de las jóvenes que recién terminaron su adolescencia (20 y 21 años), y específicamente, de las jóvenes que fueron madres en dicha etapa.

Jóvenes que comenzaron la maternidad en la adolescencia

El promedio de hijos (paridez) que tienen las jóvenes que acabaron de finalizar la etapa adolescente (20 y 21 años) y que realizaron la transición a la maternidad en la adolescencia, es indicativo del nivel que alcanza este fenómeno y de su distribución y localización en áreas menores al barrio del Gran Montevideo.

La tabla 5 muestra cuatro niveles de paridez (promedio de hijos acumulados) de las jóvenes de 20 y 21 años, que iniciaron la maternidad en su adolescencia.

Tabla 5. Categorías de Paridez Jóvenes 20- 21 años en mujeres que iniciaron la maternidad antes de los 20 años. Gran Montevideo, segmentos censales seleccionados, 2011.

Paridez Jóvenes 20 a 21 años madres antes de los 20	% relativo	Cant. Segm.	Jóvenes Mujeres de 20 a 21 años		
			Madres antes de los 20 años	No madres antes de los 20 años	Total
1,00 - 1,23	29.8%	111	52	471	523
1,24 -1,49	31.0%	115	416	855	1.271
1,50 - 1,90	31.1%	116	434	489	923
2,00-4,00	8.1%	30	62	20	82
Totales	100,0%	372(*)	964	1.835	2.799

(*) A partir del universo definido por los segmentos con paridez media acumulada adolescente igual o mayor a 0,11 se calculó la paridez de las jóvenes que iniciaron su maternidad en la adolescencia. Esto explica que sean menos segmentos, ya que en 42 segmentos no habían jóvenes que habían iniciado la maternidad en la adolescencia, pero sí adolescentes madres.

Fuente: elaboración propia a partir del Censo de Población y Viviendas 2011, INE

Es importante destacar que en Montevideo hay determinadas áreas donde residen adolescentes que realizaron la transición a la maternidad y que la generación anterior no la hizo (vale decir, las jóvenes del grupo de edad 20-21). Eso se observa en Punta Espinillo (Paso de la Arena), Pajas Blancas y Manga Toledo Chico (ilustración 7, plano 5). Si se compara con los planos anteriores (plano 1 al 4) se puede constatar que en esas áreas, hay adolescentes que son madres, pero no hay jóvenes que acaban de finalizar la adolescencia y que no han tenido hijos antes de los 20 años, por lo tanto en el plano 5, dichas áreas aparecen en blanco.

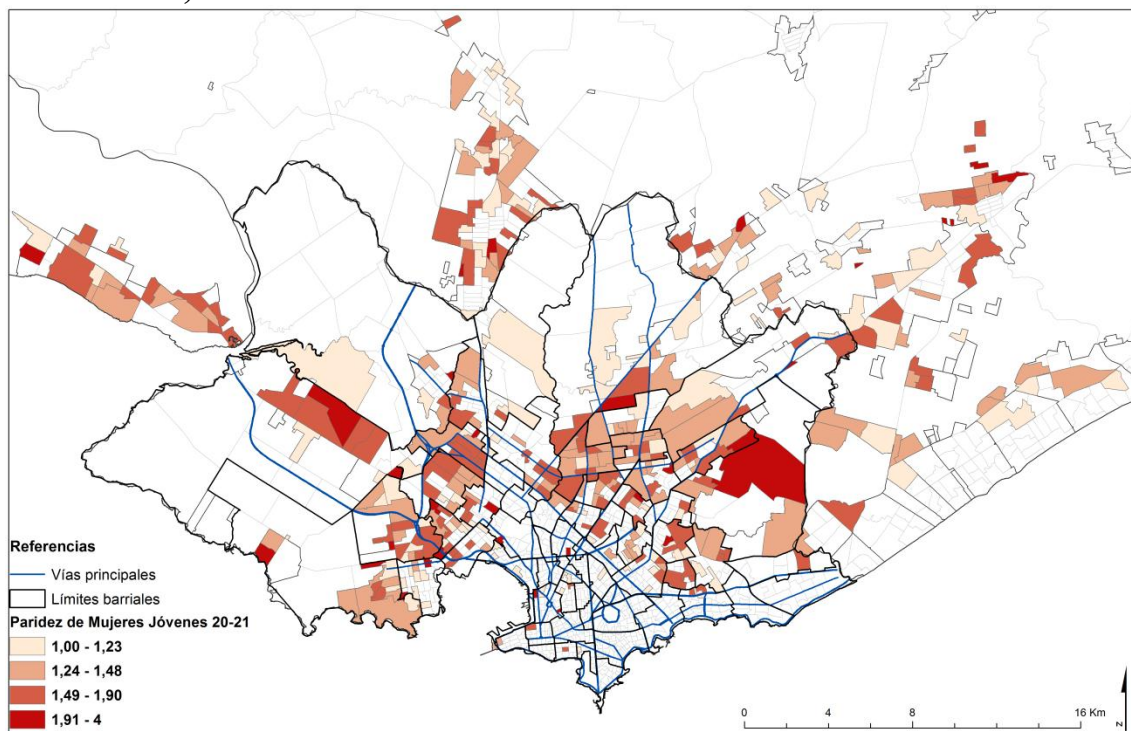
En el nivel más bajo, jóvenes que acumulan en promedio entre 1 hijo y 1 hijo y cuarto ocupan una tercera parte de los segmentos censales estudiados. Se encuentran dispersos en Montevideo, en el área metropolitana del oeste, solamente se localiza un segmento, y hacia el este se conjuga una cierta dispersión al Norte de la Avenida Giannattasio, con un corredor bastante lineal en la zona de Ciudad de la Costa, en torno a la Ruta Interbalnearia (ilustración 7, Plano 5).

En el nivel 2, se encuentran las jóvenes que acumulan hasta 1 hijo y medio en promedio y que ocupan también una tercera parte de los segmentos censales seleccionados. En Montevideo, se identifica una concentración en el Barrio Casabó en la parte recostada al Cerro y en su borde superior a la Paloma Tomkinson. Se destaca la relevancia del análisis con un nivel de desagregación territorial mayor al barrio. Varela et al (2014), mostraban este barrio como muy homogéneo, con niveles de paridez muy elevado. Sin embargo se puede observar que la

agregación ocultaba la real localización en el territorio, de las jóvenes que iniciaban la maternidad en la adolescencia.

Este mismo fenómeno se observa en Casavalle, donde hay un área importante con paridez que llega a 1,5 hijos por mujer. La homogeneidad aparente en este barrio con niveles muy elevados de fecundidad, se rompe mostrando una diversidad. A la vez los límites barriales se rompen y esta área se continúa hacia los barrios de Piedras Blancas, Punta Rieles y Villa García-Manga Rural.

Ilustración 7. Plano 5. Promedio de hijos tenidos por las jóvenes 20-21 años que iniciaron la maternidad entre los 15 y los 19 años (paridez). Gran Montevideo, segmentos censales seleccionados, 2011*.



*Los segmentos que aparecen en blanco son: 1) segmentos censales descartados por tener paridez media acumulada por debajo de 0,11; 2) No tener jóvenes que realizaron la transición a la maternidad en la adolescencia

Fuente: elaboración propia a partir del Censo de Población y Viviendas 2011, INE

Una tercera área que se identifica con este nivel de fecundidad, es la que se ubica en parte de los barrios La Paloma Tomkinson, Cerro Norte, Maracaná, Nuevo París y Colon. Esta área si bien atraviesa estos barrios, no es continua, sino que está separada por islas de segmentos censales con niveles de fecundidad 3 (entre 1 hijo y medio y 2 hijos) y 4 (entre 2 y 4 hijos). Si se trazara una línea, el nivel 2 de fecundidad donde las jóvenes que fueron madres al

finalizar la adolescencia llegan a acumular hasta 1 hijo y medio, se ubica desde el barrio Casabó a Colón.

En síntesis en este nivel de fecundidad en Montevideo básicamente se ubican dos corredores el que se extiende desde Casavalle hasta Villa García Manga Rural y desde Casabó a Colón.

En las áreas metropolitanas, hacia el Oeste (San José), se ubica un corredor costero y hacia el este (Canelones), se ubica un área en Pando y un área al norte de la Interbalnearia que se extiende desde el límite con Montevideo hasta el inicio del Pinar.

Los niveles 3 y 4 de paridez se consideran agregados. Ello en base a dos aspectos, 1) son los focos territoriales con fecundidad muy elevada considerando la paridez alcanzada en esta etapa del ciclo de vida²⁰ y 2) el porcentaje de territorio que ocupan estos niveles de fecundidad. El nivel de paridez que alcanza los dos hijos por mujer en promedio, abarcan el otro tercio de los segmentos estudiados y el cuarto nivel donde hay jóvenes que llegaron a acumular entre 2 y 4 hijos en promedio por mujer, solo abarcan el 8 por ciento de los segmentos estudiados. Es muy marginal tanto en territorio como en número de mujeres implicadas (62 jóvenes que iniciaron la maternidad en la adolescencia). En función de estos aspectos es que los consideramos agregados.

Estos niveles de fecundidad muy elevados que alcanzan las jóvenes que fueron madres en la adolescencia, se pueden identificar mayoritariamente, como “*islas*” a la interna de las áreas que forman el nivel de fecundidad 2, entre 1,24 y 1,48 hijos por mujer en promedio. Se pueden señalar excepciones en Montevideo donde se observa un área bien definida en la parte norte del barrio Paso de la Arena y en Bella Italia.

En el área metropolitana, al oeste recostado a la costa, se observan ciertas “*islas*” en el entorno del área donde se encuentra el nivel 2 de fecundidad (una paridez media adolescente entre 1.2 y 1.5 hijos). En el área metropolitana este se ubica una zona con fecundidad elevada en Las Piedras y Progreso y otra en Toledo y Pando

²⁰ En Uruguay la paridez media final de las mujeres al final de la etapa reproductiva es de 2,45 hijos por mujer. Recuérdese que este indicador se refiere a las mujeres que tuvieron y no tuvieron hijos. Comparativamente es muy relevante que un porcentaje de jóvenes que fueron madres, haya alcanzado esta paridez a los 20 años.

En resumen la distribución de la maternidad en la adolescencia en esta generación que acaba de finalizar esa etapa del ciclo vital, en sus distintos niveles de paridez, se ubica básicamente en un corredor que va desde La Paloma Tomkinson hacia el norte del departamento de Montevideo, y se extiende hacia el área metropolitana por encima de Colón y Lezica hacia La Paz y Las Piedras. Este corredor tiene tres brazos que se extienden al área metropolitana. Uno hacia el Oeste desde Paso de la Arena a Ciudad del Plata, otro hacia el este (Canelones) hasta Pando y un tercero al norte de la Interbalnearia que se extiende hasta el inicio del Pinar.

El análisis conjugado de los niveles de fecundidad y maternidad de la población que cursa la adolescencia, así como aquella que acaba de finalizarla, contribuye a discriminar la tipología del comportamiento reproductivo y su distribución en el territorio. La focalización del fenómeno de la maternidad adolescente muestra las áreas donde se concentra mayoritariamente el fenómeno. Se espera que esto constituya un insumo en la implementación de la política en salud sexual y reproductiva, concretamente a la Estrategia Nacional para la disminución del embarazo no intencional en la adolescencia.

7- CARACTERIZACIÓN SOCIOECONÓMICA DEL COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO

En base a la tipología del comportamiento reproductivo construida a partir del nivel de la fecundidad de las adolescentes (entre 15 y 19 años) del Gran Montevideo, se analizan las características sociodemográficas de las jóvenes que finalizaron la etapa adolescente (20-21 años). Se realiza una comparación entre aquellas jóvenes que realizaron la transición a la maternidad en la etapa adolescentes con las que la pospusieron para etapas posteriores.

La tipología clasifica el comportamiento reproductivo de las adolescentes en cuatro categorías de acuerdo al nivel de la fecundidad (a partir de la paridez media acumulada PMA) alcanzado: 1) PMA media (0.11-0.12), 2) PMA media alta (0.13-0.17), 3) PMA alta (0.18-0.28), 4) PMA muy alta (0.29-1).

Las áreas del Gran Montevideo con niveles elevados de fecundidad y maternidad adolescente, muestran grandes diferencias entre aquellas jóvenes que realizaron la transición a la maternidad en la adolescencia, y quienes lograron finalizar esa etapa del ciclo de vida sin haber sido madres. La desigualdad se observa a partir de diferentes dimensiones, que pueden

resumirse en dos ejes analíticos que establecen importantes brechas en el comportamiento reproductivo de las mujeres: la educación y la situación de bienestar o privación social.

7.1. Maternidad y Educación

La educación es un factor determinante del comportamiento reproductivo de las mujeres. La evidencia acumulada es demostrativa de los diversos patrones reproductivos a partir del nivel educativo alcanzado por ellas (Rodríguez & Cavenaghi, 2016). En el caso uruguayo, un sostenido crecimiento en las tasas de escolarización de las mujeres pertenecientes a las cohortes más jóvenes, ha coexistido con elevadas tasas de fecundidad en la adolescencia, producto de la polarización de las trayectorias de las jóvenes de distintos contextos socioeconómicos (Varela Petito, Fostik, & Fernández Soto, 2014).

En esta investigación, las áreas seleccionadas dan cuenta de importante población en condiciones de privación social y muestran una mayor exclusión de las jóvenes del sistema educativo, esto se profundiza entre aquellas que fueron madres en la adolescencia y las que culminaron esa etapa sin realizar la transición a la maternidad (97,0% y 66.0% respectivamente). Se destaca que del total de la población de estas jóvenes que residen en áreas con niveles de fecundidad elevada, solo una cuarta parte asiste a la educación formal (Tabla 6). Este elevado porcentaje de no asistencia podría justificarse con que hay un porcentaje elevado de estas jóvenes que a los 20 y 21 años ya han finalizado al menos la secundaria; sin embargo, solo el 21% acumula 12 años y más de educación (Tabla 7). Este dato es congruente con el bajo porcentaje de la población del país que finaliza la secundaria completa (alrededor del 30% al final de la adolescencia, sobre los 20 años y cerca del 40% en la temprana juventud, en torno a los 23 años) (Ministerio de Educación y Cultura, 2018). Asimismo, los antecedentes muestran que la asistencia a la educación formal disminuye a mayor grado de privación (mientras que a los 18-20 años, el 70% de los jóvenes del quinto quintil de ingresos culminaron la educación media, dicho porcentaje apenas alcanza al 9% entre los jóvenes del primer quintil) (Ministerio de Educación y Cultura, 2018).

Tabla 6. Porcentaje de jóvenes 20-21 años madres y no madres antes de los 20 años, por asistencia a educación. Gran Montevideo, 2011.

	No asiste	Asiste	Total	Total absolutos
Madre	97,0%	3,0%	100,0%	2.799
No madre	66,0%	34,0%	100,0%	6.344
Total	75,5%	24,5%	100,0%	9.143

Fuente: Elaboración propia en base al censo de población 2011

El número de años de estudio de madres y no madres y de los integrantes del hogar de ellas, reafirma el efecto de la educación sobre las pautas del comportamiento reproductivo. La Tabla 7 muestra que entre aquellas que logran una escolaridad más allá de los 8 años de estudio, la mayoría no realizó la transición a la maternidad. Por el contrario entre aquellas con educación primaria y uno o dos años del ciclo básico de secundaria, solo un 28,1% no transitó a la maternidad. A medida que se agregan años de educación este porcentaje aumenta. Entre las jóvenes que alcanzan entre nueve y once años de educación, un 77,00% no fue madre en la adolescencia.

Tabla 7. Porcentaje de jóvenes 20-21 años madres y no madres antes de los 20 años, por años de estudio de las jóvenes. Gran Montevideo, 2011.

	Años de estudio en tramos				N
	Hasta 8	9 a 11	12 y mas	%	
Madre	68,0%	29,2%	2,8%	100	2.799
No madre	28,1%	43,1%	28,8%	100	6.344
Total	40,3%	38,8%	20,8%	100	9.143

Fuente: Elaboración propia en base al censo de población 2011

Además de la asistencia y el nivel educativo alcanzado por las propias jóvenes, el clima educativo de su hogar, medido a través del promedio de años de estudio de los integrantes del mismo, constituyen otro factor que aporta elementos para explicar por qué algunas jóvenes, aun residiendo en zonas segregadas de la ciudad y con privaciones sociales críticas, pueden transitar la adolescencia sin realizar la transición a la maternidad. La Tabla 8 muestra que las jóvenes que fueron madres en la adolescencia viven en hogares cuyos integrantes tienen un promedio de años de estudio menor que aquellas que no fueron madres (7,3 años y 8,8 años de educación en promedio).

Tabla 8. Clima educativo promedio del hogar de las jóvenes de 20-21 madres y no madres.

	Total absolutos	Media	Error típ. de la media
Madre	2799	7,3240	,03087
No madre	6344	8,8267	,02868

* sig 95%

Fuente: Elaboración propia en base al censo de población 2011

Otro elemento que confirma esta situación es el nivel más alto alcanzado en promedio por los integrantes del hogar. En el Tabla 9 se aprecia una brecha de dos años en el nivel educativo más alto alcanzado por los integrantes de los hogares de las jóvenes madres y no madres (8,7 y 10,9 años alcanzados).

Tabla 9. Nivel educativo más alto del hogar de las jóvenes de 20-21 madres y no madres (en promedio).

	Total absolutos	Media	Error típ. de la media
Madre	2799	8,6581	,03882
No madre	6344	10,9436	,03342

* *sig 95%

Fuente: Elaboración propia en base al censo de población 2011

Por último, se consideró relevante ver el efecto que podría tener la presencia en el hogar de algún adulto con 12 años y más de educación, sobre el retraso en la edad de inicio de la trayectoria reproductiva. La hipótesis es que la presencia en el hogar de algún miembro con más de 12 años de educación opera favoreciendo sobre las adolescentes en proyectos alternativos a la maternidad (estudio, trabajo), ya sea en términos de información como de estímulo hacia dichos proyectos. El dato descriptivo da un primer indicio en relación a ello.

En los hogares de las jóvenes que iniciaron la maternidad en la adolescencia, la mayoría no cuenta con un adulto que haya finalizado la educación secundaria (90,5%), un 8% de estas jóvenes vive en hogares con un integrante con secundaria y apenas 1,6% con dos o más integrantes que cursaron ese nivel de educación. Entre aquellas que no realizaron la transición a la maternidad, algo más de una quinta parte vive en hogares con 1 adulto que finalizó la secundaria e igual porcentaje con dos y más integrantes que la finalizaron (Tabla 10).

Tabla 10. Porcentaje de jóvenes 20-21 años madres y no madres antes de los 20 años, por número de adultos con secundaria en el hogar. Gran Montevideo, 2011.

	0	1	2 y mas	%	N
Madre	90,5%	8,0%	1,6%	100	2.799
No madre	56,0%	22,0%	22,0%	100	6.344
Total	66,1%	17,9%	16,0	100	9.143

Fuente: Elaboración propia en base al censo de población 2011

Los indicadores presentados reafirman la relevancia de la educación en las pautas de comportamiento reproductivo. Tanto la mayor educación de la joven como el nivel educativo de los integrantes del hogar, constituyen un factor relevante en el proceso de socialización de estas jóvenes e intervienen en las pautas diferenciales respecto a la salud sexual y reproductiva. Los modelos probabilísticos que se presentan más adelante confirman el análisis descriptivo y señalan que incluso en las áreas críticas de la ciudad, la educación es un factor fundamental en el retraso de la edad de inicio de la trayectoria reproductiva.

El vínculo entre la educación y los niveles de fecundidad de las adolescentes

La relación entre la educación y la fecundidad adolescente se encuentra ampliamente documentada (Rodríguez & Cavenaghi, 2013) y como se presentara anteriormente, encarna diferencias en el comportamiento reproductivo de las adolescentes. A continuación, el interés se centrará en analizar si la educación de las adolescentes y de los hogares tiene relación con el nivel de la fecundidad, a partir de la tipología del comportamiento reproductivo construida (Varela Petito, Pardo, Lara, Nathan, & Tenenbaum, 2014). Se espera que existan incentivos, desestímulos y condicionantes en las adolescentes, en sus hogares y en los entornos sociales, diferenciales en relación con la educación, según el nivel general de la fecundidad de la zona.

Una primera dimensión de interés es la asistencia al sistema educativo de las adolescentes. En la Tabla 11 se observa el diferencial en la asistencia a centros educativos entre las jóvenes madres y no madres. Entre las jóvenes que son madres, la asistencia a centros educativos es minoritaria (entre un 2,5% y un 3,6%), sin importar el nivel de la fecundidad en la zona en que residen. Entre las jóvenes que no son madres, se observa una importante variabilidad de la asistencia a educación según el nivel de fecundidad. Pese a ello, aun en las zonas de fecundidad adolescente alta o muy alta, una de cada 3 jóvenes asiste a algún centro educativo. En las zonas de fecundidad adolescente media y media alta dicho porcentaje es algo superior (38% y 35%). Es decir, se observa un patrón común de baja asistencia de las adolescentes a

educación cuando son madres, independientemente de cuán alta es la fecundidad en su zona de residencia. No se puede determinar si la baja asistencia educativa es un factor coadyuvante de la maternidad en la adolescencia o una consecuencia de la misma; aunque los antecedentes muestran por un lado, que el abandono escolar tiende a ser previo al primer embarazo; y por el otro, que los primeros años posteriores a la maternidad imponen barreras importantes a la asistencia a la educación formal de las madres, dada la escasez de la oferta de servicios de cuidado de niños en edad preescolar (Ríos González, 2015). Por el contrario, los niveles de fecundidad adolescente en las zonas de residencia de las jóvenes que no son madres, sí tienen relación con la asistencia de éstas a los centros educativos, se observa que la asistencia disminuye cuanto más alta es la fecundidad.

Tabla 11. Asistencia a educación de las jóvenes de 20-21 años madres y no madres por niveles de fecundidad.

		No asiste	Asiste	Total	Total absolutos
Madre	PMA Adolescente media	96,9%	3,1%	100,00%	451
	PMA Adolescente media alta	96,7%	3,3%	100,00%	1.247
	PMA Adolescente alta	97,5%	2,5%	100,00%	1.073
	PMA Adolescente muy alta*	96,4%	3,6%	100,00%	28
No Madre	PMA Adolescente media	61,2%	38,8%	100,00%	1.255
	PMA Adolescente media alta	65,0%	35,0%	100,00%	2.998
	PMA Adolescente alta	70,3%	29,7%	100,00%	2.024
	PMA Adolescente muy alta	70,1%	29,9%	100,00%	67

Fuente: Elaboración propia en base al censo de población 2011

*Cantidad de casos estadísticamente insuficientes

No solamente la asistencia a centros educativos es mayor entre las jóvenes que no son madres en comparación a las madres, sino que se observan brechas importantes en la cantidad de años de estudio de unas y otras (Tabla 12). En las zonas con niveles de fecundidad adolescente medios, 6 de cada 10 jóvenes tienen hasta 8 años de educación, frente a 2 de cada 10 entre las no madres en esas zonas. En el otro extremo, el 33,3% de las jóvenes que no son madres en zonas de fecundidad media tienen al menos 12 años de educación, frente a solo el 2,9% entre quienes son madres. Por otra parte, se observa que los años de estudio de madres y no madres es menor cuanto mayor es el nivel de fecundidad en el entorno en el que residen. En las zonas de fecundidad muy alta, 3 de cada 10 jóvenes no madres tienen apenas 8 años de educación (porcentaje que asciende al 89% entre quienes son madres), lo cual representa una brecha de casi 10 puntos porcentuales respecto a jóvenes que no son madres y residen en entornos de

fecundidad adolescente media. Es decir, mientras que en el caso de la asistencia las madres se caracterizan por un porcentaje homogéneamente bajo independientemente del nivel de la fecundidad, la cantidad de años de educación alcanzados varía, y es más baja cuanto más alta es la fecundidad general en el entorno de la joven. Por otra parte, también entre las no madres se observa una relación negativa entre el nivel de la fecundidad y los años de estudio.

Tabla 12. Años de educación de las jóvenes 20-21 años madres y no madres antes de los 20 años por niveles de fecundidad.

		hasta 8	9 a 11	12 y mas	%	Total absolutos
Madre	PMA Adolescente media	65,2%	31,9%	2,9%	100,00%	451
	PMA Adolescente media alta	66,2%	30,2%	3,6%	100,00%	1.247
	PMA Adolescente alta	70,8%	27,4%	1,8%	100,00%	1.073
	PMA Adolescente muy alta*	89,3%	7,1%	3,6%	100,00%	28
No madre	PMA Adolescente media	24,1%	42,5%	33,3%	100,00%	1.255
	PMA Adolescente media alta	26,8%	42,8%	30,4%	100,00%	2.998
	PMA Adolescente alta	32,4%	43,9%	23,7%	100,00%	2.024
	PMA Adolescente muy alta	34,3%	40,3%	25,4%	100,00%	67

Fuente: Elaboración propia en base al censo de población 2011 *Cantidad de casos estadísticamente insuficientes

En lo que refiere a los atributos de educación de los hogares, se observa que el clima educativo promedio de los hogares entre madres y no madres difiere, pero no entre los diferentes niveles de fecundidad (Tabla 13). Entre las madres, el promedio de años de estudio de los adultos del hogar se encuentra apenas por encima de la educación primaria (unos 7 años de educación), mientras que entre las jóvenes que no son madres, el clima educativo promedio de los adultos se encuentra entre 8 y 9 años de estudio (segundo o tercer año del ciclo básico).

Tabla 13. Clima educativo promedio del hogar de las jóvenes de 20-21 madres y no madres por niveles de fecundidad.

		Media	N	Error típ. de la media
madre	PMA Adolescente media	7,4804	451	,07727
	PMA Adolescente media alta	7,3857	1247	,04706
	PMA Adolescente alta	7,1936	1073	,04879
	PMA Adolescente muy alta*	7,0561	28	,21143
no madre	PMA Adolescente media	8,9950	1255	,06225
	PMA Adolescente media alta	8,9957	2998	,04159
	PMA Adolescente alta	8,4911	2024	,05149
	PMA Adolescente muy alta	8,2528	67	,23271

Fuente: Elaboración propia en base al censo de población 2011

*Cantidad de casos estadísticamente insuficientes

Si bien en términos promedio, los hogares de las jóvenes madres y no madres solo se diferencian en un año de educación, parecería ser clave la existencia de algún adulto en el hogar con 12 años o más de educación. En los hogares de jóvenes madres, es minoritaria la presencia de adultos con secundaria (con pequeñas diferencias de acuerdo al nivel de fecundidad, entre paridez media y alta). En los hogares de las jóvenes que no son madres, el 25% cuentan con 1 adulto con 12 años de educación en los entornos de fecundidad adolescente media. Ese porcentaje disminuye en la zona de fecundidad adolescente alta 18.6% (Tabla 14).

Tabla 14. Cantidad de adultos del hogar con 12 años o más de educación para las jóvenes de 20-21 madres y no madres por niveles de fecundidad.

		,00	1,00	2,00	3 y mas	%	Total absolutos
madre	PMA Adolescente media	88,7%	9,8%	1,1%	,4%	100,0%	451
	PMA Adolescente media alta	89,6%	8,6%	1,5%	,3%	100,0%	1.247
	PMA Adolescente alta	92,2%	6,5%	1,2%	,1%	100,0%	1.073
	PMA Adolescente muy alta*	92,9%	7,1%	0,0%	0,0%	100,0%	28
no madre	PMA Adolescente media	50,7%	25,0%	11,8%	12,5%	100,0%	1.255
	PMA Adolescente media alta	54,2%	22,8%	9,9%	13,1%	100,0%	2.998
	PMA Adolescente alta	62,0%	18,6%	9,2%	10,1%	100,0%	2.024
	PMA Adolescente muy alta	58,6%	30,0%	4,3%	7,1%	100,0%	67

Fuente: Elaboración propia en base al Censo de población 2011

*Cantidad de casos estadísticamente insuficientes

7.2. Maternidad y condiciones de bienestar social en el Gran Montevideo

El lugar que ocupan las mujeres en la estratificación social interviene en el comportamiento reproductivo de las mismas. Distintos trabajos han mostrado que las condiciones de vida crítica de los hogares en que viven las jóvenes, intervienen en el inicio de la maternidad en la etapa adolescente. Asimismo se ha mostrado que en proporciones importantes los embarazos no son planificados (Pantelides, 2004), (Varela Petito, Fostik, & Fernández Soto, 2014), (López Gómez & Varela Petito, 2016), (Rodríguez & Cavenaghi, 2016), (Rodríguez & Cavenaghi, 2013), (Ferré, 2015).

El análisis de la maternidad adolescente en relación a la situación de bienestar o privación social, se realiza a partir del método de las Necesidades Básicas Insatisfechas. Este es uno de los llamados métodos directos de medición de la pobreza, con un enfoque multidimensional, pues se orienta a identificar la falta de acceso a bienes y servicios considerados básicos, y se fijan para cada una de las dimensiones umbrales por debajo de los cuales se estima que la privación es crítica. Las Necesidades Básicas Insatisfechas construidas a partir del Censo 2011 clasifican a los hogares según carencias en algunas de las siguientes dimensiones: vivienda decorosa, abastecimiento de agua potable, servicio sanitario, energía eléctrica, artefactos básicos de confort y educación (Calvo, y otros, 2013).

La distribución de las jóvenes que finalizaron la adolescencia, teniendo en cuenta si han realizado la transición a la maternidad o la han pospuesto, de acuerdo a los niveles de privación social o bienestar (Necesidades Básicas Insatisfechas y Satisfechas, NBI-NBS), muestran diferencias importantes. Entre aquellas que no son madres, el 59% vive en hogares en situación de bienestar social. Este dato es congruente con el porcentaje de hogares en esa condición a nivel del total del país (Calvo, y otros, 2013). Por el contrario entre las madres una tercera parte tiene esta situación (31,6%).

El análisis de acuerdo al nivel de carencias críticas revela la gran privación social que tienen las jóvenes que inician la maternidad en la etapa adolescente y que residen en zonas segregadas del Gran Montevideo. La mitad de ellas viven en hogares con una NBI, y el 18% en hogares con dos y más NBI. Ello muestra una primera relación entre condiciones de vida y maternidad temprana (Tabla 15).

Tabla 15. Porcentaje de jóvenes 20 - 21 años madres y no madres antes de los 20 años, por cantidad de hogares con NBI, Gran Montevideo, 2011.

	Madre	No madre
Sin NBI	31,6	59,4
1 NBI	50,3	34,5
2 y más	18,1	6,1
Total	100	100
N	2.799	6.344

Fuente: Elaboración propia en base a Censo 2011

Para profundizar en las diferencias en el comportamiento reproductivo de las adolescentes en el territorio asociados a las condiciones de vida, se observan diferentes indicadores de carencias críticas. Estos especifican las desigualdades sociales en las que viven estas jóvenes. La NBI hacinamiento marca importantes diferencias entre aquellas jóvenes que han pospuesto la maternidad con aquellas que la han transitado. Entre las no madres el 63% están hacinadas, y entre las madres ello asciende al 81.7%. Esta situación devela privaciones importantes en el espacio vital de las personas en el hogar. Situación semejante situación se observa con las condiciones de precariedad de la vivienda (Tablas 16 y 17).

Tabla 16. Porcentaje de jóvenes 20 - 21 años madres y no madres antes de los 20 años, por NBI Hacinaamiento, Gran Montevideo, 2011.

	Madre	No madre
Con NBI hacinaamiento	81,7	63,0
Sin NBI hacinaamiento	12,1	36,9
Sin dato	5,6	0
Total	100	100
N	6.743	2.799

Fuente: Elaboración propia en base a Censo 2011

Tabla 17. Porcentaje de jóvenes 20 - 21 años madres y no madres antes de los 20 años, por NBI vivienda decorosa, Gran Montevideo, 2011.

	Madre	No madre
Sin NBI vivienda	55,8	78,5
Con NBI vivienda	44,2	15,4
Sin dato	0,0	5,6
No corresponde	0,0	0,5
Total	100	100
N	2.799	6.344

Fuente: Elaboración propia en base a Censo 2011

A los indicadores presentados de carencias críticas se agrega el análisis de la existencia de algún integrante del hogar jubilado o pensionista. Se considera que ello implica un ingreso extra al hogar que puede ser un factor diferenciador que establezca una mejora en el nivel de bienestar social y que ello se vincule a una mayor probabilidad de posponer la maternidad. También además de contribuir a un mejorar el ingreso del hogar, implica que ese adulto mayor estuvo inserto en el mercado de trabajo formal. En ese sentido puede ser ejemplificante para los jóvenes que co-residen con el adulto mayor, en determinados valores que contribuyen a promover la elección de distintas trayectorias educativas y laborales. La relevancia de este indicador como inhibidor del inicio de la maternidad en la adolescencia se confirmará con los modelos econométricos que se presentan más adelante, sin embargo, el dato descriptivo da una primera aproximación respecto a ello. Entre los hogares que hay un jubilado o pensionista en el hogar hay un menor porcentaje de jóvenes que realizaron la transición a la maternidad que en los hogares en que no hay (77.6% y 22.4%).

Tabla 18. Porcentaje de jóvenes 20 - 21 años madres y no madres antes de los 20 años por jubilado o pensionista en el hogar, Gran Montevideo, 2011.

	Madre	No madre	Total	Total absoluto
Hay jubilado	22,4	77,6	100	2.300

Fuente: Elaboración propia en base a Censo 2011

La condición de bienestar o privación social, excluye o integra a las personas en la vida pública. La expulsión temprana del sistema educativo de las jóvenes aunado a condiciones de vida críticas, establece mayor probabilidad de iniciar la trayectoria reproductiva en la etapa adolescente. Este fenómeno ha sido descrito en diversas investigaciones a nivel nacional e internacional y el análisis que se viene realizando comprueba una vez más esta situación. La acumulación de pocos años de educación dificulta la inserción en el mercado de empleo y promueve una mayor reclusión de las jóvenes en el ámbito doméstico (Varela Petito & Fostik, 2011), (Varela Petito C. , Fostik, A, & Fernández Soto, 2012), (Varela Petito & Lara, 2015). En la población objeto de estudio de este trabajo, este fenómeno es aún mayor que el reseñado en los estudios referidos realizados a nivel del total país.

Entre las jóvenes madres el 42,5% no trabajan, mientras que aquellas que han pospuesto la maternidad son un 25,8%. Cuando vinculamos la actividad económica con la permanencia en el sistema educativo, se observa que el aislamiento de las jóvenes es importante. Entre las madres el 41,2% están reclusas en el hogar²¹, mientras que las no madres en esta condición son el 11,3% (Tablas 19 y 20). Ello implica una mayor vulneración de derechos como ciudadanas en la medida en que la interacción social está limitada al hogar y por lo tanto su participación social es marginal. También esta exclusión implica una “doble reclusión”, pues a la reclusión en el hogar se le agrega la reclusión en el barrio, lo cual la aleja también de otros lugares de circulación, limitando la interacción social a la vida familiar y al ámbito doméstico, aislándolas de otros espacios de socialización (López Gómez & Varela Petito, 2016).

²¹ El concepto de reclusión en el hogar fue definido por Varela y Fostik en el trabajo (Varela Petito & Fostik, 2011). Este indicador refiere a la población adolescente que en esa etapa del curso de vida, no se encuentra inserta en el sistema educativo ni en el mercado laboral

Tabla 19. Porcentaje de jóvenes 20 - 21 años madres y no madres antes de los 20 años por condición de actividad, Gran Montevideo, 2011.

	No activa	Activa	Total	Total absoluto
Madre	42,5	57,5	100	3.680
No madre	25,8	74,2	100	5.497
Total	32,5	67,5	100	9.177

Fuente: Elaboración propia en base a Censo 2011

Tabla 20. Porcentaje de jóvenes 20 - 21 años madres y no madres antes de los 20 años por condición de reclusión en el ámbito doméstico, Gran Montevideo, 2011.

	No reclusa	Reclusa	Total	Total absoluto
Madre	58,8	41,2	100	3.680
No madre	88,7	11,3	100	5.497
Total	76,7	23,3	100	9.177

Fuente: Elaboración propia en base a Censo 2011

Maternidad y condiciones de bienestar social por áreas de niveles de fecundidad ²²

Situación socioeconómica y condiciones de bienestar social.

Con el objetivo de avanzar en el análisis los factores que contribuyan a explicar el retraso de la edad de inicio de la trayectoria reproductiva en adolescentes de contextos sociales y económicos críticos para etapas posteriores del ciclo de vida, se analiza el nivel de la fecundidad definido en la tipología del comportamiento reproductivo, teniendo en cuenta los indicadores socioeconómicos y sociodemográficos que dan cuenta de las condiciones de vida de las jóvenes. Entre los primeros, se analizan la presencia de carencias críticas en el hogar (Necesidades Básicas Insatisfechas), la condición de actividad y la presencia de jubilados en el hogar; y entre los segundos se analizan el número de miembros promedio del hogar, la presencia de menores en los hogares y la reclusión en el ámbito doméstico (ver Anexo 4).

La literatura confirma que las condiciones de vida críticas aumentan el riesgo respecto al embarazo precoz y en algunas ocasiones no deseado, y da cuenta de que el comportamiento reproductivo de las jóvenes muestra claras diferencias según sus atributos socioeconómicos

²² El número de casos en el área con PMA adolescente muy alta no es suficiente en algunos casos, por lo cual se analizan en conjunto el área de fecundidad alta y muy alta.

(Pantelides, 2004), (Rodríguez & Cavenaghi, 2013) (Stern, 2004) (Varela Petito, Tenenbaum, & Lara, 2014).

Los resultados de la tabla 21 para las áreas según niveles de fecundidad muestran que la presencia de carencias por NBI en el hogar contribuye a aumentar la probabilidad de ser madre en la adolescencia. Para todos los niveles de carencias por NBI existen diferencias importantes entre madres y no madres, encontrándose mayores niveles de bienestar social en los hogares de las jóvenes no madres. En promedio, el 60% de las no madres viven en hogares sin NBI, mientras que las madres que están en esta situación son en promedio el 30%.

Las jóvenes que no han transitado la maternidad en la adolescencia y que viven en hogares con 2 o más NBI representan una proporción muy baja en todas las áreas analizadas, 4,4% en las áreas de fecundidad media, 5,5% en las de fecundidad media alta y 8,2% en las de fecundidad alta. Mientras que entre las madres los porcentajes son mucho más altos: 17% en las áreas de fecundidad media, 18% en las de fecundidad media alta y llegando a un promedio de 25% entre las dos áreas de mayores niveles de fecundidad (alta y muy alta).

Tabla 21. Porcentaje de jóvenes 20 - 21 años madres y no madres, por cantidad de NBI, según áreas de nivel de fecundidad. Gran Montevideo, 2011.

		Sin NBI	1 NBI	2 y más NBI	%	Total absoluto.
madres	PMA Adolescente media	37,7%	45,5%	16,9%	100	451
	PMA Adolescente media alta	31,7%	50,3%	18,0%	100	1.247
	PMA Adolescente alta	29,3%	52,3%	18,5%	100	1.073
	PMA Adolescente muy alta*	17,9%	50,0%	32,1%	100	28
no madres	PMA Adolescente media	64,5%	31,1%	4,4%	100	1.255
	PMA Adolescente media alta	60,8%	33,7%	5,5%	100	2.998
	PMA Adolescente alta	53,9%	37,8%	8,2%	100	2.024
	PMA Adolescente muy alta*	61,2%	31,3%	7,5%	100	67

Fuente: Elaboración propia en base a Censo 2011 *Cantidad de casos estadísticamente insuficientes

El indicador NBI en vivienda hace referencia a que el hogar tiene una carencia crítica en al menos una de las siguientes dimensiones: materiales de la vivienda, espacio habitable (hacinamiento) y espacio adecuado para cocinar. Este es un indicador que da cuenta de

carencias estructurales de los hogares asociadas a las condiciones habitacionales que determinan el bienestar de las personas.

La relación entre las condiciones de vida y el comportamiento reproductivo ha sido estudiada ampliamente en la literatura. En (Varela Petito, Tenenbaum, & Lara, 2014) se demuestra que las necesidades básicas insatisfechas tienen una relación positiva con la probabilidad de ser madre en la adolescencia, siendo que las mujeres más expuestas al riesgo de ser madres en esta etapa son aquellas que residen en hogares con carencias en las dimensiones de vivienda y educación²³. Las carencias en el indicador de estas dos dimensiones son consideradas entre las condiciones más estructurales de la pobreza.

Las diferencias que se observan en la Tabla 22 dan cuenta que las adolescentes que han realizado la transición a la maternidad habitan en viviendas que son críticas en las dimensiones señaladas.

Lo primero que se observa en la tabla 22 es la brecha entre madres y no madres presente en las tres áreas de fecundidad. En promedio, 1 de cada 2 madres viven en condiciones de carencias en la vivienda, mientras que entre las no madres la relación es de 1 cada 10.

Al analizar según las áreas de niveles de fecundidad, vemos que el 40% de las madres viven en condición de carencia de NBI en la vivienda en las áreas de fecundidad media, el 45% en las áreas de fecundidad media alta, y el 54,2% en las áreas de fecundidad alta y muy alta. Estos porcentajes son muy superiores a los que encontramos entre las no madres, y dan cuenta de que las condiciones de carencias estructurales como la vivienda atraviesan la condición de maternidad de estas jóvenes.

Igualmente entre las no madres también se observan diferencias según niveles de fecundidad, concentrándose el 13,8% en las áreas de fecundidad media, y el 18,6% en las áreas de fecundidad alta. Como se mencionara *supra*, es significativamente menor el porcentaje de adolescentes que no iniciaron la transición a la maternidad, y que tienen condiciones precarias en relación a la vivienda. Sin embargo, viven en áreas del Gran Montevideo donde el porcentaje de madres adolescentes es muy elevado y con importantes niveles de privación

²³ El censo 2011 incluyó entre las necesidades básicas insatisfechas de los hogares a la educación. Se considera que un hogar presenta una NBI en la dimensión de educación cuando el hogar cuenta con al menos un miembro menor de 18 años que no completó la educación formal obligatoria y que no se encuentra asistiendo a ningún centro educativo formal.

social. Este indicador aporta elementos para comprender qué fenómenos contribuyen a que determinadas jóvenes aun residiendo en áreas segregadas socialmente y donde los niveles de fecundidad en la adolescencia son elevados, no inicien la maternidad en esta etapa del ciclo de vida y se mantengan en el sistema educativo. El indicador de privación en la vivienda (hacinamiento y condiciones de la vivienda) y el indicador de educación son indicativos de los factores que estarían incidiendo en que estas jóvenes pospongan el inicio de la maternidad.

Tabla 22. Porcentaje de jóvenes 20-21 años madres y no madres, por NBI Vivienda, según áreas de nivel de fecundidad. Gran Montevideo, 2011.

		Sin NBI vivienda	Con NBI vivienda	%	Total Absolutos
madres	PMA adolescente media	59,9	40,1	100	451
	PMA adolescente media alta	54,8	45,2	100	1247
	PMA adolescente alta	55,8	44,1	100	1073
	PMA adolescente muy alta*	35,7	64,3	100	28
no madres	PMA adolescente media	79,5	13,8	100	1255
	PMA adolescente media alta	79,7	14,0	100	2998
	PMA adolescente alta	76,0	18,3	100	2024
	PMA adolescente muy alta	77,1	18,6	100	67

Fuente: Elaboración propia en base a Censo 2011 *Cantidad de casos estadísticamente insuficientes

En la Tabla 23 se presenta el porcentaje de jóvenes de 20 a 21 que viven en un hogar con carencias en NBI hacinamiento, según las áreas geográficas definidas a partir de los distintos niveles de fecundidad adolescente. La NBI hacinamiento supone que en el hogar hay más de dos miembros por habitación en la vivienda (excluyendo baño y cocina). Como se explicó anteriormente, el hacinamiento es una de las dimensiones de la NBI vivienda, y es otro de los indicadores de las condiciones habitacionales que da cuenta de lo que se conoce como la

“pobreza estructural”, que es una de las manifestaciones de la pobreza más difíciles de revertir.

En las áreas según niveles de fecundidad se observa una brecha importante entre madres y no madres: en promedio el 8% de las no madres viven en hogares con NBI hacinamiento, mientras entre las madres 1 de cada 3 vive con esta NBI. Estos datos adelantan los resultados que posteriormente se presentan en relación a los modelos de riesgo, donde se muestra que la presencia de NBI hacinamiento aumenta la probabilidad de ser madre en la adolescencia entre un 10 y un 14%.

En las áreas con niveles de fecundidad media, 1 de cada 3 madres viven en un hogar con NBI hacinamiento, mientras entre las no madres la relación es de 1 cada 10. En las áreas con niveles de fecundidad alta y muy alta las madres que viven en un hogar con hacinamiento son casi el 40%, siendo que entre las que no son madres el porcentaje se reduce al 13%.

Tabla 23. Porcentaje de jóvenes 20 - 21 años madres y no madres, por NBI Hacinamiento, según áreas de nivel de fecundidad. Gran Montevideo, 2011.

		Sin NBI hacinamiento	Con NBI hacinamiento	%	Total
madres	PMA adolescente media	64,7	35,3	100	451
	PMA adolescente media alta	62,3	37,7	100	1.247
	PMA adolescente alta	63,4	36,5	100	1.073
	PMA adolescente muy alta*	53,6	46,4	100	28
no madres	PMA adolescente media	82,1	11,2	100	1.255
	PMA adolescente media alta	82,6	11,1	100	2.998
	PMA adolescente alta	80,1	14,2	100	2.024
	PMA adolescente muy alta	82,9	12,9	100	67

Fuente: elaboración propia en base a Censo 2011 *Cantidad de casos estadísticamente insuficientes

Resulta claro en el análisis realizado que las variables que dan cuenta de situaciones estructurales de la pobreza, como la presencia o no de NBIs, la presencia de NBI vivienda y NBI hacinamiento, son indicadoras de situaciones de desventaja de las jóvenes madres respecto a las no madres.

Condición de actividad en el mercado laboral

La condición de actividad de las jóvenes ha sido identificada en investigaciones previas como una de las variables que inciden positivamente en la probabilidad de ser madre en la adolescencia. Sin embargo, se ha mostrado que cuando se tienen en cuenta todos los eventos de la transición a la adultez, el efecto de la inserción en el mercado de empleo deja de ser significativo (Varela Petito & Fostik, 2011).

En la Tabla 24 se muestra el porcentaje de jóvenes madres y no madres según su participación en el mercado laboral para distintos niveles de fecundidad según áreas.

Se destaca la alta participación en el mercado de empleo tanto de las madres como las no madres. La inclusión de las madres desciende a medida que se incrementa el nivel de la fecundidad en el barrio (de 62,5 a 55, 5 en promedio entre las áreas de fecundidad alta y muy alta). Lo que puede estar señalando este dato descriptivo es la necesidad de generar ingresos entre las madres para sostener económicamente a sus hijos. De todas maneras, no se conoce la continuidad en la actividad económica en la medida que no se puede conocer la trayectoria laboral. Los modelos que se presentan más adelante, demuestran que la participación en el mercado laboral es significativa en sentido negativo para la probabilidad de ser madre en la adolescencia. Esto implica que estar en el mercado laboral, reduce la probabilidad de ser madre en esta etapa del curso de vida.

La presencia en el hogar de un jubilado o pensionista puede ser interpretado como un indicador de estabilidad en los ingresos del hogar y que disminuye la probabilidad del hogar de caer bajo la línea de pobreza (Boado & Fernández, 2005). La primera observación que surge de la tabla 25 es que la presencia de jubilado o pensionista en el hogar es un fenómeno relativamente poco frecuente en aquellas que realizaron la transición a la maternidad. Entre las madres, 2 cada 10 presentan jubilados en el hogar, mientras que entre las no madres son 3 cada 10.

Tabla 24. Porcentaje de jóvenes 20 - 21 años madres y no madres, por condición de actividad, según áreas de nivel de fecundidad. Gran Montevideo, 2011

		Inactiva	Activa	%	Total Absoluto
madre	PMA adolescente media	37,5	62,5	100	451
	PMA adolescente media alta	38,8	61,2	100	1.247
	PMA adolescente alta	42,5	57,5	100	1.073
	PMA adolescente muy alta	46,4	53,6	100	28
no madre	PMA adolescente media	29,0	71,0	100	1.255
	PMA adolescente media alta	28,5	71,5	100	2.998
	PMA adolescente alta	29,8	70,2	100	2024
	PMA adolescente muy alta	37,3	62,7	100	67

Fuente: Elaboración propia en base a Censo 2011 *Cantidad de casos estadísticamente insuficientes

Tabla 25. Porcentaje de jóvenes 20 - 21 años madres y no madres, por jubilado o pensionista en el hogar, según áreas de nivel de fecundidad. Gran Montevideo, 2011

		Sin jubilación o pensión	Con jubilación o pensión	%	Total absolutos
madre	PMA adolescente media	81,4	18,6	100	451
	PMA adolescente media alta	81,6	18,4	100	1.247
	PMA adolescente alta	81,8	18,2	100	1.073
	PMA adolescente muy alta	75,0	25,0	100	28
no madre	PMA adolescente media	68,9	31,1	100	1.255
	PMA adolescente media alta	73,8	26,2	100	2.998
	PMA adolescente alta	70,8	29,2	100	2.024
	PMA adolescente muy alta	71,6	28,4	100	67

Fuente: elaboración propia en base a Censo 2011 *Cantidad de casos estadísticamente insuficientes

Reclusión en el ámbito doméstico y su relación con la tipología del comportamiento reproductivo.

Como se mencionara anteriormente, el indicador de reclusión en el ámbito doméstico surge de la combinación de la no participación en el mercado laboral y la no participación en el sistema educativo. Este indicador da cuenta de situaciones de aislamiento de las jóvenes de los ámbitos de socialización propios de estas etapas de la vida, que generan carencias en el ejercicio de la ciudadanía, falta de oportunidades y no ejercicio de derechos, y por lo tanto situaciones de desigualdad social.

En la Tabla 26 se advierte que la maternidad es determinante al analizar la reclusión en el ámbito doméstico. Considerando todas las áreas, en promedio el 40% de las madres se encuentran reclusas, mientras que entre las no madres son tan solo el 18%.

Tabla 26. Porcentaje de jóvenes 20 - 21 años madres y no madres, por reclusión en el ámbito doméstico, según áreas de nivel de fecundidad. Gran Montevideo, 2011.

		No reclusa	Reclusa	%	Total absolutos
madre	PMA adolescente media	63,2	36,8	100	451
	PMA adolescente media alta	62,5	37,5	100	1247
	PMA adolescente alta	58,6	41,4	100	1073
	PMA adolescente muy alta	53,6	46,4	100	28
no madre	PMA adolescente media	84,9	15,1	100	1255
	PMA adolescente media alta	84,9	15,1	100	2998
	PMA adolescente alta	81,3	18,7	100	2024
	PMA adolescente muy alta	76,1	23,9	100	67

Fuente: elaboración propia en base a Censo 2011 *Cantidad de casos estadísticamente insuficientes

En las áreas con niveles de fecundidad media, el 37% de las madres se encuentran en situación de reclusión, mientras que en las áreas con PMA alta o muy alta se llega al 41% y 46% respectivamente. Esto da cuenta de que a medida que aumentan los niveles de

fecundidad también aumentan los niveles de reclusión en el ámbito doméstico. Investigaciones previas también han demostrado que los porcentajes de reclusión en el ámbito doméstico son mayores entre las madres que entre las no madres (Varela Petito & Fostik, 2011) (López Gómez & Varela Petito, 2016).

Característica del hogar y su relación con el nivel de fecundidad.

Según datos de Contexto N°1 Los hogares uruguayos: evolución y características 1996-2006, (Ministerio de Desarrollo Social, 2015) para el conjunto del país, el tamaño medio de los hogares, medido a través del número de personas que lo integran fue de 3,2 personas por hogar en el año 2006. Al diferenciar por nivel socioeconómico, los hogares de menores ingresos tienen, en promedio, más del doble de personas que los hogares más ricos (4,7 y 2,2 para el año 2006, respectivamente).

Los datos de la tabla 27 muestran que el promedio de miembros del hogares es alto en relación al promedio país en todas las áreas, tanto en los hogares de madres como en los de no madres. Entre las primeras hay en promedio casi 5 miembros por hogar, mientras que entre las no madres es más bajo, cercano a 4 miembros por hogar. En las áreas de fecundidad media y media alta el promedio de miembros por hogar es de 4,7 personas entre las madres, mientras que en las áreas de fecundidad alta y muy alta se llega a un promedio de 5,5 personas.

Una posible explicación del mayor tamaño de los hogares de las jóvenes madres es la dificultad de la emancipación del hogar de origen principalmente por motivos económicos, lo que hace que deban permanecer en el hogar materno por una estrategia de sobrevivencia de disminución de costos. Otro aspecto que podría contribuir a la explicación de la presencia de las jóvenes madres en hogares más numerosos es el despliegue de estrategias de cuidado de los hijos, en las cuales mayor cantidad de miembros posibilita apoyos a las jóvenes en tal sentido.

Tabla 27. Número de miembros promedio del hogar de las jóvenes de 20-21 madres y no madres, según área de nivel de fecundidad. Gran Montevideo, 2011.

		Media	Total Absolutos
madre	PMA adolescente media	4,72	451
	PMA adolescente media alta	4,72	1.247
	PMA adolescente alta**	4,78	1.073
	PMA adolescente muy alta	5,54	28
no madre	PMA adolescente media	4,16	1.255
	PMA adolescente media alta	4,11	2.998
	PMA adolescente alta	6,46	2.024
	PMA adolescente muy alta	4,24	67

Fuente: elaboración propia en base a Censo 2011 *Cantidad de casos estadísticamente insuficientes

El promedio de niños del hogar puede ser visto como un proxy del fenómeno de infantilización de la pobreza. Según datos de “Contexto N°1 Los hogares uruguayos: evolución y características 1996-2006” (Ministerio de Desarrollo Social, 2015) el promedio de menores de 14 años por hogar en el quintil 1 fue de 2,4 en 2006, mientras que el promedio país fue de 1,1. En este mismo trabajo se muestra que los hogares de menores ingresos tienen, en promedio, más del doble de personas que los hogares más ricos (4,7 y 2,2 para el año 2006, respectivamente).

Como se ve en la tabla 28 el promedio de niños en el hogar de las jóvenes madres es de más del doble que el de las no madres. En las áreas de fecundidad alta y muy alta el promedio de niños por hogar de madres es de 2,5, mientras que en los hogares de no madres el promedio es de 1,3 niños por hogar.

Tabla 28. Promedio de niños del hogar de las jóvenes de 20-21 madres y no madres, según áreas de nivel de fecundidad. Gran Montevideo, 2011.

		Media	Total Absolutos
madre	PMA adolescente media	2,17	451
	PMA adolescente media alta	2,15	1.247
	PMA adolescente alta**	2,26	1.073
	PMA adolescente muy alta	2,50	28
no madre	PMA adolescente media	0,99	1.255
	PMA adolescente media alta	0,98	2.998
	PMA adolescente alta	1,32	2.024
	PMA adolescente muy alta	1,01	67

Fuente: elaboración propia en base a Censo 2011 *Cantidad de casos estadísticamente insuficientes.

**Los valores del área con PMA adolescente alta presentan dificultades para el análisis pues se registran cifras atípicas en la cantidad de miembros del hogar en algunos hogares que probablemente se deban a errores de digitación. Por lo tanto estos datos deben ser tratados con precaución.

8- TRANSICIÓN A LA MATERNIDAD, FACTORES EXPLICATIVOS

Para identificar los factores que explican el retraso de la edad de inicio de la trayectoria reproductiva en adolescentes que presentan contextos sociales y económicos críticos, se realizan modelos econométricos que permiten analizar la probabilidad de ser madre antes de los 20 años para cada nivel de fecundidad. Específicamente se trata de modelos econométricos probit de función de vínculo normal, a partir de variables que corresponden tanto a atributos de la adolescente como del hogar²⁴. En este modelo la variable dependiente es la condición de ser madre antes de los 20 años, que puede adoptar dos valores: 1= ser madre y 0= no ser madre.

El universo de análisis son las mujeres de entre 20 y 21 años que pertenecen a segmentos censales de Montevideo con una Paridez Media Acumulada adolescente (PMA) mayor a 0.11, en total son 9.927 mujeres.

Se realizan tres modelos, uno para cada área de referencia²⁵, es decir, un primer modelo para aquellas adolescentes que se ubican dentro de una zona con PMA paridez media acumulada de nivel medio (rango 0,11- 0,12), un segundo modelo para las ubicadas en la zona con PMA de nivel medio alto (rango 0,13- 0,17), y un tercer modelo que agrupa el nivel alto y muy alto (rango 0,18 – 1,0).

Las variables explicativas o regresores del modelo que se consideraron se agrupan en 3 dimensiones:

1. Características individuales:
 - a. Condición de actividad en el mercado laboral (activa=1, inactiva=0)
 - b. Asistencia a un centro educativo (asiste=1, no asiste=0)
 - c. Años de educación alcanzados por la adolescente, mediante las tres categorías (1=hasta 6 años, 2= entre 7 y 9 años, 3= 10 años y más)
2. Características del hogar
 - a. Clima educativo del hogar (educación alcanzada en promedio en los hogares

²⁴ La distribución normal es una distribución con forma de campana donde las desviaciones estándar sucesivas con respecto a la media establecen valores de referencia para estimar el porcentaje de observaciones de los datos. Estos valores de referencia son la base de muchas pruebas de hipótesis, como las pruebas Z y t.

²⁵ Cabe recordar que las áreas refieren a la tipología elaborada a partir de los niveles de fecundidad adolescente.

de las adolescentes) mediante tres categorías (1=hasta 6 años, 2= entre 7 y 9 años, 3= 10 años y más)

- b. Hogar con al menos un adulto con nivel educativo secundaria alcanzado (hogar con adulto nivel secundaria=1, hogar sin adulto con nivel secundaria=0)
- c. Composición del hogar de la adolescente (hogar extendido²⁶ o compuesto=1, hogar no extendido ni compuesto=0)
- d. Hogar con al menos un jubilado (hogar con jubilado=1, hogar sin jubilado=0)
- e. Necesidades básicas insatisfechas en las dimensiones hacinamiento, materialidad de la vivienda y elementos de confort. Cada variable tomó el valor 1 si la joven de 20 a 21 años vivía en un hogar con esa carencia y 0 si la necesidad se encontraba cubierta.

La mayoría de estas variables fueron analizadas en el apartado anterior, así que los resultados de estos modelos vienen a complementar la descripción que se presentó en las tablas anteriores.

En primer lugar, los tres modelos son globalmente significativos, con un porcentaje de clasificaciones correctas que va de 71% en el modelo ajustado para los segmentos con PMA alto y muy alto, a 75% en el modelo ajustado para los segmentos con PMA medio alto y 78% en el modelo ajustado para los segmentos con PMA medio.

En los 3 modelos, las variables que resultaron significativas fueron: activa, asistencia a educación, el nivel educativo de la adolescente (que tenga acumulado más de 10 años de educación), que el hogar cuente con al menos un egresado de secundaria, que el hogar tenga hacinamiento, y la presencia de jubilados en el mismo.

Dentro de las variables significativas en los 3 modelos, se repite que la asistencia a un centro educativo es la que tiene un impacto más fuerte en la probabilidad de no ser madre en la adolescencia, que va de 24% en el área de fecundidad media, a 25% en el área de fecundidad media alta y 31% en el área de fecundidad alta. Esto va en línea con la tendencia esbozada en el apartado descriptivo (capítulo anterior), donde se evidenció una menor asistencia a centros educativos entre las madres adolescentes.

²⁶ Hogar extendido es aquel hogar que incluye entre sus miembros a algún pariente como tíos, abuelos, primos u otro no pariente etc. (estas relaciones de parentesco son respecto al jefe de hogar y no a la adolescente).

En el caso de la actividad de la adolescente, su impacto es negativo también en la probabilidad de ser madre antes de los 20, aunque el efecto es más débil en el área de fecundidad media (4% en área de fecundidad media, 7% en área de fecundidad media alta, y 9% en área de fecundidad alta y muy alta). Si bien se desconoce qué evento (ingreso al mercado laboral o maternidad) se sucedió en primera instancia, de todos modos, el hecho de encontrarse trabajando o buscando empleo disminuye las probabilidades de ser madre en la adolescencia.

A su vez, cuantos más años de educación de la joven (más de 10 años) baja la probabilidad de ser madre en la adolescencia en los 3 modelos, siendo más grande ese cambio en el área de fecundidad media alta (-20%), y reduce en un 17% en las restantes zonas. Además, si en el hogar existe al menos un egresado de secundaria eso reduce la probabilidad de encontrar una madre adolescente en un 13% en el área de fecundidad media, en un 10% en el área de fecundidad media alta y 21% en el área de fecundidad alta. El análisis descriptivo mostraba indicios de esta relación fuerte y negativa (ver tablas 7, 12).

La presencia de un jubilado o pensionista en el hogar también afecta negativamente la probabilidad de encontrar una madre adolescente, en un rango que va de 10% en el área de fecundidad media alta, a 13% en los dos restantes modelos. Este hecho se observaba a nivel descriptivo (tabla 18) donde el porcentaje de madres adolescentes es menor en hogares donde hay un jubilado o pensionista que si no lo hay.

La presencia de hacinamiento en los hogares contribuye a aumentar la probabilidad de encontrar una madre adolescente, en un rango que va de 9% en las áreas de fecundidad media a 14% en las áreas de fecundidad media-alta. Las tablas presentadas en la sección descriptiva también dieron cuenta de porcentajes mayores de madres adolescentes (ver tablas 16 y 23), en hogares con hacinamiento. Por otra parte, la presencia de carencias críticas en bienes de confort resulta significativa sobre la probabilidad de ser madre en la adolescencia, aunque el incremento es marginal en los tres modelos (de 0.03 en el área de fecundidad media a 0.07% en el área de fecundidad alta y muy alta). Las carencias críticas en la materialidad de la vivienda solo inciden en una mayor probabilidad de ser madre adolescente en el área de fecundidad media, pero no en las restantes áreas.

En resumen, en las áreas de fecundidad media la asistencia a educación (en sentido negativo) y las necesidades básicas insatisfechas en la materialidad de la vivienda (en sentido positivo) son las que más influyen en la probabilidad de ser madre adolescente. En las áreas de fecundidad media alta es la asistencia a educación y el nivel de educación alcanzado por la adolescente los factores que afectan más la probabilidad de ser madre adolescente (en sentido negativo, esto es a mayor asistencia y mayor nivel educativo, menor probabilidad de ser madre en la adolescencia). En las áreas de fecundidad alta y muy alta las variables más influyentes en términos de reducir la probabilidad de ser madre adolescente, son la asistencia de la joven a un centro educativo y la presencia de al menos un adulto mayor de 18 años en el hogar con 12 años y más de educación. El contexto familiar educativo es por lo tanto claramente influyente en la probabilidad de hallar madres adolescentes, aunque sea en zonas geográficas donde el fenómeno de la maternidad adolescente es muy elevado. Estos datos se condicen con lo presentado en el capítulo descriptivo.

Tabla 29. Área metropolitana con PMA ubicado en rango medio, 2011. Resultados del modelo probit.

	Coefficiente	Error estándar	Efecto marginal
activa	-0.161212	(0.0821927)*	-.041255
asiste	-0.9303532	(0.1406925)***	-.2380821
años educación de la adolescente(7-9)	-0.1695057	(0.113147)	-.0488388
años educación de la adolescente (10 y +)	-0.6748715	(0.1435997)***	-.1734467
clima educativo (7-9)	0.0322134	(0.1206895)	.0080259
clima educativo (10 y +)	-0.1021268	(0.1599574)	-.0247502
nbi_hacinamiento	0.3811008	(0.0906659)***	.0975256
nbi_materialidad	0.973671	(0.5647722)*	.2491673
nbi_confort	0.114155	(0.0831185)	.0292128
hogar con jubilado	-0.5160333	(0.0938054)***	-.1320555
hogar con un integrante secundaria completa	-0.5386055	(0.1625962)***	-.1378319
hogar extendido	0.3277293	(0.0789771)***	.0838676
Constante	-.114918	(0.127122)	
Número de observaciones		1723	
Pseudo R cuadrado		0.2248	
Prob > chi2		0.0000	
Casos positivos clasificados correctamente		64.18%	
Casos negativos clasificados correctamente		81.26%	
% global de casos clasificados correctamente		78.47%	

***p<0.01, **p<0.05. *p<0.1 en test de significación individual

Fuente: elaboración propia en base a censo de población 2011, Instituto Nacional de Estadística (INE).

Tabla 30. Área metropolitana con PMA ubicado en rango medio alto, 2011. Resultados del modelo probit.

	Coefficiente	Error estándar	Efecto marginal
activa	-0.2546374	(0.0497625)***	-.0751648
asiste	-0.863641	(0.0876664)***	-.2549327
años educación (7-9)	-0.2370072	(0.068396)***	-.0738233
años educación (10 y +)	-0.7199974	(0.0880858)***	-.2029379
clima educativo (7-9)	0.0662669	(0.0743937)	.0176157
clima educativo (10 y +)	-0.0487421	(0.0981466)	-.0126733
nbi_hacinamiento	0.4784808	(0.0551904)***	.1412397
nbi_materialidad	0.0272427	(0.1821872)	.0080416
nbi_confort	0.1652858	(0.0501463)***	.0487897
hogar con jubilado	-0.3525074	(0.0588919)***	-.1040544
hogar con un integrante secundaria completa	-0.343842	(0.0964705)***	-.1014965
hogar extendido	0.3360968	(0.0483494)***	.0992103
Constante	-0.1039	(0.0780809)	
Número de observaciones		4297	
Pseudo R cuadrado		0.2234	
Prob > chi2		0.0000	
Casos positivos clasificados correctamente		61.07%	
Casos negativos clasificados correctamente		75.31%	
% global de casos clasificados correctamente		75.29%	

Tabla 31. Área metropolitana con PMA ubicado en rango alto y muy alto, 2011. Resultados del modelo probit.

	Coefficiente	Error estándar	Efecto marginal
activa	-0.2678587	(0.0535851)***	-.0900416
asiste	-0.9239377	(0.1045245)***	-.3105849
años educación (7-9)	-0.0823838	(0.0735583)	-.0291008
años educación (10 y +)	-0.4688689	(0.0962692)***	-.1743109
clima educativo (7-9)	-0.0667092	(0.0769136)	-.019294
clima educativo (10 y +)	-0.1238062	(0.1094025)	-.0502305
nbi_hacinamiento	0.3849003	(0.0585783)***	.1293856
nbi_materialidad	-0.0234318	(0.1843083)	-.0078767
nbi_confort	0.2137548	(0.0536238)***	.0718544
hogar con jubilado	-0.3906075	(0.0631686)***	-.1313041
hogar con un integrante secundaria completa	-0.6399115	(0.1289145)***	-.2151085
hogar extendido	0.2503588	(0.0527936)***	.084159
constante	-0.0228388	(0.0793582)	
Número de observaciones		3210	
Pseudo R cuadrado		0.1912	
Prob > chi2		0.0000	
Casos positivos clasificados correctamente		60.47%	
Casos negativos clasificados correctamente		75.91%	
% global de casos clasificados correctamente		71.59%	

9- CONCLUSIONES: ¿DÓNDE ESTÁN Y QUIÉNES SON LAS MADRES ADOLESCENTES EN EL GRAN MONTEVIDEO?

El estudio de Montevideo y su área metropolitana se realizó desde la concepción del territorio como espacio de interacciones y construcción de sentido simbólico que trasciende los límites administrativos. La dinámica establecida entre los cinco corredores que conectan el departamento de Montevideo con los dos departamentos limítrofes (Canelones y San José) se ha constituido en una extensión de la capital, en su circulación social, cultural y económica. Para comprender los procesos de segregación territorial, dinámicas demográficas, sociales y culturales es que se estudia Montevideo incluyendo su área metropolitana inmediata.

Antecedentes previos para Uruguay han constatado brechas importantes en el nivel de la fecundidad y maternidad en la adolescencia, tanto entre los departamentos del país como entre los barrios de Montevideo. La concentración de mayores niveles de fecundidad en los barrios de la periferia crítica de Montevideo es expresión de la desigualdad constatada en el territorio, verificándose áreas de la ciudad que concentran los mayores niveles de pobreza, los niveles más bajos de educación y el mayor porcentaje de adolescentes madres. A su vez, el estudio realizado en el marco del Núcleo interdisciplinario ASDer dejó planteada la necesidad de avanzar en la identificación de los factores que explican que con iguales condiciones sociales de vida crítica y bajos niveles de educación, algunas adolescentes inician la maternidad en esta etapa del curso de vida y otras la posponen. Este objetivo de estudio además se enmarca en un contexto sociodemográfico a nivel nacional de caída de la fecundidad global, junto con una tasa de fecundidad adolescente resistente a la baja en gran parte de los 2000. En los últimos dos años ésta presenta un descenso muy importante, sin implicar que ello se haya acompañado por una mejora de los indicadores de bienestar. La pobreza y la desigualdad medida por ingresos registraron una evolución favorable en la última década, producto de un ciclo económico creciente y de un conjunto de políticas públicas que colaboraron también en la reducción de ambos indicadores. Sin embargo la pobreza está concentrada mayoritariamente en las familias con niños y adolescentes: el 90 % de las 330 mil personas en situación de pobreza está conformado por menores de 18 años y por las personas adultas —en una alta proporción jóvenes— que viven con ellos.

La polarización social que se registra a partir de la vulnerabilidad social de importantes sectores de la población -adolescente y niños-, se conjuga con los escasos logros que el país ha tenido en materia educativa y que le transmiten más vulnerabilidad a los hogares.

Las concepciones teóricas que han guiado nuestra investigación se sustentan en que las adolescentes y las jóvenes transitan de forma diferente su pasaje a la vida adulta de acuerdo al estatus social de pertenencia y al contexto socio histórico que cursan las generaciones. En ese sentido, las características sociales, culturales y económicas de los individuos y la correspondiente posición que ocupan en la estructura social, influyen en el proceso de pasaje a la vida adulta (Casal, Gacía, Merino, & Quesada, 2006) (Mora Salas & Olivera, 2009). Eventos como la salida del sistema educativo e ingreso al mercado laboral; la salida del hogar de origen, formación de pareja y nacimiento del primer hijo, son procesos que se engloban en la transición a la adultez. Y en estos procesos intervienen factores macro y microsociales. Las instituciones sociales y la matriz del Estado de bienestar en las que están insertos los sujetos moldean parte de sus comportamientos. En función de ello la transición a la vida adulta estará fuertemente influenciada por las políticas fiscales, familiares, de empleo y de vivienda del contexto social (Billari, 2004). Por tanto, es posible encontrar distintos modelos de transición a la adultez, según la duración, los eventos involucrados y los momentos en que suceden.

En particular, el inicio de la trayectoria reproductiva en la etapa adolescente es un evento que genera cambios sustantivos en la cotidianidad de las personas debido al incremento en las responsabilidades y los nuevos roles que se deben asumir con la maternidad y la paternidad. La adolescencia como etapa evolutiva en el ciclo de la vida, se desvanece con la asunción de la maternidad e incorpora a las adolescentes a la adultez.

La maternidad en la adolescencia es una expresión de desigualdad social que limita el desempeño y autonomía de las jóvenes en la vida adulta. La precarización en términos de acumulación de activos al ingreso de la etapa adulta es relevante, ellas alcanzan menores niveles educativos, mayor precariedad, empleos no calificados y menor inserción en el mercado de empleo que aquellas jóvenes que pospusieron la maternidad más allá de la adolescencia.

También se ha puesto de manifiesto que la maternidad adolescente es una de las “caras” del proceso de segregación residencial que ha operado en las últimas décadas en el país y en particular en el Gran Montevideo y que refleja una importante fragmentación y desigualdad social en Montevideo y en el país en general. El análisis intercensal (1996- 2011) de la

dinámica demográfica muestra que las áreas de la ciudad de Montevideo donde se concentran los mayores porcentajes de población con Necesidades Básicas Insatisfechas, han aumentado su población y es en estos territorios donde se concentra el mayor porcentaje de adolescentes que iniciaron la trayectoria reproductiva en esta etapa del ciclo de vida. Estos barrios de precariedad socio urbana que se ubican desde el centro a toda la periferia de la ciudad, muestran sin embargo una heterogeneidad a su interna. Se encuentran sub áreas donde la segregación social y urbana es aún más importante que la que presenta el barrio en su conjunto. Las desigualdades sociales que se generan se ven reforzadas para las jóvenes madres y a su vez generan una alta probabilidad de reproducirse para las generaciones siguientes.

La tipología del comportamiento reproductivo de las adolescentes realizada en este estudio, da cuenta de este fenómeno. Esta se corresponde con los segmentos censales con mayores niveles de fecundidad adolescente. A partir de la tipología se puede visualizar la diversidad del comportamiento reproductivo de las adolescentes en el territorio. Se pudo avanzar en determinadas explicaciones acerca de los factores que intervienen en la postergación de la maternidad, en adolescentes que comparten áreas de la ciudad donde se focalizan niveles elevados de fecundidad adolescente.

De acuerdo a la distribución de paridez media acumulada adolescente 15 a 19 años por segmento, se elaboró una tipología dividida en cuatro áreas según niveles de fecundidad adolescente. El nivel 1 (paridez media), con una paridez media acumulada de 0,11 a 0,12, valores superiores al promedio de los departamentos estudiados y del país. En este nivel, el 10% de las adolescentes son madres. El nivel 2 (paridez media alta), incluye la paridez de 0,13 a 0,17 y un 13% de las adolescentes son madres. El nivel 3 (paridez alta), con nivel de 0,18 a 0,28, el 18% son madres y el nivel 4 (paridez muy alta), con niveles de 0,19 a 1 hijo en promedio, el 33% de las adolescentes que residen en esas áreas han realizado la transición a la maternidad.

En el análisis realizado se identificaron dos núcleos en la ciudad de Montevideo, uno hacia el centro este (en los barrios de Casavalle y Piedras Blancas) y otro núcleo en la zona oeste de la ciudad de Montevideo (en los barrios Casabó, La Paloma-Tomkinson) que registran niveles altos de fecundidad adolescente. A partir de cada uno de estos núcleos se visualizan como dos

brazos que avanzan en torno a avenidas o rutas principales donde continúan los altos niveles de paridez media acumulada adolescente.

En la zona oeste se visualiza un brazo en el entorno a la avenida Luis Batlle Berres y luego la ruta 1 que conecta con Ciudad del Plata (San José) y otro brazo que acompaña Camino Lecoq y César Mayo Gutierrez (ex ruta 5) atravesando las zonas de Lezica, Colón, La Paz y Las Piedras. En el área centro -este de la ciudad de Montevideo, a partir de Casavalle y Piedras Blancas se observa un brazo entorno a la avenida Instrucciones, que continúa sobre la Ruta 6 recorriendo las diferentes villas (Villa Crespo y San Andrés, Villa Porvenir, Villa San José, entre otras). El otro brazo, recorre Punta de Rieles y Villa García, la concentración y los niveles de fecundidad adolescente descienden en el departamento de Canelones sobre la Ruta 8, que comunica con Barros Blancos y Pando. El quinto brazo, que da cuenta de niveles altos de fecundidad adolescente se encuentra al este en el departamento de Canelones, en torno a la ruta Interbalnearia. Estas cinco grandes áreas presentan niveles altos de pobreza y carencias socio urbanas que se vinculan fuertemente a los altos niveles de fecundidad adolescente.

Se destaca que los segmentos que registran mayores niveles de fecundidad adolescente, y que contienen una población adolescente significativa, se ubican en la zona de Manga, Toledo Chico y Piedras Blancas. En áreas de la ciudad que registran niveles altos de pobreza y precariedad socio urbanos. A su vez, se observa que en zonas del Gran Montevideo, que tienen niveles de pobreza significativos, pero que mantiene un tejido urbano conectado con la ciudad y son áreas más consolidadas, descienden los niveles de fecundidad adolescente incluso en barrios que registran niveles altos de fecundidad (ej. Casavalle, Piedras Blancas) o en áreas contiguas a barrios con altos niveles de fecundidad adolescente (ej. Casco del Cerro y La Teja).

El análisis de la paridez media acumulada de las jóvenes de 20 y 21 años, que iniciaron la maternidad en la adolescencia, muestra una distribución similar a la observada en la fecundidad adolescente. La distribución de la maternidad en la adolescencia en esta generación que acaba de finalizar esa etapa del ciclo vital, en sus distintos niveles de paridez, se ubica básicamente en un corredor que va desde La Paloma Tomkinson hacia el norte del departamento de Montevideo, y se extiende hacia el área metropolitana por encima de Colón y Lezica hacia La Paz y Las Piedras. Este corredor tiene tres brazos que se extienden al área

metropolitana. Uno hacia el Oeste desde Paso de la Arena a Ciudad el Plata, otro hacia el este (Canelones) hasta Pando y un tercero al norte de la Interbalnearia que se extiende hasta el inicio del Pinar.

El análisis conjugado de los niveles de fecundidad y maternidad de la población que cursa la adolescencia, así como aquella que acaba de finalizarla, permitieron elaborar la tipología del comportamiento reproductivo y su distribución en el territorio. En base a ella se analizaron las características sociodemográficas de las jóvenes que acabaron de finalizar la etapa adolescente. Se realizó una comparación entre aquellas jóvenes que realizaron la transición a la maternidad en la etapa adolescentes con las que la pospusieron para etapas posteriores. Las desigualdades entre ambos grupos de adolescentes se observan a partir de diferentes dimensiones, que pueden resumirse en dos ejes analíticos que establecen importantes brechas en el comportamiento reproductivo de las mujeres: la educación y la situación de bienestar o privación social.

Las áreas seleccionadas con importante población en condiciones de privación social muestran una mayor exclusión de las jóvenes del sistema educativo, entre aquellas que fueron madres en la adolescencia y las que culminaron esa etapa sin realizar la transición a la maternidad. Se destaca que del total de la población de estas jóvenes que residen en áreas con niveles de fecundidad elevada, solo una cuarta parte asiste a la educación formal. Las jóvenes que no son madres, registran un porcentaje de asistencia a la educación formal 11,5 veces superior al de las jóvenes madres. Se observa un patrón común de baja asistencia de las adolescentes a educación cuando son madres, independientemente de cuán alta es la fecundidad en su zona de residencia.

El número de años de estudio de las jóvenes madres y no madres y los años de estudio de los integrantes del hogar de éstas, reafirma el efecto de la educación sobre las pautas del comportamiento reproductivo.

No solamente la asistencia a centros educativos es mayor entre las jóvenes que no son madres en comparación a las madres, sino que se observan brechas importantes en la cantidad de años de estudio de unas y otras. Mientras que en el caso de la asistencia a centros educativos, las madres se caracterizan por un porcentaje homogéneamente bajo independientemente del nivel de la fecundidad, la cantidad de años de educación alcanzados varía, y es más baja cuanto más

alta es la fecundidad general en el entorno de la joven. Por otra parte, también entre las no madres se observa una relación negativa entre el nivel de la fecundidad y los años de estudio.

En lo que refiere a la incidencia de la educación del hogar de las jóvenes, se observa que el clima educativo es más bajo entre quienes fueron madres adolescentes que entre quienes no lo fueron. Se observa que el clima educativo promedio de los hogares entre madres y no madres difiere, pero no entre los diferentes niveles de fecundidad. Entre las madres, el promedio de años de estudio de los adultos del hogar se encuentra apenas por encima de la educación primaria (unos 7 años de educación), mientras que entre las jóvenes que no son madres, el clima educativo promedio de los adultos se encuentra entre 8 y 9 años de estudio (segundo o tercer año del ciclo básico).

Si bien en términos promedio los hogares de las jóvenes madres y no madres solo se diferencian en un año de educación, parecería ser clave la existencia de algún adulto mayor de 18 años en el hogar, con 12 años o más de educación. En los hogares de jóvenes madres, es minoritaria la presencia de adultos con secundaria (sin que se observen diferencias por nivel de fecundidad en el entorno en que residen). En los hogares de madres adolescentes, 9 de cada 10 no cuentan con ningún adulto con 12 años de educación, en contraposición del 56 % de las no madres. Esto es significativo ya que sugiere el efecto que tiene el hogar y sus miembros como modelos de rol y sobre las expectativas de las adolescentes, incluso aislando el efecto del clima educativo (esto es, aun en contextos que el promedio educativo del hogar es bajo, la presencia de un miembro que alcance 12 años o más de educación opera como “protector” de la maternidad en la adolescencia).

La distribución de las jóvenes que finalizaron la adolescencia, teniendo en cuenta si han realizado la transición a la maternidad o la han pospuesto de acuerdo a los niveles de privación social o bienestar muestran diferencias importantes. Entre aquellas que no son madres, el 60% vive en hogares sin carencias críticas. Por el contrario, entre las madres una tercera parte tiene esta situación (31,6%). Es también significativamente mayor la incidencia de necesidades básicas insatisfechas (en vivienda, hacinamiento) entre las adolescentes madres que entre las no madres.

En las áreas con niveles de fecundidad media, 1 de cada 3 madres viven en un hogar con NBI hacinamiento, mientras entre las no madres la relación es de 1 cada 10. En las áreas con niveles de fecundidad alta y muy alta, alrededor del 40 % son madres. Entre las no madres, es muy bajo el porcentaje de jóvenes que vive en condiciones de hacinamiento (12% en promedio).

En relación a la participación en el mercado laboral, el nivel de actividad tanto para madres como para las no madres es bastante elevado, aunque es mayor entre estas últimas. Es posible que el alto porcentaje de actividad entre las madres responda a la necesidad de inserción en el mercado laboral de las jóvenes para sostener económicamente a sus hijos, así como también al abandono precoz del sistema educativo, lo cual facilitaría (o es causado por) la inserción en el mercado laboral. También conviene mencionar que la tasa de actividad observada se inserta en el contexto de un crecimiento histórico de los indicadores de empleo general, femenino y joven, lo cual puede haber sido un incentivo para la actividad de las jóvenes madres. Por otra parte, también es de destacar que se observa una relación negativa entre actividad y maternidad adolescente en las áreas de alta fecundidad aquí analizadas (esta relación además se confirma en el análisis multivariado al controlar terceros efectos). Si bien no es posible aquí dar una respuesta acabada a este hallazgo, podemos sugerir que por tratarse de jóvenes en condiciones de marcada vulnerabilidad social, resulta factible hipotetizar la conjunción de niveles educativos bajos, menores perspectivas de acceso a un empleo remunerado por la baja calificación, cargas considerables de trabajo no remunerado (doméstico y de cuidados) y contratos de género en los hogares que naturalizan la reclusión doméstica de las jóvenes, den lugar al diferencial de actividad entre adolescentes madres y no madres.

En promedio el 40% de las madres se encuentran recluidas en el ámbito doméstico, mientras que entre las no madres son tan solo el 18%. En las áreas con niveles de fecundidad media, el 37% de las madres se encuentran en situación de reclusión, mientras que en las áreas con PMA alta o muy alta se llega al 41% y 46%. Esto da cuenta de que a medida que aumentan los niveles de fecundidad también aumentan los niveles de reclusión en el ámbito doméstico. La presencia de jubilado o pensionista en el hogar es un fenómeno relativamente poco frecuente en las áreas con niveles de fecundidad elevada, lo cual da cuenta de trayectorias de desprotección social y acceso precario al mercado laboral de los habitantes de estos espacios

urbanos pauperizados. Si bien entre las madres no se advierten diferencias significativas entre las áreas por niveles de fecundidad, entre las no madres la presencia de un jubilado o pensionista en el hogar se asocia a un menor porcentaje de jóvenes que realizó la transición a la maternidad siendo adolescente.

En relación a la estimación de la probabilidad de que una joven haya sido madre en la adolescencia o no en función de las distintas áreas de fecundidad analizadas, identificamos un conjunto de características que operan sobre la fecundidad de las adolescentes, independientemente del nivel de fecundidad del entorno. Estas son, por una parte la condición de actividad de la adolescente, la reclusión y la trayectoria educativa que abarca 10 o más años (la educación básica, de 7 a 9 años de educación no distingue en las áreas de fecundidad extremas, media o alta y muy alta, pero sí en la media alta). Este conjunto de variables configuran un círculo vicioso reforzado por los roles tradicionales de género, en la medida que las adolescentes que se desvinculan del sistema educativo, tienen menos oportunidades que sus pares varones de insertarse al mercado laboral con escasas calificaciones (por las propias características de la división sexual de la demanda laboral), o si lo hacen, dicha inserción reproduce el rol doméstico de las adolescentes. La falta de oportunidades de continuidad educativa y de acceso al mercado laboral produce la reclusión doméstica, que se asocia a la mayor fecundidad en las adolescentes. A su vez, la maternidad en la adolescencia refuerza la reclusión por la incompatibilidad del cuidado de los hijos con el estudio y el trabajo. Es de destacar que los datos no permiten postular el orden en la trayectoria en que se producen los eventos (maternidad, desvinculación educativa, actividad y reclusión), ya que solo se observa cómo se presentan en el momento del censo.

También resultan significativas en todos los niveles de fecundidad algunas características del hogar, como la presencia de NBI en hacinamiento. Al igual que en el caso de la actividad y la reclusión, el hacinamiento es observado al momento del censo, por lo cual no puede descartarse que el mismo resulte de la maternidad de la adolescente. Así como el mapeo de las zonas con mayor prevalencia de privación socioeconómica mostró la concentración de la fecundidad, al interior de cada área, es más probable que una adolescente sea madre si su hogar presenta hacinamiento. Por otra parte, se identifican en el hogar dos variables que operan como “protectores” de la fecundidad: la presencia de un jubilado en el hogar y la presencia de al menos un adulto que alcance los 12 años de educación formal. En el primer caso, la presencia de un jubilado en el hogar asegura la existencia de al menos un ingreso

seguro y constante, lo cual, en contextos de precarización como los analizados funciona como una transferencia intergeneracional de bienestar de los adultos hacia los adolescentes y niños. Cabe destacar que este impacto de las transferencias intergeneracionales reproduce las desigualdades entre aquellos hogares cuyos miembros logran un acceso a la protección social (un empleo protegido, que genera derecho a jubilaciones o pensiones contributivas, entre otros beneficios), y aquellos cuyos ingresos son inseguros e informales, que no generan causal para una jubilación o pensión. En lo que refiere a la educación de los hogares, surge que la presencia de algún mayor cuya trayectoria alcance la educación obligatoria puede operar como modelo de rol alternativo en contextos en los cuales la maternidad adolescente se encuentra naturalizada como futuro probable sobre la educación. Lo interesante de este hallazgo, que va en la misma línea de los antecedentes que vinculan la educación materna o el clima educativo del hogar, es que pone de relieve la importancia de las trayectorias educativas de los miembros del hogar (por ejemplo, de los coetáneos como hermanos, primos etc.), y que las mejoras en la educación podrían tener efectos multiplicadores en contextos de gran privación económica y social (esto se deduce de que todas las variables educativas son significativas aun controlando sus efectos espurios, por lo cual se puede concluir que los efectos del clima educativo del hogar o de la presencia de un adulto con 12 años de educación son netos y distintos de los que resultan de la educación de la propia adolescente).

En lo que refiere a la estructura de los hogares, la conformación de tipo extendido o compuesto (esto es, la presencia de al menos un miembro no familiar), aumenta la probabilidad en todos los contextos de la maternidad de las adolescentes. La lectura de este hallazgo no debe hacerse linealmente en el sentido de que este tipo de estructura de vínculos en los hogares causa embarazos adolescentes, ya que nuevamente se presenta el problema de la temporalidad de los datos. Es posible que los arreglos que se establecen en los hogares ante la presencia de una madre adolescente puedan implicar búsquedas de economías de escala y de ingresos estables agregando miembros al hogar, no necesariamente familiares (entre otras posibles situaciones, que no descartan realidades de explotación o abuso, las cuales obviamente, también pueden darse en estructuras de hogares no extendidos, como los nucleares).

A su vez, también se observan diferencias entre el área de fecundidad media y las restantes áreas. En particular, se destaca el efecto de las NBI de bienes de confort y materialidad de la

vivienda. La presencia de NBI en bienes de confort no tiene efecto en la maternidad adolescente cuando estas viven en un entorno de fecundidad media, una vez controlados los efectos de otras variables relevantes como la educación o las restantes NBI. Esto resulta interesante, ya que si bien la NBI de confort refleja carencias básicas como calefacción del hogar o refrigeración de alimentos, se trata de un tipo de carencia más fácilmente cambiante ante coyunturas de aumento o disminución de ingresos. Por ende, su efecto en las áreas menos “críticas” en lo que refiere al nivel de la fecundidad adolescente no es significativo al aislar las carencias más estructurales como el hacinamiento o la materialidad de la vivienda. Por el contrario, la materialidad de la vivienda solo tiene efecto significativo sobre la probabilidad de la maternidad adolescente en el entorno de fecundidad media, mientras que no resulta discriminante en las restantes áreas, una vez aislados los efectos del hacinamiento, la presencia de NBI en confort o la educación. Es posible hipotetizar que en las zonas con fecundidad más elevada, la incidencia de privación material en términos de materialidad de la vivienda se encuentran más extendidos, por ende no diferencia a madres de no madres adolescentes. Por el contrario, la NBI de confort, que como ya se mencionara refiere a carencias básicas en la calefacción o refrigeración de alimentos, cuando se controlan las restantes carencias y el efecto de la educación, revelan que las condiciones de privación básicas de confort de las adolescentes incrementan la probabilidad de la maternidad en esta etapa vital.

En síntesis, los resultados generados en este estudio, si bien fueron realizados en base a datos del último Censo de Población (2011), y por tanto la situación relevada es de hace ocho años, entendemos que la localización de los nudos más críticos en relación tanto a niveles elevados de fecundidad en la adolescencia como con niveles importantes de privación social en el Gran Montevideo, aportan insumos para las políticas públicas con anclaje territorial. A su vez, el análisis de los factores que intervienen en la probabilidad de ser madre en la adolescencia a partir de la tipología de comportamiento reproductivo, avanza en conceptualizar los factores que influyen que una adolescente inicie la maternidad en dicha etapa de la vida, y otra la posponga compartiendo niveles de pobreza y bajos niveles educativos.

Las políticas que se orienten a la prevención del embarazo no intencional requieren focalizarse en el estudio de aquellas áreas con mayor incidencia de fecundidad y la maternidad en la adolescencia, donde se identifican elevados niveles de embarazos no

intencionales y mayores barreras de acceso a la salud sexual y reproductiva. Diseñando políticas orientadas a revertir los factores estructurales que determinan fuertemente la probabilidad de que una adolescente inicie su maternidad en dicha etapa.

10. IMPULSOS Y RESISTENCIAS EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA HACIA LAS ADOLESCENTES

El componente cualitativo del estudio constituye una fase exploratoria sobre los cambios operados en la política pública referida a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes. En ese marco se indaga acerca de las condiciones de acceso a los servicios de SSR, los efectos de la implementación de la “Estrategia intersectorial de prevención del embarazo no intencional en la adolescencia” (de aquí en adelante Estrategia), los métodos anticonceptivos de larga duración y los efectos de la política en SSR sobre el descenso de la fecundidad adolescente de los últimos años.

En el marco de la coyuntura del descenso reciente de la fecundidad se busca identificar también los elementos que desde la política pública intervinieron en este descenso. Se realiza un abordaje de estos temas a partir de la perspectiva de mandos medios de la política pública en salud sexual y reproductiva y de profesionales que atienden población adolescente (operadores).

10.1. Enfoque metodológico del componente cualitativo

Objetivo general

El objetivo fue tener una aproximación de tipo exploratoria a los cambios operados en la política pública en relación a la Salud Sexual y Reproductiva dirigidas a los adolescentes en los últimos años.

Objetivos específicos

- Indagar sobre las políticas llevadas a cabo en los últimos años en materia de SSR. Aciertos, dificultades y desafíos.
- Indagar sobre las barreras de acceso de los adolescentes a las políticas de SSR.
- Indagar sobre los objetivos e implementación de la Estrategia intersectorial de prevención del embarazo no intencional en la adolescencia, en particular sobre la implementación de los implantes subdérmicos como método anticonceptivo de larga duración en la población adolescente.
- Indagar el efecto de los implantes subdérmicos en el descenso reciente de la fecundidad adolescente (2015-2017).

Estrategia metodológica

Se realizaron entrevistas semiestructuradas en profundidad a informantes calificados, a partir de una muestra intencional no probabilística, identificando actores institucionales con incidencia en las políticas públicas de salud sexual y reproductiva dirigidos a adolescentes (mandos medios) y actores que ejecutan las políticas de SSR en territorios que presentan indicadores elevados de fecundidad adolescente (operadores como médicos de familia, ginecólogos y parteras) que trabajan con población adolescente.

Universo análisis

A partir de una muestra teórica intencional se realizaron un total de 7 entrevistas en profundidad: 3 a mandos medios de las políticas de SSR y 4 a operadores de la salud (ginecólogos, médicos de familia y parteras).

Dimensiones abordadas

- Cambios que se operaron en las políticas de SSR de los adolescentes para la mejora en el acceso. Aciertos y dificultades. Evaluación de los cambios.
- Percepciones sobre las principales problemáticas de los adolescentes en SSR
- Barreras de acceso de los adolescentes al servicio de salud (Adolescentes por fuera del sistema educativo, barreras de técnicos)
- Acciones desarrolladas en el marco de la Estrategia.
- Factores que explican el descenso de la fecundidad adolescente en los últimos años
- Política de anticoncepción de larga duración (implante): población objetivo; accesibilidad del método; aceptabilidad del método de las usuarias (efectos no deseados); profesionales de la salud autorizados a la colocación del método (dificultades, cambios); resistencias en la implementación del método por parte de profesionales; profesionales proactivos de la implementación del método; ventajas y desventajas del método; estrategia de sostenibilidad a largo plazo de la política en SSR y en particular implantes.

10.2. Políticas públicas de salud sexual y reproductiva para las y los adolescentes. Barreras en el acceso a los centros de salud.

En este apartado se buscó indagar sobre las percepciones de mandos medios y de operadores de las políticas de salud, en particular en salud sexual y reproductiva, sobre las barreras que existen para el acceso de los adolescentes a los centros de salud, así como conocer las estrategias desarrolladas en SSR para adolescentes en los últimos años.

En Uruguay en lo que refiere a la legislación en materia de salud sexual y reproductiva, el país cuenta con la Ley N° 18.426 de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva del año 2008, reglamentada en 2010 a través del Decreto N° 293 del Ministerio de Salud Pública. Esta ley constituyó un hito en tanto le confirió carácter de ley a los derechos sexuales y reproductivos y estableció algunos mecanismos para garantizar su ejercicio: por ejemplo, estableció el derecho a recibir anticonceptivos como parte de las prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud, y estableció el protagonismo de adolescentes y niñas y niños en los asuntos que atañen a su propia salud también en estos temas.

En 2012 se aprobó la ley N° 18.987 de IVE, cuya reglamentación sucedió en diciembre del mismo año e incluyó el abordaje específico y el reconocimiento de los derechos de las adolescentes. Esta ley aplica a todas las mujeres uruguayas y a las extranjeras que tengan un año de residencia en el país. Como requisitos para su aplicabilidad, está planteado que la interrupción voluntaria del embarazo se realice en las primeras doce semanas embarazo y que se cumpla con un procedimiento, que prevé consulta con un equipo interdisciplinario (profesionales de ginecología, psicología y trabajo social), un periodo de reflexión de cinco días y ratificación de la voluntad de interrumpir el embarazo mediante consentimiento informado.

En forma paralela en estos últimos 10 años, otras leyes vinculadas al campo de la sexualidad fueron promulgadas en el país, entre ellas se destacan: la ley N.º 18.246 de Unión Concubinaria (2007) que incluye las uniones consensuales entre personas del mismo sexo, la Ley N° 18.437 General de Educación (2008) que plantea la educación sexual como eje transversal, la Ley N° 18.260 (2009) que establece el derecho a la identidad de género y al cambio de nombre y sexo en documentos identificatorios, la Ley N° 18.590 (2009) por la que

se sustituyen diversas disposiciones contenidas en el Código de la Niñez y la Adolescencia relativas a la adopción, la Ley N° 19.075 (2013) de Matrimonio Igualitario, la Ley N° 19.161 (2013) de Subsidio por Maternidad y por Paternidad para trabajadores de la actividad privada y la Ley N° 19.167 (2013) sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida (López Gomez, 2015).

En este marco, en setiembre de 2016 el gobierno uruguayo anunció públicamente el compromiso y voluntad política de diseñar e implementar una **“Estrategia intersectorial y nacional de prevención del embarazo no intencional en adolescentes”**. Esta iniciativa es impulsada por los Ministerios de Salud Pública, Desarrollo Social, Educación y Cultura, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, la Administración Nacional de Educación Pública, el Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay y la Administración de los Servicios de Salud del Estado, con el apoyo del Núcleo Interdisciplinario Adolescencia, Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de la Universidad de la República y del Fondo de Población de las Naciones Unidas.

El objetivo de la Estrategia fue *disminuir la incidencia del embarazo no intencional en adolescentes y sus determinantes, garantizando la promoción y el ejercicio de sus derechos*. Ella implementa a partir de cuatro componentes que tienen objetivos específicos, líneas de acción y actividades concretas: i) fortalecer el ejercicio de derechos y toma de decisiones reproductivas con autonomía, ii) acciones focalizadas en aquellas adolescentes que cursan un embarazo, iii) acciones focalizadas en aquellas o aquellos adolescentes que son madres o padres, iv) trabajar intersectorialmente a partir de las actividades i a iii, que incluye “...la participación de adolescentes, formación de profesionales y equipos de trabajo en territorio así como producción de conocimiento para la política pública.” (Ministerio de Salud Pública, 2017).

En este contexto es que se indaga a través de mandos medios de las políticas de salud reproductiva y operadores técnicos que las ejecutan, sus percepciones sobre las políticas de salud sexual y reproductiva llevadas a cabo en el país en los últimos años, los principales aciertos y dificultades que persisten para el pleno acceso de los adolescentes a la salud sexual y reproductiva.

Políticas de SSR para mejorar el acceso de las y los adolescentes a los centros de salud: superando las “barreras administrativas”

Desde la percepción de los mandos medios, entre las políticas en SSR desarrolladas en los últimos años, la que se destaca como de mayor éxito es la creación de los Espacios Adolescentes, que buscan mejorar el acceso de los adolescentes a los centros de salud.

“...Se hicieron 41 espacios adolescentes que tenían una tarea más de promoción de salud, de prevención, entonces se trabajaba con otros, en la comunidad, con la educación. En un modelo de atención que es el que te dice APS (Atención Primaria de Salud) que hay que hacer o que impacta...” (Mando medio)

Los operadores territoriales comparten esta percepción. Con la creación de los Espacios Adolescentes se logró brindar una atención integral al adolescente, y poder romper con lo que llaman “barreras administrativas” que son las que alejan a los jóvenes de los centros de salud.

“...el Espacio Adolescente en aquel momento tenía una parte de consulta, buenas prácticas también con media hora de consulta para poder abordar toda una cuestión integral y después tenía toda una parte recreativa donde lo que pretendíamos era aproximarlos a la salud y a construir ciudadanía. Ese espacio tuvo mucho impacto” (Operador)

Los operadores destacan también el hecho de que en estos espacios se trabaja fuerte en redes y coordinando con programas de proximidad del Ministerio de Desarrollo Social como Jóvenes en Red y el programa de Formación Profesional Básica (FPB) de UTU (Universidad del Trabajo del Uruguay).

“...Tenemos mucho en este espacio que son 18-20 chiquilines que viven acá y nos lo traen, lo traen los agentes comunitarios. Trabajamos mucho en redes y trabajamos mucho con Jóvenes en Red que con el FPB está atrás nuestro...” (Operador)

Sin embargo desde los mandos medios también hay voces críticas con la función de los Espacios Adolescentes.

“...Si los equipos no tienen vocación de servicio no van a poder asistir ni adolescentes ni adultos mayores, ni niños (...) Es una cuestión genérica. Para mí el problema está ahí. Creo que realmente los equipos de los espacios adolescentes tienen que tener una función más que asistencial, formadora. Y tienen que tener una función de diseminación del relacionamiento con los adolescentes.” (Mando medio)

Tanto los mandos medios entrevistados como los operadores, destacan otros cambios positivos que se dieron en las políticas en SSR de los últimos años. El primero es la exigencia del Carné del Adolescente, que consideran una herramienta fundamental de la política con la

cual se ha logrado que los adolescentes mejoren la frecuencia de los controles de la salud, y también destacan que se ha logrado una mayor incorporación de los adolescentes varones al sistema de salud.

El segundo es el hecho de que los jóvenes se puedan atender en los centros de salud solamente con la presentación de la cédula de identidad, esto es visto como un avance en la superación de las “barreras administrativas”, facilitando así el acceso de adolescentes a las consultas.

En tercer lugar, los operadores señalan como positiva la capacitación del personal de los centros en todos los niveles, para poder lograr una atención integral del adolescente.

“...empezamos a visualizar que era necesario capacitar a los técnicos desde la auxiliar de limpieza, el administrativo, el guardia de seguridad, el nurse, el enfermero, los médicos que atendían adolescentes, que todos teníamos que capacitarnos...” (Operador)

“...hoy nosotros nos planteamos otro escenario porque antes era importante formar una masa crítica de técnicos que empezaran a saber atender al adolescente desde el punto de vista integral...” (Operador)

En cuarto lugar, uno de los operadores destaca la existencia de protocolos de atención de los adolescentes a partir de una Guía de atención, que permite que se pueda empezar a pensar en cambios más profundos en el modelo de atención, como la posibilidad de que el adolescente tenga un médico de referencia, y sea atendido por un equipo multidisciplinario.

“...La idea es que desde el primer nivel de atención el adolescente sea recibido cuando llega y haya una primera escucha y no una derivación automática hacia los espacios adolescentes, sino un abordaje integral en ese primer punto para ver qué necesidades tiene. De repente se pueden satisfacer en la propia consulta, si necesita preservativos no precisa una derivación o capaz necesita preservativos y otro tipo de atención y puede hacer ese nexo con el espacio adolescente...” (Mando medio)

En el marco de la Estrategia, los operadores destacan a “Mi Plan Adolescente” como una buena herramienta de llegada a los adolescentes, que busca desde un lenguaje familiar para los jóvenes, comunicar temas importantes de SSR, promover buenas prácticas de cuidado y mostrar la posibilidad de posponer la maternidad y la paternidad es pos de otras opciones de vida.

En este mismo sentido se menciona también al “Gurú del sexo” como estrategia mediática positiva de llegada de información y consulta en salud sexual y reproductiva para los adolescentes.

Por último, otro cambio positivo de los últimos años es el poder disponer de una canasta completa de métodos anticonceptivos, los cuales pueden ser provistos de manera anual, evitando que el adolescente tenga que concurrir todos los meses a la consulta.

“...Tenemos la posibilidad de darle, no tienen por qué consultar todos los meses, tienen la canasta anual donde ellos van una vez sola a la consulta de control y se le hace por un año...”

(Operador)

Dificultades en el acceso de los adolescentes a los centros de salud

Al indagar sobre las barreras que dificultan el acceso de los adolescentes a los centros de salud, desde los mandos medios hay una autocrítica en cuanto a dificultades o carencias del propio personal de la salud, principalmente en la falta de formación para el trato con adolescentes.

“..creo que realmente los equipos de los espacios adolescentes tienen que tener una función más que asistencial, formadora. Y tienen que tener una función de diseminación del relacionamiento con los adolescentes...” (Mando medio)

Esta percepción sobre carencias del personal de salud también es visualizada por otro de los mandos medios que plantea que existe desconocimiento en los temas de SSR, y menciona también la existencia del ejercicio de una “medicina defensiva”. Esta se expresa, por ejemplo, cuando un médico se niega a atender a un adolescente cuando no está acompañado de un mayor, y en particular cuando la consulta es sobre SSR.

“Lo otro que permanentemente tenemos que estar trabajando con los equipos de salud es el tema de las autonomías de los adolescentes porque persiste todavía en los equipos de salud esta cuestión de que al adolescente solo no lo puedo atender, por un amoxidal sí pero por un anticonceptivo no. Hay una cuestión a veces es desconocimiento del personal de salud del marco normativo que tenemos y muchas otras veces es medicina defensiva...” (Mando medio)

Desde los operadores territoriales, sin embargo, -médicos de familia y parteras principalmente- no se explicitan barreras de acceso de los adolescentes a los centros de salud, y si se mencionan mejoras en el sistema de atención en los últimos años, principalmente en el pedido números y la agenda de las consultas.

También mencionan como positiva la exigencia del carné del adolescente como facilitador de los controles de salud, por ejemplo en ámbitos como la educación formal. Igualmente se advierte sobre que no son tan estrictos los controles en la etapa adolescente en comparación con la etapa de la niñez, por lo que se corre el riesgo de perder el contacto cuando ingresa en esta etapa, con el riesgo de perder la continuidad en la atención de la salud.

“...Tenemos un control con el carné de salud adolescente que es una herramienta fundamental de atención y es la oportunidad de encontrar ese adolescente, sobre todo los varones que no llegan a la consulta porque no van nunca a consultar por todo lo cultural, porque sabemos desde siempre que sucede. El carné es una herramienta valiosísima, es una alianza entre educación y salud que se ha extendido a otros por ejemplo el carnaval joven...”(Mando medio).

¿Cómo captar a los adolescentes que no están en el sistema educativo?

Un aspecto que interesaba conocer es si se plantea desde la política alguna estrategia para captar a los adolescentes que se encuentran desvinculados del sistema educativo.

Desde los mandos medios parece haber conciencia de que quienes llegan a los centros de salud son aquellos que aún tienen algún tipo de resiliencia o capital social. Hay un trabajo fuerte de coordinación con otras instituciones como MIDES para articular estrategias de abordaje integral de los adolescentes.

“...De los adolescentes que no están en el sistema educativo, una parte está vinculados a otras organizaciones o instituciones de esas mismas redes llámese planes de cercanía, los programas Mides. En esas mesas territoriales intersectoriales es donde se comparte esa información de aquellos adolescentes que están en mayor riesgo o mayor vulnerabilidad; y ciertamente hay adolescentes que no están en ninguna de las redes institucionales: Nos damos cuenta cuando llegan al sistema de salud con alguna cuestión que podíamos haber prevenido, como un embarazo no deseado, o una situación de violencia. Tenemos que ser conscientes que aunque hayamos hecho esas estrategias, no necesariamente todos los adolescentes se van a poder contactar...” (Mando medio)

Sobre acciones concretas que se están realizando para poder llegar a estos jóvenes los mandos medios refieren a la realización de coordinaciones con asociaciones culturales, deportivas y sociales que buscan ampliar la exigencia del carné adolescente a otros ámbitos más allá del sistema educativo.

“...Empezamos a trabajar con socios que están desde lo cultural y lo social, haciendo que se exija el carné para una actitud física (...) Este carné sirve para lo laboral, para el ingreso a la

Universidad, tiene otro valor que en el 2009 cuando fue creado no lo tenía. Se extendió el uso como único certificado. Eso fue la historia solidaria con ese carné, la historia fue meta, se le pagó a los prestadores para que hicieran el control con el carné y la historia...” (Mando medio)

Los temas abordados en relación a las políticas en salud sexual y reproductiva desarrollados en los últimos años, queda en evidencia que se alcanzaron ciertos aciertos respecto a la mejora de las condiciones de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Ello ha sido destacado por la mayor parte de los entrevistados y visualizado en políticas concretas para superar las barreras de acceso de los adolescentes a las mismas.

Igualmente hay una visión crítica sobre los aspectos que faltan cubrir, y sobre la sostenibilidad de las políticas. El siguiente testimonio da cuenta de ello.

“...Yo creo que hubieron políticas que hicieron que llegaran los jóvenes a los centros de salud por obligación. Son los que juegan al fútbol, los que van al liceo o los que están pseudo institucionalizados, los otros quedan afuera.

De cierta forma es también un avance porque antes los adolescentes tampoco iban a hacerse una evaluación de su estado de salud y a nadie le importaba si el adolescente que jugaba al fútbol tenía una complexión adecuada como para jugar al fútbol y no una columna torcida. Lo que le importaba era que jugara al fútbol, ahora por lo menos a alguien se le ocurre mirarle la columna y alguien se le ocurre preguntarle cómo se siente. Si se siente exigido o no se siente exigido. No es lo ideal pero hay un grupo que no tenía atención y ahora la tiene. Que es obligatoria y que por eso van también. De repente lo deseable sería que no fuera así pero es lo que hay. (Mando medio)

10.3. Estrategia intersectorial de prevención del embarazo no intencional en la adolescencia: aciertos y desafíos

En este apartado se indaga sobre los aciertos, dificultades y desafíos de la “Estrategia intersectorial de prevención del Embarazo no intencional en la adolescencia” y sus posibles efectos sobre el reciente descenso de la fecundidad en la adolescencia. Ello se realiza a partir de la perspectiva de mandos medios de las instituciones de la salud pública, como diseñadores de una política pública generada en torno a la visualización de un problema social, como es el embarazo y la maternidad en la adolescencia y la perspectiva de los profesionales de la salud (operadores), que se desempeñan en la atención de la población adolescente.

La política pública dirigida a la salud sexual y reproductiva de la población, se ha profundizado en la última década. En relación a los adolescentes se establecieron programas específicos que contribuyeron al ejercicio responsable y disfrutable de la sexualidad de mujeres y varones. Particularmente aportaron recursos educativos, trabajo comunitario y nuevas modalidades para el acceso a los servicios de salud. Estos promovieron la autonomía progresiva de las mujeres que en distintos casos, permitieron mejorar para muchas adolescentes, la independencia entre sexualidad y reproducción, protección de las enfermedades de transmisión sexual y progresivamente, relaciones afectivas igualitarias entre mujeres y varones. Ello ha marcado un camino que les brindó herramientas para prevenir embarazos no intencionales en esta etapa del curso de la vida.

En este marco el Ministerio de Salud Pública a través del área de Adolescencia y Juventud implementa la “Estrategia intersectorial de prevención del Embarazo no intencional en la adolescencia” a partir del año 2017. Ello se enmarca dentro de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020, presentados por el MSP.

Los OBSN 2020 buscan “... impactar en los problemas críticos desde una perspectiva de derechos, contemplando los diferenciales vinculados al género y las generaciones, mejorando la atención integral de las patologías de mayor prevalencia” (Ministerio de Salud Pública, 2015). Uno de los cuatro objetivos sanitarios definidos, fue mejorar la calidad de los procesos asistenciales de salud (objetivo 3). Dentro de estos objetivos, se identificaron problemas críticos y objetivos estratégicos para abordarlos. El objetivo 3 se planteó como problema crítico, el embarazo no deseado en adolescente. Se propuso como meta descender la tasa de fecundidad adolescente a 48 por mil nacimientos (en el año 2014 se ubicaba en 60 por mil) mediante el objetivo de mejorar el acceso a la salud.

La Estrategia intersectorial de prevención del Embarazo no intencional en la adolescencia “...es impulsada por los Ministerios de Salud Pública, Desarrollo Social, Educación y Cultura, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, la Administración Nacional de Educación Pública, el Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay y la Administración de los Servicios de Salud del Estado, con el apoyo del Núcleo Interdisciplinario Adolescencia, Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de la Universidad de la República y del Fondo de Población de las Naciones Unidas.” (Ministerio de Salud Pública, 2017).

La Estrategia se enmarca en el Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia 2016 - 2020 y de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. El trabajo en equipo intersectorial partió de la acumulación académica sobre los niveles de fecundidad y maternidad en la adolescencia en los últimos veinte años, así como sus determinantes sociales, culturales y económicos de este fenómeno. Estos estudios mostraron que el embarazo y la maternidad en la etapa adolescente, es expresión de profundas desigualdades sociales y de género, carencias críticas económicas y vulnerabilidad social (Varela Petito, Fostik, & Fernández Soto, 2014), (Varela Petito, Tenenbaum, & Lara, 2014). Estas condiciones se fueron profundizando en la última década del siglo XX y primera década del siglo XXI. La falta de oportunidades para elegir sus proyectos de vida más allá de la maternidad, fueron promoviendo para determinados sectores de la población adolescente, el inicio de la trayectoria reproductiva en esta etapa del curso de la vida.

El diseño de la Estrategia se realiza a partir de cuatro componentes que tienen objetivos específicos, líneas de acción y actividades concretas: i) fortalecer el ejercicio de derechos y toma de decisiones reproductivas con autonomía, ii) acciones focalizadas en aquellas que cursan un embarazo, iii) acciones focalizadas en aquellas o aquellos que son madres o padres, iv) trabajar intersectorialmente a partir de las actividades i a iii, que incluye "...la participación de adolescentes, formación de profesionales y equipos de trabajo en territorio así como producción de conocimiento para la política pública." (Ministerio de Salud Pública, 2017).

A partir de los roles que ocupan u ocuparon los actores vinculados a la puesta en funcionamiento de la Estrategia, se analiza la perspectiva y significados que estos actores le atribuyen a las acciones llevadas a cabo.

La implementación y efectos de la Estrategia, se analiza a partir de tres dimensiones: Aciertos, dificultades y desafíos.

Aciertos

Los entrevistados compartieron perspectivas comunes respecto a los aciertos alcanzados en la implementación de la Estrategia. Se están construyendo herramientas que van posibilitando el éxito de la política pública en relación a la prevención del embarazo no intencional en la

adolescencia. Así mismo aporta fortalezas a las adolescentes madres para prevenir la reincidencia de la maternidad en la etapa adolescente.

Las categorías comunes que se identificaron y que aportan a una primera valoración sobre esta política se refieren a que permiten:

Política intersectorial, la estrategia tuvo como primer objetivo reunir a todas las instituciones del Estado que trabajan con la población adolescente para lograr un plan común en relación a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

“Esta estrategia tiene de novedoso que nos costó muchísimo trabajar intersectorialmente a nivel de la organización central porque empezamos con esto de que cada uno tiene lo suyo y cómo hacemos para hacer algo nuestro. Ahora que lo logramos estamos tratando de llevarlo a los territorios en esa lógica y ahí si logramos mostrar que eso impacta mejor y lograr trabajar todos para el embarazo en la adolescencia sea cual fuera y trabajar en la reincidencia y en las oportunidades de vida (Mando medio).

Bajar la política pública al territorio, “...ir a los territorios a bajar la política es fundamental, es el éxito de la Estrategia” (Mando medio). “Se está trabajando mucho en el aterrizaje territorial de la estrategia, detectando los referentes de manera que las mesas territoriales realmente puedan dar seguimiento a la estrategia”. (Mando medio).

Fortalecer los equipos de trabajo, “El poder trabajar en una estrategia concreta, en una guía concreta y planes de acción nos va a permitir fortalecer muchísimo los equipos de trabajo...”

“Ahí se juega mucho del éxito de la estrategia en que las instituciones podamos desandar esos mecanismos de auto preservación que tenemos que nos impide ser críticos” (Mando medio)

Identificar factores para mejorar la política, “Este sistema a mí me enamoró porque tiene que ver justamente con triangular en base a encuestas, variables que se levantan que te dicen si el adolescente conoce o no conoce el servicio de salud, si está informado de sus derechos. Cuando vos triangulas y hay inconsistencias en la triangulación entre lo que es el gestor, el operador y el usuario, ahí puedes tener una idea de por dónde tenés que mejorar. Creo que hay que avanzar mucho en los mecanismos de evaluación”. (Mando medio).

Identificar los nudos críticos que contribuyen a la maternidad temprana en cada territorio,

“...para cada una de esas chiquilinas que tenga un abordaje mucho más adecuado. Esa parte de la

estrategia es sustancial, ha permitido identificar nudos críticos y trabajar en ellos” (Mando medio). “Me parece que a lo que apuesta la estrategia y que fuimos metiendo de a poquito pero que vamos a hacer con fuerza foco, es en las oportunidades de vida”. (Mando medio).

Genera redes en los territorios que permiten articular esfuerzos entre los distintos actores que trabajan con la población adolescente.

“Cuando hacemos los talleres el objetivo es generar ahí redes que empiecen a funcionar o aceptar las que están funcionando” (Mando medio)

Dificultades

Políticas segmentadas. La implementación de la Estrategia, tiene sus dificultades lógicas de una política nueva. Implica reunir a actores en el territorio que trabajan desde distintos lugares y con enfoques diferentes. Genera resistencias frente a lo “nuevo”. Los discursos de los actores tanto mandos medios de la política pública en SSR, como los profesionales de la salud entrevistados (operadores), manifiestan que las políticas están compartimentadas en lo que respecta a los adolescentes.

“...políticas súper segmentadas y compartimentadas...” (Mando medio).

“...Me parece que esto que estamos haciendo, el componente 4 de la estrategia (implementación de políticas públicas), que es ir a los territorios a bajar la política es fundamental. Cuando llegas encontrás como una esquizofrenia que viene desde la centralidad. Tenemos políticas super segmentadas y compartimentadas y yo sector este hago esto, el otro hace lo otro y me muero por cumplir mis líneas. Cuando llegas al territorio lo ves eso. Cuando hacemos los talleres el objetivo es generar ahí redes que empiecen a funcionar o aceptar las que están funcionando...” (Mando medio)

Resistencias ante una política nueva. La fragmentación de las políticas públicas, es una de las dificultades que perciben los entrevistados y plantean que es uno de los factores que contribuye a generar resistencias en torno a una forma común de abordar un fenómeno. Ello se manifiesta cuando se implementa la Estrategia. Esta tiene como objetivo trabajar con una propuesta que reúna los esfuerzos y visiones de los distintos ámbitos donde se trabaja con los adolescentes: la educación, la salud, los programas sociales comunitarios (ONGs), los programas del Ministerio de Desarrollo Social. Lograr un lenguaje común, internalizar la propuesta es parte de las barreras a superar.

“Falta mucho para compartir, de hablar el mismo idioma entre las diferentes instituciones. A mí me parece que estamos mejor, venimos bien pero falta, son cambios culturales” (Operador).

Falta de información. Otra dificultad detectada desde los mandos medios de la política en SSR, encargados difundir y capacitar a los actores en territorio para la implementación de la Estrategia, es la falta de información que tienen los profesionales, técnicos que trabajan con los adolescentes. Desconocen los objetivos de la Estrategia y en muchos casos no la comparten. Parte del trabajo desde los mandos medios responsables de la Estrategia es superar estas dificultades que se detectan al bajar a territorio.

“Falta de información en los actores que trabajan con los adolescentes. Yendo a los territorios ves que todavía hay mucha gente que no está informada...” (Mando medio).

Desafíos

La implementación de la Estrategia intersectorial para la prevención del embarazo no intencional en la adolescencia es muy reciente. Algo más de un año de desarrollo es un tiempo escaso para analizar los impactos. De todos modos las percepciones de actores involucrados, tanto en su diseño como en su implementación dejan al descubierto determinados desafíos que se conjugan a partir de los aciertos y las dificultades encontradas.

Cambio cultural. La necesidad de un cambio cultural, que se vincula a las desigualdades de género, al lugar que ocupa la maternidad y la paternidad tanto por los adolescentes como los operadores que intervienen con ellos, así como la salida de situaciones de vulnerabilidad social y privación social son fundamentales a la hora de que los adolescentes puedan evitar por embarazos no deseados

Calidad de la atención. “Nos falta caminar hacia la calidad de la atención” (Mando medio).

No centrarse solo en lo reproductivo. De los discursos de los entrevistados surge la preocupación por que la Estrategia no se centre únicamente en prevenir el embarazo no intencional en la adolescencia.

“Creo que, si bien en la anticoncepción hemos avanzado en la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, la protección de barrera no está siendo todo lo que sería importante hacerlo” (Mando medio).

“La otra cosa que a mi me preocupa en la salud sexual, es la sexualidad de las y los adolescente que no la estamos teniendo en cuenta como sexualidad. Creo que la sexualidad de las adolescentes la hemos manejado mal, en esto de preocuparnos por la reducción del embarazo adolescente y no hemos profundizado en la no violencia en las parejas. Creo que ese fue uno del déficit grande nuestro (Mando medio)

“Yo creo que lo que se ha profundizado poco, por más que desde el Ministerio se insiste y se insiste, es en la protección con el condón” (Mando medio).

“Nosotros lo que les planteamos en todas las reuniones que fuimos teniendo que la consejería es fundamental y que la consejería tiene que estar adecuada al individuo, a la persona, no al método” (Operador).

Abordaje del varón y violencia en las parejas. Otro aspecto que se percibe como pendiente es el mayor abordaje del varón en los programas de SSR, lograr su incorporación. Todavía se está centrando la SSR en la mujer y en lo reproductivo. En el imaginario de los operadores, los técnicos de la salud, la educación las organizaciones sociales, sigue estando colocado como prioridad la mujer. Evitar el embarazo el embarazo no intencional en la adolescencia pero como foco la mujer.

“Lo otro importante que nos falta y mucho, y creo que es generalizado de la salud sexual y reproductiva, es el abordaje del varón. Si bien estamos distanciando del modelo materno infantil y yendo hacia el modelo de salud sexual y reproductiva desde otra perspectiva de derechos, estamos yendo en ese camino pero todavía la salud sexual y reproductiva está muy centrada en lo reproductivo, en el embarazo en particular y en las mujeres. En la inclusión del varón estamos con mucho rezago porque pensamos al varón vinculado a los procesos reproductivos o pensamos al varón como un factor de riesgo, trasmisor de enfermedades, productor de embarazos o ejerciendo violencia. En realidad primero que la mayoría de los varones no están en esos lugares, pero aparte tienen sus propias necesidades. Desde el momento que los servicios de salud sexual y reproductiva están ampliamente formados por personas que nos dedicamos a la salud de las mujeres, la mirada siempre es la misma”.
(Mando medio)

Acuerdo interinstitucional Las dificultades planteadas para implementar la Estrategia debido a la práctica de políticas segmentadas, se presenta como un desafío más para el éxito y la sostenibilidad de la Estrategia.

“Por momentos lo que uno ve es que la dificultad o el desafío en sí mismo es toda esa política pública y todos esos acuerdos interinstitucionales que hay de hecho entre educación, salud, Mides, Fiscalía y ONGs que trabajan con chiquilines. El tema es la territorialización de todo y que efectivamente llegue a los territorios. Allí donde hay más fortalezas institucionales es donde uno ve que fluye más” (Mando medio).

Evaluación de la política. En los discursos de los entrevistados surge la preocupación de evaluar las políticas, monitorear el curso de las mismas de forma de alcanzar cambios reales y sostenibles.

“Si tengo que hacer una valoración, avanzamos mucho pero creo que hay que avanzar muchísimo más, tener una visión bien crítica de lo que hacemos, evaluar qué no evaluamos. No evaluamos desde la rectoría pero tampoco evaluamos desde los equipos de gestión en los prestadores. (...) Hay que incorporar lo privado a esto, es fundamental porque es la salida laboral de muchos lugares. Si no logras una educación inclusiva y la educación creemos que por algo no están, porque no la ven, porque no sostienen este tipo de educación, ellas piden capacitación para lo laboral, para independizarse entonces en la reincidencia hay que trabajar con fuerza y no podemos trabajar de otra forma que no sea con políticas. (Mando medio)

“Oportunidades son las que tenemos que buscar, cómo las encontramos y dónde, eso todavía es una cuestión que la estrategia está intentando dar pasos hacia eso”. (Mando medio)

Política de implementación de métodos de larga duración: implantes sub-dérmicos

Como se planteó con anterioridad, la Ley N° 18.426 de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, reconoce los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos y establece que el Estado debe garantizar la disponibilidad de insumos, recursos y servicios que posibiliten el ejercicio de estos derechos sin discriminación alguna. En ese marco, el MSP en 2014 impulsó un piloto en 14 centros de salud públicos para la introducción de los implantes dentro de la canasta de métodos anticonceptivos (Ministerio de Salud Pública, 2017). La estrategia intersectorial de prevención del embarazo, que da inicio en 2017 retoma la implementación de métodos de larga duración como una de sus líneas de acción.

Los implantes sub-dérmicos integran los denominados métodos reversibles de larga duración (LARC, por su nombre en inglés, Long Acting Reversible Contraceptives), así como el Dispositivo Intrauterino (DIU). El implante es una varilla pequeña que se coloca debajo de la

piel del brazo de la mujer, con anestesia local, tiene una duración de tres a cinco años, agotada su efectividad debe ser retirada. Tanto la colocación como la extracción son realizadas por un médico capacitado para dicha tarea. El MSP justifica la inserción de los implantes en los antecedentes de otros países, que los han incorporado en su canasta de opciones, y que son altamente efectivos, de larga duración y seguros (Ministerio de Salud Pública, 2017).

En este apartado se analiza las visiones y percepciones de los entrevistados tanto de mandos medios de la política de salud sexual y reproductiva, así como los operadores que la desarrollan en territorio, en relación al proceso de implementación de los implantes subdérmicos. Las dimensiones de análisis se estructuran en función de la accesibilidad, los aciertos de la política de métodos de larga duración y los efectos no deseados.

El proceso del piloto

En 2014 se comenzó con un piloto en 14 centros de salud pública, 7 en Montevideo y 7 en el Interior del país. Se realizaron capacitaciones a los equipos de salud en consejería, actualización en anticoncepción y provisión de implantes, así como en la inserción y extracción del implante.

Si bien las evaluaciones en los países en lo que se habían incorporado los implantes subdérmicos mostraban niveles altos de aceptación, desde el MSP había incertidumbre en relación a la aceptación que podría tener entre las mujeres uruguayas.

“Dijimos capacitamos la gente, están todos los métodos ahí, hacemos consejería, consentimiento informado y vemos si la gente lo elige o no porque nuestra hipótesis era no sabemos si la gente lo va aceptar o no. Dijimos vamos a ver si la mujer uruguaya lo acepta o no.” (Mando medio)

Se capacitó para la colocación del implante a médicos ginecólogos/as, parteras y médicos/as de familia. La incorporación de los/as médicos/as de familia permitió llegar al primer nivel de atención, y apostar a una consejería de derechos sexuales y reproductivos con una mirada integral de la persona.

“Que el implante estuviera accesible en el primer nivel de atención. Que estuviera en manos de profesionales que mejor pudieran hacer una consejería en el primer nivel de atención y eso fue de la mano de priorizar dos poblaciones profesionales: los médicos de familia y las obstetras parteras.” (Mando Medio)

Según los estudios de evaluación de la introducción de los implantes sub-dérmicos en la canasta de métodos anticonceptivos del Uruguay (López Gómez, Pascoll, Farías, & Micol, 2016), (Ministerio de Salud Pública, 2017) dan cuenta de que la aceptación y por lo tanto la demanda de la población, fue muy positiva. Este concepto fue reafirmado en el relato de los entrevistados tanto de mandos medios como operadoras. La población adolescente registró una alta aceptación de dicho método (24,8% de las usuarias, en Ministerio de Salud Pública, 2017). Si bien uno de los entrevistados reconoce que se hizo un poco más de hincapié en la oferta del método a las adolescentes, éste estaba disponible para todas las mujeres, pero fueron las adultas jóvenes y las adolescentes quienes más lo demandaron.

La demanda superó ampliamente las expectativas y previsiones, tanto que mientras se estaba desarrollando el piloto en 2015, fue necesario capacitar en el resto del país para que en todos los departamentos existieran capacidades para colocar el implante ya que los 14 centros del piloto estaban desbordados por la demanda.

“Concomitantemente con eso en el momento que estamos haciendo el piloto, salieron algunas versiones de prensa, se anunció la llegada del método al país y eso generó una demanda impensada hasta ese momento y ahí fue en 2015, antes de terminar el estudio piloto, dijimos vamos a capacitar al resto del país porque se nos generó una brecha porque la gente de otros departamentos decía tengo que mandar a otros departamentos a que se coloque el implante, quiero que me capaciten.” (Mando medio)

Consejería, derribar mitos de la población

En el relato de las entrevistas hay coincidencia en que la consejería es fundamental, brindar la información de cada uno de los métodos con sus pros y contras, y asesorar de acuerdo a las características y situación de cada persona. Una buena consejería permite mayores niveles de aceptación del método seleccionado, las mujeres saben cuáles pueden ser los efectos adversos y prepararse para ello. También se destacó la importancia de realizar un buen asesoramiento cuando las mujeres vienen con la decisión de sacarse el implante, para despejar si hay falta de información en relación a posibles situaciones adversas que se generan por la utilización del método, pero que no tiene riesgo en la salud.

“Dijimos tiene que estar en el primer nivel de atención, los servicios de cercanía, en un contexto de consejería condición sine qua non.” (Mando medio)

“Nosotros lo que les planteamos en todas las reuniones que fuimos teniendo que la consejería es fundamental y que la consejería tiene que estar adecuada al individuo, a la persona, no al método.” (Mando medio)

Si bien el asesoramiento es plantado como un elemento fundamental para la incorporación de los implantes sub-dérmicos, se reconoce que no siempre se da el tiempo o las condiciones adecuadas que requeriría dicha consejería y que este es un desafío para la política de salud sexual y reproductiva. Se destaca que el momento vital en que se ofrece la opción del implante, es sustantivo para que realmente sea una elección libre. En ese sentido, es muy cuestionado que se ofrezcan los implantes a las adolescentes y jóvenes en el puerperio, siendo que la experiencia vital de dicho momento no permite una elección libre.

“Nos cuestionamos si hay una libre elección de las adolescentes en cuanto al método sobre todo en el momento del puerperio. Yo creo que en el momento del puerperio capaz es el momento en que la chiquilina está más vulnerable y no quiere tener más hijos. En ese momento que se le ofrecen los métodos anticonceptivos es más proclive a optar por un método de más larga duración. No sé hasta donde nosotros le ofrecemos con más ahínco un método de larga duración o es que ella también decide porque acaba de pasar por un momento traumático, ya sea porque le dolió, porque no puede dormir de noche, o le duelen las mamas en el momento de la lactancia. Psicológicamente no está en el momento ideal para tomar la decisión del método pero es la estrategia que se ha buscado desde la atención médica para por lo menos poder frenar el segundo embarazo de la adolescente.” (Operador)

“Yo no creo que sea el mejor momento de ponerle a una adolescente el implante cuando acaba de parir. Ni a una adolescente ni a nadie. A mí me asombraba cómo salían del Pereira pero también te digo que salían del Pereira y después venían y se lo sacaban.” (Operador)

Una buena consejería permite cuestionar y derribar algunos mitos que surgieron en la población cuando se extendió el uso del implante sub-dérmico. Según el relato de las entrevistas, si bien la aceptación de la población y en especial de las adolescentes en relación al uso del implante como método anticonceptivo fue muy positivo, también se plantearon miedos y mitos en relación a su colocación y efectos secundarios. Se generalizó el conocimiento del método como “el chip” “chipearse” y en algunos casos la población tenía miedo de que fuera una manera de localizarlas. Por otro lado, según el relato de los entrevistados aparecen miedos asociados con la intervención médica (pinchazo, corte) y otros vinculados a los efectos secundarios (dolor de cabeza, sangrados extensos o intersangrados)

“En Artigas nos decían las chiquilinas el chip no lo usan porque creen que las van a chipear, porque creen que van a saber a dónde están y dónde van por una cuestión de trazabilidad. (...) en el municipio D nos encontramos con que los pastores de la Iglesia Evangélica decían que el chip era una forma de localización de la adolescente, no les aconsejaban el ponérselo, no lo recomendaban.” (Mando medio)

“La mayoría te puedo decir que lo conocen como el famoso chip.” (Operador)

“Hay un miedo por el corte, por el pinchazo, algunas vienen a pedirte porque la amiga se lo puso” (Operador)

La consejería tiene que entenderse como algo más integral que la que se realiza en el consultorio médico, en ese sentido la capacitación a los referentes en salud sexual de la educación, así como a los operadores en salud es sustantiva para acompañar e informar a las adolescentes y jóvenes en la incorporación de un método anticonceptivo con los efectos secundarios que se podrían suceder y las medidas que se podrían tomar para solucionarlos.

“Lo más grave es que no están capacitados ni los referentes de salud sexual de la educación, ni los operadores en salud en cómo manejar eso. En decirle si sangras mucho o si sangras cuando no esperas qué es lo que más pasa, no es que el sangrado sea abundante sino que aparece cuando no lo espera. Ese sangrado intermenstrual se desaparece tomando Perifar o tomando anticoncepción oral por tres meses o seis, eso no lo saben y no las tratan. Lo sabe la gente que se lo colocó.” (Mando medio)

La evaluación realizada por el MSP (2017) da cuenta de una muy alta tasa de continuidad (91,7) en la utilización del implante sub-dérmico. La evaluación releva que las mujeres que resuelven discontinuar el uso del método, en su gran mayoría las razones están vinculadas al deseo personal, en general derivado por las alteraciones del ciclo menstrual, y/o por no necesitar el uso de ningún método.

Efectos no deseados de los implantes, infecciones de transmisión sexual

En las entrevistas tanto de mandos medios, como operadores se indagó en relación a cuál era su visión de posibles efectos no deseados que se hubieran desencadenado por la utilización de los implantes sub-dérmicos. Todas coinciden que los mayores temores están vinculados con las infecciones de transmisión sexual (its). Sin embargo, no consideran que esto haya sido producto de la incorporación de los implantes, con altos niveles de aceptación entre las adolescentes y jóvenes. La prevención en its está basada en la utilización de condón

masculino o femenino. La utilización del condón masculino implica niveles de negociación con el varón, que están muy atravesadas por desigualdades de género que permean fuertemente en nuestra sociedad. Sin duda la utilización del condón femenino es el método donde la decisión está colocada en la mujer y no en el varón y se protege de infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, es un método que no se ha instalado y no hay práctica de su uso.

“El aumento de las ITS no creo que venga de la mano del implante. El aumento de las ITS tiene que ver con esto que te dije que no usan preservativo y eso independiente del método que usen porque por qué se embarazan con anticoncepción oral. (..) Tiene que ver con lo cultural y con cambiar prácticas.” (Mando medio)

“Creo que el tema del negociar el condón va más allá de que si tiene un método como el DIU o como el implante. Creo que la negociación con el varón del uso del condón es permanente. Eso ustedes lo deben tener más que estudiado. Es un tema y es una de las cosas que a veces facilita y una de las cosas cuando promovemos y promocionamos el condón femenino que pone a la mujer del lugar de empoderarse del método de barrera.” (Operador)

10.4. Descenso de la fecundidad en la adolescencia en el marco de las políticas en salud sexual y reproductiva

El nivel de la fecundidad en la etapa adolescente presentaba una “resistencia a la baja” (Varela Petito, Tenenbaum, & Lara, 2014) y se mantuvo estancada entre año 2000 y 2014 (en el entorno de 60 por mil), momento en cuál comienza a verse un descenso continuo que se profundiza de forma abrupta entre el año 2016 y 2017 (de 51,3 por mil a 41 por mil), alcanzando en 2018, 35,8 por mil. Como se ha mostrado en diversos trabajos, la maternidad en esta etapa del curso de vida se explica por importantes condiciones de vulnerabilidad social. Ellas se traducen en: desigualdades de género que impactan tanto en las relaciones afectivas como en el lugar que ocupa la maternidad como identitario de la feminidad; desigualdades de oportunidades en la inserción sólida en la etapa adulta, es decir una baja educación, necesidades básicas insatisfechas, hogares extendidos, reclusión en el ámbito doméstico, falta de proyectos alternativos a la maternidad (Rodríguez & Cavenaghi, 2016), (Rodríguez & Cavenaghi, 2013), (Nam, 2016), (Varela Petito, Pollero, & Fostik, 2008), (Varela Petito, Tenenbaum, & Lara, 2014).

Estas evidencias, dejan al descubierto que los cambios en el comportamiento reproductivo de las mujeres, y en este caso de las adolescentes, implican transformaciones profundas culturales y sociales. Ello se traduce en cambios en las condiciones de vida y oportunidades de las jóvenes. Surge entonces la interrogante respecto a los factores que puedan haber intervenido en un cambio abrupto en el descenso del nivel de la fecundidad y del número de nacimientos de mujeres adolescentes en un período tan corto.

La “Estrategia intersectorial de prevención del Embarazo no intencional en la adolescencia” se concentra como se ha destacado *supra* en la prevención del inicio de la maternidad en esa etapa del curso de la vida. Ello en el entendido de las implicaciones que tiene para las adolescentes en relación a las limitaciones para el desempeño e inclusión social. De todas formas si bien el foco de la Estrategia está en el descenso de embarazos no intencionales, la propuesta es integral y busca generar redes y capacitar en territorio a los distintos actores institucionales que trabajan con adolescentes desde distintas esferas: educación, salud, programas sociales.

¿Cuál es la apreciación de los mandos medios de la salud, encargados de coordinar la implementación de la Estrategia intersectorial para la prevención del embarazo adolescente, y de los operadores técnicos, que se incorporan al desarrollo de la misma, acerca de la interpretación del descenso abrupto de la fecundidad adolescente? En sus discursos se aprecia que consideran que el trabajo desarrollado por la Estrategia ha promovido la disminución de embarazos no intencionales y como consecuencia al descenso de la tasa de fecundidad en esa etapa del curso de vida. Se destaca que a ello, se suman las distintas políticas en SSR que se vienen llevando a cabo en el país. Estas se iniciaron veinte años atrás y se fueron profundizando y avanzando hacia la universalización de la SSR desde un enfoque de derechos.

Según los entrevistados, estas acciones sostenidas en el tiempo han intervenido en el descenso de la tasa de fecundidad en la adolescencia, que se registra desde el año 2014 y que se profundiza a partir del año 2017. Es justamente en este último año que comienza a implementarse la Estrategia.

Como se ha mencionado *supra* la propuesta de la Estrategia tiene como objetivo primordial, en el marco de derechos, fortalecer la toma de decisiones reproductivas con autonomía. Ello se orienta a que los adolescentes puedan vivir su sexualidad sin riesgo de embarazos no

intencionales. Trabajar intersectorialmente para lograr estos objetivos es la primera clave para que ello se traduzca en un cambio real para los adolescentes en su sexualidad y reproducción. En función de ello, la formación de profesionales y equipos de trabajo en territorio, promueve que se oferte entre los métodos anticonceptivos, los implantes subdérmicos. Se plantean las ventajas de superar olvidos, inconsistencias de uso que posibilitan de forma más efectiva la independencia entre sexualidad y reproducción en la etapa que así se lo desee.

En este marco, surge la pregunta ¿si la implementación de la Estrategia es uno de los factores que intervinientes en descenso reciente de la fecundidad adolescente? ¿Y cuánto se puede atribuir a la promoción y aceptación de los implantes subdérmicos por parte de las adolescentes? El descenso de la tasa de fecundidad adolescente entre 2014 y 2017 fue de un 30%, entre 2016 y 2017 fue de 20%. Los datos primarios del Ministerio de Salud Pública muestran que en el año 2018, el descenso continuó y que ello implicó un descenso del 13%. En la percepción de los actores entrevistados aparece el acuerdo que la disminución del embarazo adolescente y la tasa de fecundidad adolescente está muy vinculada con los anticonceptivos de larga duración.

“No te puedo decir que en 100% pero es el implante, este descenso rápido fue desde el implante del 2014 hasta ahora, que es efectivo y bien aceptado”. (Mando Medio)

“Puede ser en parte que contribuyó la Estrategia intersectorial, no es la única medida, yo creo que sí tuvo que ver la colocación del implante, no tanto así de la interrupción voluntaria porque los números no lo dicen, pero el implante tuvo que ver. Es un método que uno no lo puede remover solo, necesita un acto médico en el medio para sacarlo, dura 5 años entonces se lo pone a los 15, me gustaría ver los números después de los 20”. (Operador)

“Creo que el implante tuvo mucho que ver, pusimos mucho el implante en adolescentes y en adolescentes que no habían tenido relaciones sexuales” (Operador).

Si bien hay acuerdo en que la incorporación de la anticoncepción de los implantes subdérmicos es un factor determinante, en el reciente y abrupto descenso de la fecundidad en la etapa adolescente, también se manifiesta que atribuirlo solamente a ello, es un análisis simplista y de desconocimiento de los factores que intervienen en la decisión o no decisión de ser madre en la adolescencia.

“...yo pienso por la complejidad del tema del embarazo en la adolescencia uno tiene que pensar que las causas son multifactoriales. Obedece a las políticas públicas de los últimos 15

años en general y de los últimos 10 años en salud sexual y reproductiva. Desde 2008 para acá con la ley de salud sexual y reproductiva, lenta pero constantemente el tema del acceso a la salud como un derecho y de los adolescentes en particular, se ha hecho carne en el sistema de salud con todas estas brechas que decíamos antes pero sin lugar a dudas allí yo creo que es una de las explicaciones, obedece a las políticas públicas de los últimos 15 años en general y de los últimos 10 años en salud sexual y reproductiva...” (Mando Medio).

“A primera vista todo el mundo dice es el implante. No creo que sea solo el implante, creo que han sido todas las estrategias que se han venido haciendo y que en algún momento dan fruto. El implante es una de ellas pero la educación y la promoción, todo que se ha hecho ha encauzado en este impacto” (Operador)

“Creemos que estamos cooperando en que se sostenga este descenso porque estamos tratando primero de posicionar en cada territorio el problema de lo que significa un embarazo en una adolescente”. (Mando Medio).

Posicionar el tema del embarazo en la adolescencia como problema social

Estudios anteriores han puesto de manifiesto la consideración de la maternidad en la adolescencia como problema social (López Gómez & Varela Petito, 2016). La multicausalidad del fenómeno, como se mencionara *supra* y las limitaciones que se operan en el desarrollo de la vida de las jóvenes, sustentan esa afirmación (Varela Petito, Pollero, & Fostik, 2008).

Sin duda las políticas de salud sexual y reproductiva que se vienen desarrollando en estos últimos 20 años, van construyendo un acumulado institucional, político y social que permite visualizar la temática de la maternidad en la adolescencia como un problema de la sociedad. Asimismo, han construido camino, que permitieron que se ponga en marcha la Estrategia en la que intercambian y construyen en conjunto diversos organismos involucrados, desde distintos ángulos, en la temática. También ha permitido incluir dentro de la canasta de métodos anticonceptivos, los implantes subdérmicos como otra opción que amplía el abanico de posibilidades y brinda mayores niveles de respuesta para las adolescentes.

En este marco, el descenso de la fecundidad en las adolescentes no puede ser explicado por un solo factor, sino que las acciones que se vienen desarrollando desde hace más de 20 años en

salud sexual y reproductiva, permiten crear condiciones para apoyar este descenso. A su vez, los factores sociales y culturales que intervienen en que determinados sectores de la población adolescente realicen la transición a la maternidad en esa etapa permanecen.

“Atrás del embarazo en la adolescencia viene la vida de las adolescentes que tiene que ver con los consumos y las violencias. (...)” (Mando medio).

La marginación social, las desigualdades de género, la desvinculación del sistema educativo, la reclusión en el ámbito doméstico y en el ámbito barrial, son factores que se mantienen (Varela Petito & Fostik, 2011), (Varela Petito C. , Fostik, A, & Fernández Soto, 2012), (Varela Petito, Tenenbaum, & Lara, 2014). En este sentido, las acciones que pueda diseñar y desarrollar la Estrategia son sustantivas si se logran generar acuerdos y políticas en conjunto entre los organismo públicos involucrados, que apunten a modificar factores culturales y sociales que configuran la maternidad como prácticamente la única opción válida para las adolescentes de sectores socioeconómicos desfavorecidos.

“...Creo que la sexualidad de las adolescentes la hemos manejado mal en esto de la reducción del embarazo adolescente y no hemos profundizado en la no violencia en las parejas. Creo que ese fue uno de los déficit grandes nuestros. No quiere decir que desde las instituciones no se dediquen a la no violencia en la pareja, hay grupos (...) pero no está internalizado...” (Mando medio)

Como han mencionado tanto operadores como mandos medios, se ha mejorado el acceso de los jóvenes a la salud sexual y reproductiva.

“...cuando ves a las adolescentes en el correr del tiempo, te permite ir viendo su autonomía progresiva e incorporando cada vez más información al respecto” (Operador).

Sin embargo, esta es apenas una de las caras de los factores estructurales que intervienen en el embarazo y la maternidad en la adolescencia. La Estrategia intenta trascender la promoción de la anticoncepción y enfocarse hacia la autonomía progresiva de los adolescentes. La gran vulnerabilidad social a la que están sometidos porcentajes de la población joven del país, constituyen factores fundamentales a la hora de lograr cambios profundos en las condiciones de vida de la población en general y en particular, de los adolescentes.

“...A mí me preocupa que para mí la madre de todos los males es la pobreza y eso no está cambiando. Estamos focalizando en algunos emergentes de esa pobreza. Yo creo que un país con adolescentes sin sueños es un país que tiende a la muerte y eso me preocupa...” (Operador)

Los avances en las políticas públicas, serán los que logren que sectores excluidos de la sociedad puedan articular una adecuada salud sexual y reproductiva con condiciones de bienestar social que les permita estar incluidos socialmente y ejercer integralmente sus derechos como ciudadanos.

10.5. Este tiempo que ganamos; ¿en qué lo invertimos?

La ley N° 18.426 de Defensa a Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, aprobada en 2008 y reglamentada en 2010, da un marco normativo sustantivo y reconoce los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos. La aprobación de la ley condensa el acumulado a nivel de salud sexual y reproductiva y a su vez, marca un mojón y profundiza en las políticas que en esta materia el Uruguay viene desarrollando.

En este sentido, a partir de 2017 el Ministerio de Salud Pública implementa la ***“Estrategia intersectorial de prevención del Embarazo no intencional en la adolescencia”*** enmarcada en los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 (OBSN 2020), donde se identifica como uno de los problemas críticos el embarazo no intencional en adolescentes y se plantea como meta descender la tasa de fecundidad adolescente mediante el objetivo de mejorar el acceso a la salud.

El avance y profundización de las políticas de salud sexual y reproductiva que se ha realizado en esta última década, es destacado y valorado por los mandos medios entrevistados, así como por los técnicos que están implementando la política pública en diferentes territorios del Gran Montevideo.

En este sentido, destacan varios aciertos en relación a las políticas de salud sexual y reproductiva, que buscaron un camino de acercamiento de la población joven a los centros de salud. Según su visión, se rompieron algunas de las barreras administrativas que los alejaban de los mismos, a partir de programas que incluyen una visión amplia e integral de la salud, que hace foco en la atención primaria y en la promoción. Los Espacios Adolescentes buscaron cristalizar esta mirada, y constituirse en un ámbito de referencia para adolescentes y la comunidad. En esta línea, la existencia de la guía de atención de adolescente permite comenzar a pensar en cambios más profundos en el modelo de atención, como la posibilidad de que el adolescente tenga un médico de referencia y sea atendido por un equipo

multidisciplinario. También se destaca como otro cambio positivo de los últimos años, la disponibilidad de una canasta completa de métodos anticonceptivos, los cuales pueden ser provistos de manera anual, evitando que el adolescente tenga que concurrir todos los meses a la consulta.

Sin embargo, en las entrevistas a mandos medios y operadores, reconocen que existen aún desafíos referidos a la capacitación del personal médico y no médico que atiende en los centros de salud, así como resistencias a los cambios en el modelos de atención que implican una mirada integral del joven, y la construcción de redes con la comunidad que permitan acciones de promoción más abarcativas.

Si bien los entrevistados reconocen y valoran positivamente los esfuerzos que se han realizado para acercar a los adolescentes a los centros de salud, así como también señalan el desarrollo de material con información en salud sexual y reproductiva, claro y accesible, ello no ha redundado en que estos concurren en mayor medida a los espacios adolescentes creados.

En ese sentido, la Estrategia identifica estos nudos críticos y establece acciones que posibiliten atenuar estas dificultades. Se prioriza el trabajo en territorio, en el que se reúne a los diferentes actores que trabajan con adolescentes desde los distintos ámbitos: la salud, la educación, el desarrollo social y las organizaciones sociales. De esta manera se generan espacios comunes y se brinda capacitación y apoyo en relación al abordaje de la salud sexual y reproductiva.

Desde la perspectiva de los actores que formaron parte de este estudio, se reconoce que el diseño interinstitucional que plantea la Estrategia es un elemento positivo, pero a su vez, este mismo diseño plantea un desafío en la implementación. Por un lado, el diseño intersectorial busca reunir a todas las instituciones del Estado que trabajan con la población adolescente, con el objetivo de construir una política articulada y sostenible en el tiempo. A su vez, tiene como gran desafío la dinámica que imprime un espacio interinstitucional, donde los tiempos de las diferentes instituciones pueden enlentecer la construcción de acuerdos e implementación de la política. Así como el desafío de vencer las visiones sectoriales que generan resistencias al avance de políticas integrales.

La incorporación en 2014, de los implantes subdérmicos dentro de la canasta de métodos anticonceptivos disponibles tuvo una gran aceptación, en especial en la población adolescente y joven. La Estrategia incorporó este programa como una de sus líneas de acción, en la prevención de embarazos no intencionales.

La gran aceptación entre la población joven, de un método de larga duración como los implantes subdérmicos, y el descenso pronunciado de la fecundidad adolescente a partir del 2014 plantea la interrogante de si es el factor determinante de dicho descenso.

El descenso de la tasa de fecundidad adolescente, que se profundizó de forma abrupta a partir de 2016, alcanzando en 2018 el 35,8 por mil (cuando entre 2000 y 2014 se encontraba en el entorno de 60 por mil), parecería dar cuenta que es un descenso más vinculado a la implementación de un método de anticoncepción, que a una transformación más profunda de los factores que atraviesan la maternidad adolescente.

Como se ha señalado, los factores estructurales que configuran la maternidad en la adolescencia, como un problema social, no muestran grandes variaciones que permitan explicar el descenso de la fecundidad adolescente. (De Armas, 2017) muestra que la pobreza monetaria en niños y adolescentes menores de 18 años para el trienio 2013-2015 fue en promedio de 19,3% (medido por Línea de pobreza método 2006 a partir de los datos de la Encuesta Continua de Hogares). A su vez, el ratio entre la magnitud porcentual de la pobreza infantil y en adultos mayores viene aumentando desde el año 2014: para el trienio 2004-2006 era de 3,4 y para el trienio 2013-2015 fue de 8,7 (Los cálculos a partir de 2001 fueron realizados a partir de las estimaciones que surgen del método 2006 de línea de pobreza).

Así mismo, la inserción en la educación media continúa siendo un nudo crítico. A los 17-18 años 7 de cada 10 jóvenes logró completar la educación media básica y a los 21-22 años, solo 4 de cada 10 jóvenes logró completar la educación media superior. Si estos indicadores se observan de acuerdo a quintiles de pobreza, en el quintil más elevado el 95,9 logra culminar la educación media básica y en el quintil más bajo lo logra la mitad de los jóvenes (Ministerio de Educación y Cultura, 2018).

La inequidad entre las generaciones se mantiene y no se ha observado una superación de la polarización social en los últimos años. Estas jóvenes continúan teniendo muy bajas

oportunidades de superación e inserción social. Sin duda, el no tener un hijo cuyo embarazo no se planificaba para esa etapa del curso de vida debería de ser muy positivo para ellas y ellos (en caso que asuman la paternidad) y para los niños que nacieran. Sin embargo habrá que estudiar en el mediano plazo (5 o 10 años) las trayectorias educativas y laborales. Posponer la maternidad para otras etapas del curso de vida, ¿Les permitió reinsertarse en la educación, incorporarse al mercado de empleo, emanciparse del hogar de origen?, o ¿Continuarán transitando situaciones de privación social reclusión barrial y doméstica?

Es decir, ¿mejorarán sus desempeños sociales y tendrán autonomía y capacidad de autosustento? ¿Cambiarán las condiciones de vida de estos jóvenes superando la vulnerabilidad social en la que están inmersos? o lo que se esté produciendo es una decisión de las jóvenes de usar métodos anticonceptivos más eficaces sin que ello implique cambios profundos culturales y sociales que les posibilite transitar otras trayectorias además de la reproductiva si así lo deciden en el futuro?

Compartimos que explicar el descenso de la fecundidad adolescente solo con la incorporación de un método anticonceptivo, como son los implantes subdérmicos, es una mirada reduccionista de la problemática y de las políticas que se vienen implementando hace más de una década en relación a la salud sexual y reproductiva en el Uruguay. En este sentido, la apuesta a una Estrategia que trascienda la mirada reproductiva y que permita visualizar las oportunidades diferenciadas que existen en la sociedad para los y las adolescentes según los estratos sociales, y su vinculación estrecha con las opciones que estos asumen en su vida sexual y reproductiva, da cuenta de un acumulado en la construcción de política pública. Sin embargo, cabe preguntarse si esta concepción tiene la capacidad de constituirse en acciones concretas intersectoriales, que construyan en relación a disminuir las brechas sociales entre las poblaciones adolescentes del Uruguay.

11- LECCIONES APRENDIDAS Y DESAFÍOS PARA EL DESCENSO DE LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE

El análisis realizado de la tipología de la fecundidad adolescente en el Gran Montevideo (en base a datos del Censo 2011), muestran las áreas donde se localizan los niveles más elevados de fecundidad en la adolescencia y concomitantemente con niveles elevados de privación

social. Si bien esta tipología se ha realizado en base a datos relevados ocho años atrás, se entiende que el análisis mantiene vigencia en la medida que los factores estructurales asociados al embarazo y la maternidad en esta etapa del ciclo de vida, aún persisten. Ello aporta a la localización de los nudos críticos del fenómeno en el Gran Montevideo y se espera que constituyan insumos a ser abordados por las políticas públicas con anclaje territorial.

La evolución de la tasa de fecundidad adolescente muestra que entre los años 2015 y 2018 se registra un descenso de la misma de un 37%. Esto rompió con una tendencia de estancamiento de varias décadas. Este descenso resulta excepcional para el país, acostumbrado a la lentitud en los procesos de cambio y a la rigidez de los mismos; ello traduce una construcción interinstitucional continuada de las políticas en salud sexual y reproductiva.

Las jóvenes protagonistas de este descenso son las que se encuentran en las condiciones de mayor vulnerabilidad: viven en las zonas más pauperizadas de Montevideo y el Área Metropolitana, habitan hogares con carencias en el bienestar socioeconómico y de acumulación de capital humano.

Este resultado revela que las políticas en salud sexual y reproductiva que comenzaron veinte años atrás (1996), promovieron cambios que se construyeron a partir de los alcances que se fueron logrando en las sucesivas políticas públicas. Se parte de programas focalizados a determinadas poblaciones, a políticas universales y fundamentalmente basadas en igualdad de oportunidades y derechos e igualdad de género. Se logra una ley marco de defensa al derecho a la salud sexual y reproductiva que establece que son derechos humanos, «blinda» las normativas vigentes en SSR y les otorga carácter de ley (Varela Petito, 2007) (López Gómez A. , 2013)

En el descenso acelerado desde el año 2015, se destaca el impacto de la *“Estrategia Intersectorial y nacional de prevención del embarazo no intencional en la adolescencia”*, que contribuyó a la problematización del embarazo en la adolescencia. La definición de la alta fecundidad en la adolescencia como problema social, fijó el norte de la política, los objetivos a seguir y las acciones destinadas a los mismos. Lo más destacable de la Estrategia radica en la conjunción de distintos actores: los responsables del diseño de la política en salud sexual y reproductiva de distintos sectores institucionales del Estado, la academia, los operadores que implementan las acciones en el territorio y las organizaciones sociales. Otra fortaleza a señalar es el tratamiento de la prevención del embarazo no intencional en la adolescencia, con

un enfoque basado en los derechos de las adolescentes, posicionando a la fecundidad en el marco más amplio de la salud sexual.

El control y la postergación de la fecundidad de estas adolescentes pueden constituir una oportunidad potencial de generar proyectos de vida alternativos, en la medida que se acompañe del empoderamiento en las decisiones sobre su propia sexualidad y reproducción. Ello las pondría en igualdad de condiciones con las jóvenes de estratos socioeconómicos favorecidos, quienes hace tiempo han desvinculado sus proyectos de vida de la maternidad en la adolescencia. Sin embargo, los estudios referidos en este trabajo, revelan que persisten las brechas respecto a los desempeños sociales entre las jóvenes en condiciones de bienestar social y aquellas con situación de privación social.

La brecha educativa es un cimiento de las divergencias en los desempeños sociales de los adolescentes y jóvenes de nuestro país, y en particular de las mujeres. No se ha evidenciado un correlato de mejora en términos de equidad en los indicadores educativos, similar a los avances en el descenso de fecundidad adolescente, lo cual plantea interrogantes sobre la sustentabilidad del mismo. Los cambios en materia de educación han sido más lentos, enfrentaron mayores resistencias entre los actores y no se sustentaron en una política continuada orientada a la inclusión de los sectores sociales más desfavorecidos. Si bien se lograron mejoras en términos del acceso al sistema educativo (particularmente al nivel secundario), los resultados en materia de egreso y desempeños han permanecido prácticamente incambiables, con una notable inequidad. Por otra parte, a diferencia de la política de salud sexual y reproductiva, la política educativa ha tenido un itinerario de discontinuidades en las acciones para el abordaje de los problemas de afiliación educativa de los adolescentes, sobre todo aquellas destinadas a la inclusión educativa de la población más vulnerable (algunas de carácter universal y el grueso focalizadas, las cuales tuvieron una presencia sustantiva durante el primer y segundo gobierno del Frente Amplio, y que se encuentran mayoritariamente discontinuadas). A su vez, la centralidad de los derechos de los y las adolescentes en materia educativa se ha visto desplazada por los conflictos entre actores, que han operado como resistencia al cambio.

Se entiende que el sistema educativo tiene un rol fundamental a futuro en la consolidación de los cambios, pero esto requiere un sistema educativo capaz de captar y retener a una población para la cual éste no es atractivo, no la incluye, y no aparece como parte de un proyecto de vida posible.

A partir de los datos del censo 2011 se encontró una alta participación económica de las adolescentes (madres y no madres) que pertenecen a las zonas más pauperizadas del Gran Montevideo. En el caso de las madres, no se puede descartar que la actividad sea resultado de la necesidad económica de sustentar a sus hijos. No obstante, es necesario destacar que la generación de adolescentes observadas en este estudio atravesó un largo período de mejora en los indicadores de empleo (actividad, ocupación, desempleo, formalidad), que en la actualidad comienzan a mostrar signos de declive. La población femenina joven se encuentra en particular condición de vulnerabilidad ante procesos de destrucción del empleo, que en estas áreas se ve agravada por la baja acumulación de capital humano de las adolescentes (lo cual remite nuevamente al rol del sistema educativo en la ruptura del círculo vicioso del embarazo no intencional en la adolescencia), y la carga de trabajo no remunerado que asumen como parte del mandato de género en los hogares. Ello puede ser un obstáculo para su actividad, sobre todo si el deterioro de las condiciones del mercado de empleo aumenta los costos de mantenerse en la actividad, por ejemplo buscando trabajo, o en trabajos de mala calidad.

En este contexto de deterioro reciente del mercado de trabajo, la persistencia de la desigualdad en el sistema educativo, en las desigualdades de género, en las desigualdades en las condiciones de vida, continuarán para estas jóvenes, reforzando la reclusión doméstica y segregación social.

Este trabajo deja planteada la interrogante si la incorporación de un método anticonceptivo de larga duración, sin cambios en las condiciones de vida, en las relaciones de género, en la mayor acumulación de capital educativo, en las fortalezas para la inserción futura en el mercado laboral, y por ende, con capacidad de autonomía y autosustento para la vida adulta, constituirá de por sí en la generación de otros proyectos de vida que no solo se sustente en la maternidad. En este sentido, que las adolescentes posterguen la maternidad y que se refleje en un importante descenso de la tasa de fecundidad adolescente, no asegura la sustentabilidad de esta tendencia.

El uso de anticonceptivos de larga duración libera a la adolescente de la negociación con el varón por el uso de un método que les permita independizar la vida sexual de un embarazo no intencional. Sin embargo ello no implica empoderamiento, autonomía de las mujeres y ausencia de condiciones de violencia, maltrato, y abuso en sus relaciones afectivas y sexuales. El descenso de la maternidad en la etapa adolescente puede constituir beneficios para ellas y para los futuros niños. Ello siempre y cuando las adolescentes mejoren sus condiciones de

vida, alcance mayor nivel educativo, se logren relaciones de género más igualitarias. Para evaluar estos resultados se requerirá estudiar a mediano plazo, los desempeños sociales de las adolescentes que hoy no están teniendo hijos. Si las desigualdades de género continúan, la condiciones en educación, trabajo, vivienda, no cambian lo que se gana es tiempo, pero continuarán naciendo niños en ámbitos de socialización precarios, solo que más tarde. Estas jóvenes continuarán teniendo pocas oportunidades de desarrollo más allá de la maternidad.

Resulta clave profundizar y desarrollar políticas públicas que reduzcan los riesgos de vulnerabilidad social asociada a la maternidad en la adolescencia, que articulen intervenciones en el mercado laboral, mejoras en la captación y retención en el sistema educativo, acceso a vivienda digna, políticas de cuidados que mejoren la matriz de protección social en pos de generar mejores oportunidades de desarrollo para los niños, los adolescentes y los jóvenes.

Los resultados de este trabajo aportan información acerca de los nudos críticos a ser abordados por las políticas públicas que alcancen no solo la disminución del embarazo no intencional en la adolescencia sino también los factores estructurales que la sustentan.

BIBLIOGRAFÍA

- Anfitti, V., & Ríos, A. (2014). Experiencias desarrolladas en los centros educativos de educación media y superior orientadas a acompañar el tránsito entre ciclos. En T. Fernández, & Á. Ríos, *El tránsito entre ciclos en la educación media y superior de Uruguay* (pág. 237). Montevideo: CSIC-UdelaR.
- Arnett, J. (2000). Emerging adulthood: A Theory of development from the late teens through the twenties. *5, 55*, 469-480.
- Bentancur, N. (2008). *Las reformas educativas de los años noventa en Argentina, Chile y Uruguay: racionalidad política, impactos y legados para la agenda actual.* . Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Bervejillo, F. (2008). El proceso de metropolización y los cambios urbanísticos. En J. J. Calvo, & P. Mieres, *Sur, migración y después*. Montevideo: Rumbo, PNUD.
- Billari, F. (2004). Becoming an Adult in Europe: A Macro (Micro) Demographic Perspective. *Demographic Research*.
- Boado, M., & Fernández, T. (2005). La alegría no va por barrios ¿Qué clases sociales pagaron la gran crisis (2000-2003). En Mazei, *El Uruguay desde la sociología IV*. Montevideo: Departamento de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales.
- Borrás, V. (2018). Análisis exploratorio de datos espaciales de pobreza 1996-2011 en Montevideo y su área metropolitana, cambios y continuidades en patrones de localización. *Simposio de Estructura Social del Congreso Observatório das Metrôpoles Vinte Anos. As Metrôpoles e o Direito á Cidade: dilema, desafios e esperanças*. Río de Janeiro: Observatorio das Metrôpoles del Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional.
- Bourdieu, P. (1999). Efectos del lugar. En P. Bourdieu, *La miseria del mundo*. Madrid: FCE.
- Cabella, W., & Pardo, I. (2014). Hacia un régimen de baja fecundidad en América Latina y el Caribe, 1990-2015. En S. C. Cavenaghi, *Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa* (págs. 13-32). Río de Janeiro: Asociación Latinoamericana de Población.
- Calvo, J., Borrás, V., Cabella, W., Carrasco, P., De Los Campos, H., Koolhaas, M., y otros. (2013). *Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay. Las Necesidades Básicas Insatisfechas a partir de los Censos 2011* (Vol. 1). Montevideo: Trilce.

- Cardozo, S. (2015). *El comienzo del fin: desandando los caminos de la desafiliación escolar en la Educación Media*. Montevideo: Mides-Facultad de Ciencias Sociales.
- Casal, J., Gacía, M., Merino, R., & Quesada, M. (2006). Aportaciones teóricas y metodológicas a la sociología de la juventud desde la perspectiva de la transición. *Papers*, 21-48.
- CEIP. (2017). *Monitor educativo de enseñanza primaria. Estado de situación*. Montevideo: Departamento de Investigación y Estadística Educativa.
- CEPAL. (2014). *Panorama social de América Latina*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Couriel, J., & Menéndez, J. (2014). *Vivienda. Nuestro Tiempo*.
- De Armas, G. (2017). *Poner fin a la pobreza infantil. Un objetivo posible para la política pública*. Montevideo, Uruguay: UNICEF.
- Division, United Nations Department of Economic and Social Affairs. Population. (2016). <http://www.un.org/en/development/desa/population>. Recuperado el 17 de setiembre de 2018, de Population division.
- Doyenart, M. (2015). *¿El barrio importa para el comportamiento reproductivo de las adolescentes? Análisis y evolución del comportamiento reproductivo de las adolescentes según la composición social de los barrios del Gran Montevideo. 1985-2011*. Montevideo: Facultad de Ciencias Sociales, Maestría en Demografía.
- Doyenart, M., & Varela Petito, C. (2017). Salteando etapas del curso de vida: maternidad en la adolescencia. *Cuadernos del CLAEH*, 35-56.
- Echarri Canovas, C., & Pérez Amador, J. (2007). En tránsito hacia la adultez. Eventos en el curso de vida de los jóvenes en México. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 22(I), 43-77.
- Fernández, T. (2009). *Abriendo la caja negra. Trayectorias en la educación media superior del Uruguay observadas en la cohorte de estudiantes evaluados por PISA en 2003*. Montevideo: Udelar. Facultad de Ciencias Sociales.
- Fernández, T., & Ríos, A. (2014). *El tránsito entre ciclos en la educación media y superior de Uruguay* (Vol. 16). Montevideo: CSIC Colección Art 2.
- Ferré, Z. (2015). *Evaluación de la despenalización del aborto en Uruguay*. Facultad de Ciencias Sociales; Udelar, Montevideo. Montevideo: Facultad de Ciencias Sociales; Udelar.
- Filgueira, F., & Errandonea, F. (2014). Sociedad Urbana. *Nuestro Tiempo*(23).

- Florez, C., & Soto, V. (2006). Fecundidad Adolescente y Desigualdad en Colombia y la Región de América Latina y el Caribe. *Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina*. Santiago de Chile: CELADE.
- Grau, C., Aguerro, I., Llambí, C., Mancebo, M., & Torello, M. (2008). *Estudio Sectorial de Educación en Uruguay*. . Montevideo: Trabajo financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo. Udelar, Centro de Investigaciones Económicas.
- Katzman, R. (1996). *Marginalidad social en Uruguay*. Montevideo: CEPAL.
- López Gómez, A. (2013). Salud sexual y reproductiva en la agenda de investigación y formación en Psicología. *Conferencia Inaugural Académica*. Montevideo: Facultad de Psicología; Udelar.
- López Gomez, A. (2015). *Adolescentes y sexualidad. Investigación, acciones y política pública en Uruguay (2005-2014)*. Montevideo, Uruguay: Facultad de Psicología, Udelar.
- López Gómez, A., & Varela Petito, C. c. (2016). *Maternidad en adolescentes y desigualdad social en Uruguay. Análisis territorial desde la perspectiva de sus protagonistas en barrios de la periferia crítica de Montevideo*. Montevideo: UNFPA-Udelar.
- López Gómez, A., Pascoll, N., Farías, C., & Micol, R. (2016). *Estudio sobre experiencias de uso de implantes anticonceptivos subdérmicos desde la perspectiva de profesionales y mujeres usuarias de servicios públicos de salud en Uruguay*. Montevideo: Programa Género, Salud Reproductiva y Sexualidades, Instituto Psicología de la Salud, Udelar.
- Ministerio de Desarrollo Social. (2015). *Avances para la medición multidimensional de la pobreza en Uruguay desde un enfoque de derechos*. DINEM.
- Ministerio de Desarrollo Social. (2015). *Los hogares uruguayos: evolución y características 1996-2006*. Montevideo: Contexto.
- Ministerio de Educación y Cultura. (2018). *Logro y nivel educativo alcanzado por la población 2017*. Montevideo: MEC.
- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Objetivos sanitarios 2020*. Montevideo, Uruguay: Ministerio de Salud Pública.
- Ministerio de Salud Pública. (2016). *Objetivos Sanitarios Nacionales 2020*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública.
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Estrategia Intersectorial de prevención del embarazo no intencional en la adolescencia*. Montevideo, Uruguay: Ministerio de Salud Pública.
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Informe Final. Introducción de implantes anticonceptivos sub-dérmicos en Uruguay: Estudio Piloto sobre aceptación y*

desempeño clínico de los implantes utilizados en servicios de salud del área metropolitana de Montevideo. Montevideo: Montevideo.

- Molinatti, F. (2014). Efectos de la segregación residencial socioeconómica sobre la reproducción adolescente. Ciudad de Córdoba, 2001. *Población y Salud en Mesoamérica*, 12(1), 1-18.
- Mora Salas, M., & Olivera, O. (enero-abril de 2009). Los jóvenes al inicio de la vida adulta: trayectorias, transiciones y subjetividades. *Estudios sociológicos*, XXVII(79), 267-289.
- Nam, V. (2016). Trends in adolescent motherhood and fertility and related inequalities in the Caribbean 1990-2010. *Population and development*, 115.
- Pantelides, E. (2004). Aspectos sociales del Embarazo y la Fecundidad Adolescentes en América Latina. En C. L. Demografía, *La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?* (págs. 167-182). Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Pellegrino, A., & Varela Petito, C. (2014). *Hacerse adulto en Uruguay. Un estudio demográfico.* Montevideo: CSIC; Udelar.
- Pereda, C. (2010). Buenas practicas: una modalidad de hacer politicas desde los centros. En T. Fernández, *La desafiliación en la educación media y superior de Uruguay. Conceptos, estudios y políticas* (págs. 185-205). Montevideo: CSIC-Udelar.
- PNUD. (2018). Desigualdad multidimensional y dinámica de la pobreza en Uruguay en los años recientes. *El futuro en foco, Cuadernos sobre Desarrollo Humano*, 91.
- Portes, A., & Hoffman, K. (2003). Latin American class structure: their composition and change during the neoliberal era. *Latin American Research Review*, 38(1).
- Portes, A., & Hoffman, K. (2005). *Ciudades latinoamericanas: Un análisis en el umbral del nuevo siglo.* Buenos Aires: Prometeo.
- Ravanarena, Z., & Burch, T. (1998). Early Life Transitions of Canadian Women: A Cohort Analysis of Timing, Sequences, and Variations. *European Journal of Population*, 14(2), 179-204.
- Ravanera, Z., & Rajulton, F. (2006). Social Status Polarization in the Timing and Trajectories to Motherhood. *Canadian Studies in Population*, 33(2), 179-207.
- Ríos González, Á. (2015). Calendario y determinantes de riesgo educativo. La cohorte PiSA 2006-2011 en Uruguay. *Revista de Ciencias Sociales*.
- Ríos, Á. (2014). Perfiles de riesgo educativo y trayectorias de los jóvenes durante la Educación Media Superior. *Papeles de educación*, 6(2), 33-53.

- Rodríguez, J. (2014). Fecundidad adolescente en América Latina: una actualización. *Serie de investigaciones ALAP*, 33-66.
- Rodriguez, J., & Cavenaghi, S. (2013). Adolescent and youth fertility and social inequality in Latin America and The Caribbean: what role has education played? *XXVII International Population Conference*. Busan.
- Rodriguez, J., & Cavenaghi, S. (2016). Unintended fertility among Latin American adolescents: a growing trend across all socioeconomic groups. *A cross-regional look at adolescent fertility*. Ciudad del Cabo: International Population Conference IUSSP.
- Sabatini, F. (2005). Alicia en el país de las Estadísticas: sobre Espejos, Escalas y Desigualdades. *Chile en la tarea de medir las brechas de las desigualdades*. Santiago de Chile: Instituto Nacional de estadísticas.
- Settersten, Furstenberg, J., & Rumbaut, R. (2005). *On the Frontier of Adulthood: Theory, Research and Public Policy*. Chicago: University of Chicago.
- Stern, C. (2004). Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. *Papeles de Población*, 10(39).
- Torres Ribeiro, A., & comp. (2004). *El rostro de América Latina*. Buenos Aires: CLACSO.
- Varela Petito, C. (2007). Fecundidad por debajo del reemplazo de la población en Uruguay: evidencias e hipótesis a partir del registro de nacidos vivos. *Asociación de Estudios de Población Argentina*, 28.
- Varela Petito, C., & Fostik, A. (2011). Maternidad adolescente en el Uruguay: ¿transición anticipada y precaria a la adultez? *Revista Latinoamericana de Población*(8), 115-140.
- Varela Petito, C., & Lara, C. (2015). Jóvenes de hoy adolescentes de ayer en el Uruguay: maternidad y desempeños. *Revista Sociedad y Economía*(29).
- Varela Petito, C., Fostik, A., & Fernández Soto, M. (2012). *Maternidad en la juventud y desigualdad social* (Vol. 6). Montevideo, Uruguay: UNFPA.
- Varela Petito, C., Fostik, A., & Fernández Soto, M. (2014). Transición a la maternidad en el Uruguay: convergencia y divergencia en el pasaje a la vida adulta. En A. Pellegrino, & C. Varela Petito, *Hacerse adulto en el Uruguay* (págs. 57-86). Montevideo: Udelar.
- Varela Petito, C., Pardo, I., Lara, C., Nathan, M., & Tenenbaum, M. (2014). *Atlas Sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay. La fecundidad en el Uruguay (1996-2011): desigualdad social y diferencias en el comportamiento reproductivo* (Vol. 3). Montevideo: Trilce.
- Varela Petito, C., Pollero, R., & Fostik, A. (2008). La fecundidad: Evolución y diferenciales en el comportamiento reproductivo. En V. C. Petito, *Demografía en una sociedad en*

transición. La población uruguaya a inicios del siglo XXI. (págs. 35-68). Montevideo: Trilce.

Varela Petito, C., Tenenbaum, M., & Lara, C. (2014). Fecundidad adolescente en el Uruguay: la pobreza como umbral de resistencia al descenso. (S. Cavenaghi, & W. Cabella, Edits.) *Serie de investigaciones ALAP*(3), 185-206.

Veiga, D. (2015). *Desigualdades Sociales y Territoriales en Uruguay.* Montevideo: Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Udelar.

Veiga, D., & Rivoir, A. (2008). Fragmentación socioeconómica y segregación urbana en Montevideo. *Revista Ciudad y Territorio. Estudios Territoriales*, XL(158), 661-680.

ANEXOS

1. Tipología de la fecundidad adolescente

La tipología se diseña a partir del comportamiento reproductivo de las adolescentes en las áreas de precariedad socioeconómica del Gran Montevideo con una desagregación territorial que permite identificar regiones. Esta tipología se georeferencia, lo que permite mostrar la heterogeneidad del comportamiento reproductivo en las jóvenes en las áreas que aparecían según estudio anterior (Varela Petito, Pardo, Lara, Nathan, & Tenenbaum, 2014) como muy homogéneas. Ello posibilita focalizar las áreas de intervención de los Programas en salud sexual y reproductiva; particularmente dirigido hacia la Estrategia Nacional para la prevención del embarazo no intencional en la adolescencia liderado por el Ministerio de Salud Pública.

La tipología de la fecundidad adolescente busca además dar cuenta de los factores que explican que adolescentes que aun residiendo en contextos de precariedad socioeconómica no realizan la transición a la maternidad en esta etapa del ciclo de la vida.

Universo

Gran Montevideo: se define como el departamento de Montevideo y las localidades de los departamentos de Canelones y San José que comprenden el área metropolitana según la definición del Instituto Nacional de Estadística (INE).

El Gran Montevideo comprende a 1.351 segmentos urbanos de los departamentos de Montevideo, Canelones y San José y los segmentos rurales del departamento de Montevideo.

Tabla 1. Localidades que integran el Gran Montevideo, según definición INE.

ÁREA	DPTOC_A GR	AGRUPACION_LOC _CEN	DPTOLOC	LOCALIDAD_CEN SAL	Zonas
Urbana	03021	PF Canelones	00000		3452
Urbana	03021	PF Canelones	03221	Las Piedras	1018
Urbana	03021	PF Canelones	03321	La Paz	265
Urbana	03021	PF Canelones	03322	Pando	393
Urbana	03021	PF Canelones	03421	Progreso	348
Urbana	03021	PF Canelones	03521	Juan Antonio Artigas	209
Urbana	03021	PF Canelones	03522	Fracc. Cno. Maldonado	207
Urbana	03021	PF Canelones	03523	Colonia Nicolich	124
Urbana	03021	PF Canelones	03524	Joaquín Suárez	126
Urbana	03021	PF Canelones	03529	Villa Crespo y San Andrés	150
Urbana	03021	PF Canelones	03530	Fracc. Cno.del Andaluz	161
Urbana	03021	PF Canelones	03631	Toledo	84
Urbana	03021	PF Canelones	03634	Fracc. sobre R.74	45
Urbana	03021	PF Canelones	03731	Aerop. Internac. de Carrasco	8
Urbana	03021	PF Canelones	03733	Villa Aeroparque	62
Urbana	03021	PF Canelones	03825	Barrio Cópola	12

Urbana	03021	PF Canelones	03827	Costa y Guillamón	4
Urbana	03021	PF Canelones	03832	Olmos	17
Urbana	03021	PF Canelones	03833	Parada Cabrera	11
Urbana	03021	PF Canelones	03837	Villa Felicidad	24
Urbana	03021	PF Canelones	03838	Villa Paz S.A.	8
Urbana	03021	PF Canelones	03839	Villa San José	32
Urbana	03021	PF Canelones	03880	Villa San Felipe	7
Urbana	03021	PF Canelones	03881	Villa Hadita	7
Urbana	03021	PF Canelones	03911	Viejo Molino - San Bernardo	13
Urbana	03021	PF Canelones	03912	Estanque de Pando	12
Urbana	03021	PF Canelones	03913	Jardines de Pando	19
Urbana	03021	PF Canelones	03944	Fracc. Progreso	3
Urbana	03021	PF Canelones	03945	Instituto Adventista	10
Urbana	03021	PF Canelones	03948	Barrio La Lucha	6
Urbana	03021	PF Canelones	03978	Seis Hermanos	14
Urbana	03021	PF Canelones	03984	Villa Porvenir	7
Urbana	03021	PF Canelones	03989	Villa El Tato	14
Urbana	03021	PF Canelones	03990	Villa San Cono	5
Urbana	03021	PF Canelones	03992	Colinas de Carrasco	26

Urbana	03021	PF Canelones	03998	Asentamiento R.6 Km 24.50	1
Urbana	03020	PF Ciudad de la Costa	03020		2022
Urbana	03020	PF Ciudad de la Costa	03525	Paso de Carrasco	181
Urbana	03020	PF Ciudad de la Costa	03633	San José de Carrasco	125
Urbana	03020	PF Ciudad de la Costa	03722	Barra de Carrasco	100
Urbana	03020	PF Ciudad de la Costa	03727	Parque Carrasco	164
Urbana	03020	PF Ciudad de la Costa	03732	Solymer	285
Urbana	03020	PF Ciudad de la Costa	03828	El Pinar	497
Urbana	03020	PF Ciudad de la Costa	03831	Lagomar	159
Urbana	03020	PF Ciudad de la Costa	03835	Shangrilá	54
Urbana	03020	PF Ciudad de la Costa	03939	El Bosque	16
Urbana	03020	PF Ciudad de la Costa	03953	Lomas/Médanos Solymer	352
Urbana	03020	PF Ciudad de la Costa	03987	Colinas de Solymer	32
Urbana	03020	PF Ciudad de la Costa	03993	Lomas de Carrasco	35
Urbana	03020	PF Ciudad de la Costa	03994	Carmel	15
Urbana	03020	PF Ciudad de la Costa	03995	Barrio Asunción	1
Urbana	03020	PF Ciudad de la Costa	03996	Quintas del Bosque	1
Urbana	03020	PF Ciudad de la Costa	03997	Altos de la Tahona	5

Urbana	16020	PF San José	16020		617
Urbana	16020	PF San José	16521	Delta del Tigre y Villas	405
Urbana	16020	PF San José	16722	Santa Mónica	44
Urbana	16020	PF San José	16824	Playa Pascual	105
Urbana	16020	PF San José	16829	Safici (Pque.Postel)	17
Urbana	16020	PF San José	16950	Monte Grande	40
Urbana	16020	PF San José	16960	Cerámicas del Sur	6
Urbana	01010	Montevideo	01020	Montevideo	11102
Urbana	01010	Montevideo	01621	Abayubá	14
Urbana	01010	Montevideo	01622	Santiago Vázquez	42
Urbana	01010	Montevideo	01721	Pajas Blancas	33
Urbana	01010	Montevideo	01900	Rural	850

Fuente: Elaboración propia en base a INE

Segmentos con paridez media acumulada de 15 a 19 años mayor a 0,11. A partir de la base del Gran Montevideo, se focaliza el estudio en aquellas áreas donde la fecundidad de las adolescentes es elevada de acuerdo a los promedios departamentales y nacionales, fundamentado en los resultados que se observan a partir del Atlas sociodemográfico de fecundidad y de desigualdad del Uruguay (Varela Petito, Pardo, Lara, Nathan, & Tenenbaum, 2014).

La base del Gran Montevideo con paridez media acumulada adolescente 15 a 19 años mayor o igual a 0,11, queda conformada por 414 segmentos censales que incluyen áreas urbanas de Montevideo, San José y Canelones y áreas rurales del departamento de Montevideo. Son 136.542 hogares, y excepto 8 segmentos, todos los segmentos tienen más de 30 hogares. De

estos 8 segmentos, uno solo tiene 12 hogares y los otros siete tienen más de 24 hogares, por lo que se asume es una base robusta (Tabla 2).

Tabla 2. Segmentos incluidos en la base con menos de 30 hogares.

Código de Segmento	Cantidad de hogares
114015	12
111083	24
113113	24
117036	24
337030	24
109056	25
199110	25
109055	27
116139	29

Fuente: Elaboración propia en base a censo 2011

Dada la localización de la fecundidad en adolescentes, e identificados los segmentos censales superiores a paridez media acumulada de las mujeres adolescentes (15-19 años), fueron descartados los segmentos censales localizados mayoritariamente en las áreas costeras.

Niveles de fecundidad adolescentes

En primera instancia se construyeron los indicadores de nivel de fecundidad: paridez media acumulada de adolescentes entre 15 y 19 años, paridez relativa de adolescentes entre 15 y 19 años, paridez media acumulada de jóvenes entre 20 y 21 años (final de la adolescencia); paridez relativa de jóvenes entre 20 y 21 años, paridez relativa joven iniciaron la maternidad en la adolescencia (antes de los 20 años).

Posteriormente se procedió a georeferenciar los indicadores. Las categorías asignadas para georeferenciar los indicadores de nivel de la fecundidad, se construyeron a partir del análisis

de la distribución de los mismos. Los cinco indicadores se distribuyeron en cuatro categorías, tres de las cuales acumulan prácticamente tercios y la cuarta categoría marginal (entre 3 y 8%). La misma en todos los casos es la que presenta el promedio de hijos por mujer más elevado.

Se analizaron los mapas (borradores) de acuerdo a la distribución de los indicadores en el territorio. Se observaron áreas territoriales coincidentes entre los distintos indicadores. Ello es fundamental para la agregación de segmentos censales para realizar la caracterización sociodemográfica de las adolescentes y las jóvenes que realizaron la transición a la maternidad en la adolescencia. Ello permitirá una primera aproximación a tipificar los distintos patrones de comportamiento reproductivo de las adolescentes en áreas del Gran Montevideo.

A partir de los mapas se decidió agrupar segmentos censales a partir de la distribución geográfica de la paridez media acumulada de adolescentes (15 a 19 años). Se justifica dado que la definición de las áreas a estudiar en el Gran Montevideo se realizó a partir de este indicador.

Se definieron 4 categorías de análisis que dan cuenta de los niveles de fecundidad adolescente.

Tabla 3. Tipología de Paridez Media Acumulada de Adolescentes de 15 a 19 años, distribución de segmentos y población de adolescentes madres y no madres. Gran Montevideo, 2011

Tipología de comportamiento reproductivo de las adolescentes	Paridez Media Acumulada Adolescente 15 a 19 años	% relativo	Cant. Segm.	Adolescentes Mujeres de 15 a 19 años			
				Madres	No madres	Total	% madres / total adolescentes
Nivel 1: PMA adolescente media	0,11 – 0,12	33%	91	527	4.405	4.932	10,7%
Nivel 2: PMA adolescente media alta	0,13 - 0,17	31%	174	1.629	10.653	12.282	13,3%
Nivel 3: PMA adolescente alta	0,18 - 0,28	31%	130	1.632	7.565	9.197	17,7%
Nivel 4: PMA adolescente muy alta	0,29 - 1	5%	19	91	182	273	33,0%
Totales		100%	414	3.879	22.805	26.684	14,5%

Fuente: elaboración propia a partir del Censo de Población y Viviendas 2011, INE

Si bien el nivel 1 se denomina como nivel medio -de paridez media acumulada adolescente- es importante destacar que los valores correspondientes a este nivel ya son elevados, porque suponen niveles de fecundidad adolescente iguales o mayores al promedio país (0,11).

Las categorías que componen la tipología se dividen prácticamente en tercios, ya que el nivel 4 que refiere a la paridez media acumulada con niveles muy altos (0,29 a 1), alcanza solo el 5% de los segmentos estudiados. Si bien es muy marginal en su representación estadística, se consideró importante no incluirlo dentro del nivel 3, ya que da cuenta de una situación muy elevada de fecundidad adolescente y en esos segmentos el porcentaje de adolescentes que son madres alcanza el 33%.

2. Definición de indicadores

Indicadores de Fecundidad

A partir del universo de estudio (territorio y población), se calculan los indicadores de fecundidad adolescente y joven los cuáles se georeferenciaron se define rangos que permiten un análisis de los indicadores socio-económicos que intervienen en el comportamiento reproductivo, diferenciado según los niveles de fecundidad adolescente (paridez media acumulada adolescente) que hay en el territorio.

Paridez media acumulada: es el número medio de hijos tenidos hasta determinada edad, que en promedio acumulan las mujeres de cada cohorte de edad (es decir las mujeres que tuvieron y no tuvieron hijos). En este trabajo se considera la paridez media acumulada de las mujeres entre 15 y 19 años y la paridez media acumulada a las mujeres entre 20 y 21 años.

Maternidad: es el porcentaje de mujeres de cada cohorte que tuvieron hijos sobre el total de mujeres

Operacionalización de indicadores de fecundidad

- TH: Total de hijos tenidos (tothijos) por las mujeres hasta determinada edad
- Tuvhij: Tuvo hijos

Paridez media acumulada de mujeres de 15 a 19 años

PMAA 15-19= TH de mujeres de 15 a 19 años/Total de mujeres de 15 a 19 años (incluye en el denominador las que tuvieron y no tuvieron hijos)

Paridez media acumulada de mujeres de 20 a 21 años

PMAJ 20-21= TH de mujeres de 20 a 21 años/Total de mujeres de 20 a 21 años (incluye en el denominador las que tuvieron y no tuvieron hijos)

Paridez adolescente 15 a 19 años (relativa)

PRA 15-19= TH de mujeres de 15 a 19 años/Total de mujeres de 15 a 19 años que tuvieron hijos (no incluye en el denominador las que no tuvieron hijos)

Paridez joven 20 a 21 años (relativa)

PRJ 20-21= TH de mujeres de 20 a 21 años/Total de mujeres de 20 a 21 años que tuvieron hijos (no incluye en el denominador las que no tuvieron hijos)

Paridez de mujeres que tuvieron hijos en la adolescencia, antes de los 20 años

PA= TH de mujeres de 20 a 21 años Tuvhij<20 años/Total de mujeres de 20 a 21 años y Tuvhij<20 años

Categorías de indicadores de fecundidad

En base a la distribución de cada uno de los indicadores de fecundidad se definieron las siguientes categorías para su análisis y posterior georeferenciación

Niveles de paridez adolescente 15- 19 años, cantidad de segmentos en el nivel y cantidad de adolescentes madres y no madres en el nivel

Nivel de Paridez Adolescente 15 a 19 años	% Relativo	Cantidad de Segmentos	Adolescentes Mujeres de 15 a 19 años		
			Total madres	Total no madres	Total adolescentes
1,00 – 1,04	37,0%	153	825	5065	5890
1,05-1,17	28,5%	118	1737	9513	11250
1,18-1,50	30,9%	128	1280	7916	9196
1,51-4,00	3,6%	15	37	311	348
Totales	100,0%	414	3879	22805	26684

Fuente: elaboración propia a partir del Censo de Población y Viviendas 2011, INE

Niveles de paridez media acumulada joven 20-21 años, cantidad de segmentos en el nivel y cantidad de madres y no madres en el nivel

Paridez Media Acumulada Joven 20 a 21 años	% relativo	Cantidad de Segmentos	Jóvenes Mujeres de 20 a 21 años		
			Madres	No Madres	Total
0,0 - 0,4	33,2%	135	694	1607	2301
0,41 - 0,60	32,2%	131	1693	2110	3803
0,61-1,00	32,1%	131	1612	2077	3689
1,13-3,00	2,5%	10	32	102	134
Totales	100.0%	407	4031	5896	9927

Fuente: elaboración propia a partir del Censo de Población y Viviendas 2011, INE

Niveles de Paridez joven 20-21 años, cantidad de segmentos en el nivel y cantidad de jóvenes madres y no madres en el nivel

Paridez Joven 20 a 21 años	% relativo	Cantidad de Segmentos.	Jóvenes Mujeres de 20 a 21 años		
			Madres	No Madres	Total
1,00-1,19	31,8%	123	807	1589	2396
1,20 -1,37	34,3%	133	1754	2182	3936
1,38-1,90	30,3%	117	1438	1876	3314
2,00-4,00	3,6%	14	32	102	134
Totales	100.0%	387	4031	5749	9780

Fuente: elaboración propia a partir del Censo de Población y Viviendas 2011, INE

Niveles de paridez de mujeres jóvenes de 20 a 21 años que iniciaron la maternidad antes de los 20 años (en la adolescencia), cantidad de segmentos en el nivel y cantidad de adolescentes madres y no madres en el nivel

Paridez media % relativo acumulada de jóvenes de 20 a 21 años, que iniciaron la maternidad en la adolescencia	Cantidad de Segmentos	Jóvenes mujeres 20 a 21 años			
		Total jóvenes que iniciaron la maternidad en la adolescencia	Total jóvenes que no iniciaron la maternidad en la adolescencia	Total jóvenes mujeres	
1,00 - 1,23	29,8%	111	52	471	523
1,24 - 1,49	31,0%	115	416	855	1271
1,50 - 1,90	31,1%	116	434	489	923
2,00-4,00	8,1%	30	62	20	82
Totales		372	964	1835	2799

Fuente: elaboración propia a partir del Censo de Población y Viviendas 2011, INE

Indicadores de Educación

Educación de las jóvenes, se construye a partir de los años de educación alcanzados. Se definieron tres niveles:

Educación baja: Primaria completa y dos años de Ciclo Básico de Secundaria (hasta ocho años de educación).

Educación media: Ciclo Básico de Secundaria completo y Segundo Ciclo de Secundaria Incompleto (de nueve a once años de educación)

Educación alta: Secundaria Completa y más (doce y más años).

Clima educativo del hogar, se construyen dos indicadores:

Promedio de educación del hogar: promedio de años de estudio de los integrantes del hogar

Adultos con doce años y más de educación: presencia de al menos un adulto mayor de 18 años, con doce años y más de educación

Indicadores de Carencias críticas

Necesidades Básicas Insatisfechas. Las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) se refieren al acceso de: vivienda decorosa, abastecimiento de agua potable, servicio sanitario, energía eléctrica, artefactos básicos de confort, educación (Calvo, y otros, 2013).

Dimensión	Indicadores	Umbrales
Vivienda decorosa	Materialidad	El hogar habita una vivienda con techos o paredes construidas predominantemente con materiales de desecho, o piso de tierra sin piso ni contrapiso
	Espacio habitable, hacinamiento	Más de dos miembros del hogar por habitación en la vivienda (excluyendo baño y cocina).
	Espacio apropiado para cocinar	El hogar habita una vivienda que no cuenta con un espacio para cocinar con canilla y pileta
Abastecimiento de agua potable	Origen y llegada de agua a la vivienda	El agua no llega por cañería dentro de la vivienda que habita el hogar, o su origen no es red general o pozo surgente protegido.
Servicio Higiénico	Acceso y calidad del servicio higiénico.	El hogar no accede a baño de uso exclusivo o la evacuación del servicio sanitario no es a través de la red general, fosa séptica o pozo negro.
Energía eléctrica	Acceso a energía eléctrica	El hogar no cuenta con energía eléctrica en la vivienda que habita.
Artefactos básicos de confort	Calefacción	El hogar no cuenta con ningún medio para calefaccionar la vivienda que

		habita.
	Conservación de alimentos	El hogar no cuenta con heladera o freezer.
	Calentador de agua para el baño	El hogar no posee calefón, termofón, caldereta o calentador instantáneo.
Educación	Asistencia a enseñanza formal de niños y adolescentes	Al menos un integrante del hogar con edad comprendida entre los 4 y los 17 años no se encuentra asistiendo a un centro educativo formal, no habiendo finalizado enseñanza secundaria.

Reclusión en el ámbito doméstico. Este indicador se refiere a los jóvenes en edad de estudiar y trabajar (14 años y más), que no estudian ni trabajan (Varela Petito & Fostik, 2011)

Hogar con jubilado: Este indicador refiere a los hogares en los cuales al menos uno de los miembros percibe una jubilación o pensión.

Hogar extendido o compuesto: Es un indicador sobre la composición del hogar de la adolescente. Identifica si el hogar incluye entre sus miembros a algún pariente como tíos, abuelos, primos u otro no pariente etc. (estas relaciones de parentesco son respecto al jefe de hogar y no a la adolescente). Este indicador para este estudio tiene limitaciones ya que refiere a la composición actual del hogar de las jóvenes de 20 a 21 años y no necesariamente refleja la conformación del hogar en la etapa de la adolescencia.

3. Definición de los modelos econométricos

Para identificar los factores que expliquen el retraso de la edad de inicio de la trayectoria reproductiva en adolescentes que presentan contextos sociales y económicos críticos se propone realizar un modelo econométrico que permita analizar la probabilidad de ser madre antes de los 20 años. Específicamente se trata de un modelo econométrico probit de función normal, a partir de variables que corresponden tanto a atributos de la adolescente como del hogar, utilizando los microdatos censales de 2011. En este modelo la variable dependiente es la condición de ser madre a los 19 años, que puede adoptar dos valores: 1= ser madre y 0= no ser madre. Las variables explicativas o regresores del modelo que se van a considerar son:

- Características individuales:
 - Condición de actividad en el mercado laboral (activa=1, inactiva=0)
 - Años de educación alcanzados por la adolescente, mediante las tres categorías (1=hasta 6 años, 2= entre 6 y 9 años, 3= 10 años y más)
 - Clima educativo del hogar (educación alcanzada de las madres de las adolescentes) mediante las tres categorías (1=hasta 6 años, 2= entre 6 y 9 años, 3= 10 años y más)
- Características del hogar:
 - Clima educativo del hogar (educación alcanzada de las madres de las adolescentes) mediante las tres categorías (1=hasta 6 años, 2= entre 7 y 9 años, 3= 10 años y más)
 - Composición del hogar de la adolescente (hogar extendido o compuesto=1, hogar no extendido o no compuesto=0)
 - Hogar con al menos un jubilado (hogar con jubilado=1, hogar sin jubilado=0)
 - Hogar con al menos un adulto con nivel educativo secundaria finalizado (hogar con adulto nivel secundaria=1, hogar sin adulto con nivel secundaria=0)
 - Necesidades básicas insatisfechas en las dimensiones hacinamiento, materialidad y elementos de confort. Cada variable tomó el valor 1 si la mujer al finalizar la adolescencia, vivía en un hogar con esa carencia y 0 si la necesidad se encontraba cubierta.

4. Plan de análisis de procesamiento

Indicadores de Fecundidad y maternidad

Paso 1. Variables a construir

Variables a construir	Variables a usar	Nombre variable	Universo	Desagregación geográfica
1. Total de hijos nacidos vivos de las mujeres de 20 a 21 años que tuvieron su primer hijo entre los 20 y 21 años	HIJOS NACIDOS VIVOS	PerFM01	Mujeres de 20 a 21 años (juntas)	Segmento
	AÑO DE NACIMIENTO DEL PRIMER HIJO/A	PerFM05		
2. Total de hijos nacidos vivos de las mujeres de 20 a 21 años que tuvieron su primer hijo antes de los 20 años (por edades simples entre 15 y 19 años)	HIJOS NACIDOS VIVOS	PerFM01	Mujeres de 20 a 21 años	Segmento
	AÑO DE NACIMIENTO DEL PRIMER HIJO/A	PerFM05		
3. Número de hijos tenidos por las mujeres de 20 a 21 años que tuvieron sus hijos entre los 15 y 19 años, discriminados en: 1 hijo, 2 hijos, 3 y más hijos	HIJOS NACIDOS VIVOS	PerFM01	Mujeres de 20 a 21 años	Segmento
4. Edad al primer hijo de las mujeres de 20 a 21 años que iniciaron la maternidad antes de los 20 años (entre 15 y 19 años)	HIJOS NACIDOS VIVOS	PerFM01	Mujeres de 20 a 21 años	Segmento
	AÑO DE NACIMIENTO DEL PRIMER HIJO/A	PerFM05		
5. Mujeres 20-21 años con hijos que tuvieron su primer hijo antes de los 20 años (por edades simples entre 15 y 19 años)	HIJOS NACIDOS VIVOS	PerFM01	Mujeres de 20 a 21 años	Segmento
	AÑO DE NACIMIENTO DEL PRIMER HIJO/A	PerFM05		
6. Mujeres 20-21 años sin hijos	HIJOS NACIDOS VIVOS	PerFM01	Mujeres de 20 a 21 años	Segmento
7. Mujeres 20-21 años que tuvieron su primer hijo entre los 20 y 21 años	HIJOS NACIDOS VIVOS	PerFM01	Mujeres de 20 a 21 años	Segmento
	AÑO DE NACIMIENTO DEL PRIMER HIJO/A	PerFM05		
8. Total de mujeres de 20 a 21 años (con y sin hijos)				
9. Total de hijos tenidos de mujeres de 15 a 19 años	HIJOS NACIDOS VIVOS	PerFM01		
10. Total de mujeres de 15 a 19 años				

Paso 2. Cálculo de indicadores

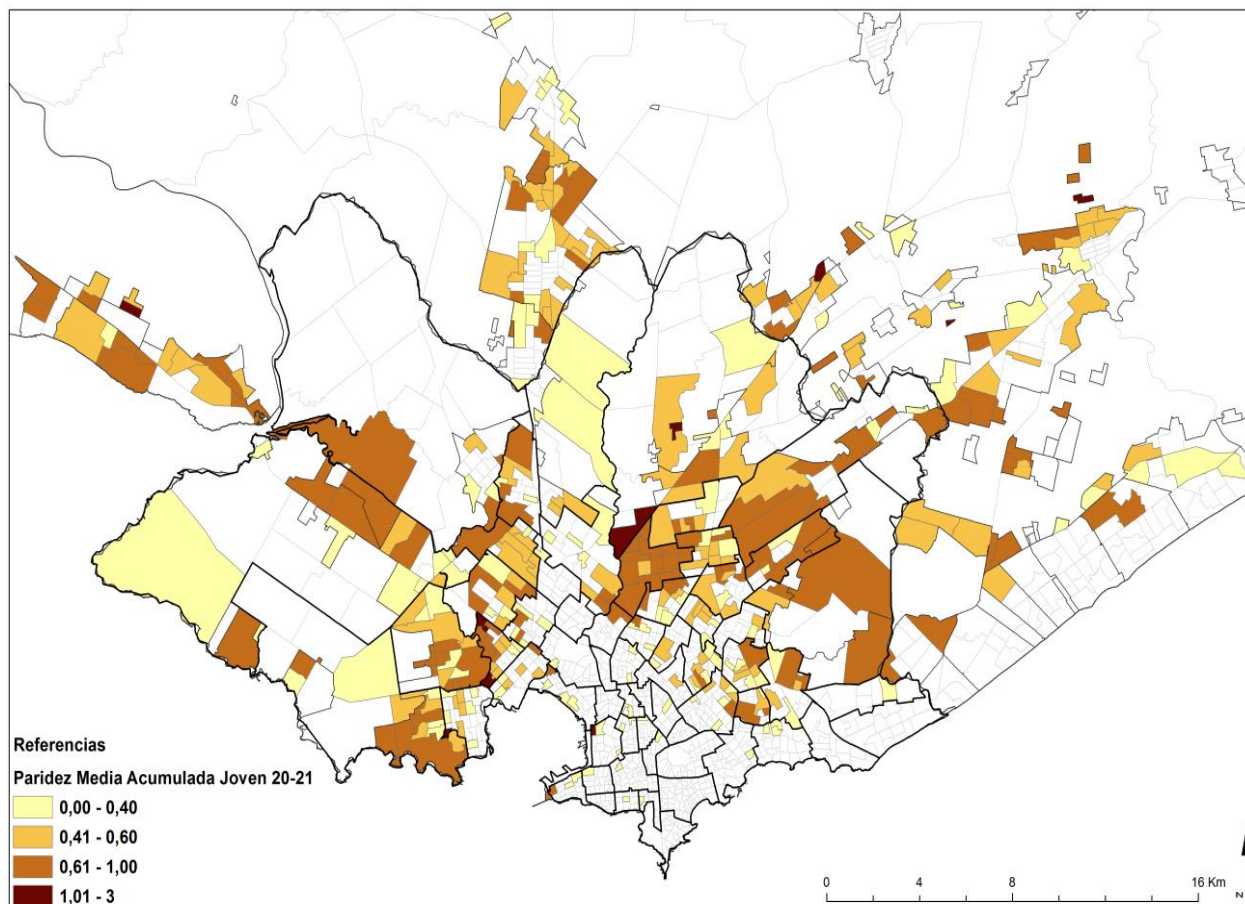
	Cálculo (Número de indicador tabla anterior)
Paridez Tuvo hijo <20 (PJA- Jóvenes 20-21 iniciaron antes de los 20 años)	2 // 5
Paridez Joven (PRJ 20-21 años iniciaron entre 20-21)	1//7
Paridez Media Acumulada Joven(PMAJ) Real	1+2//8
Paridez Media Acumulada Adolescente (PMAA) Real	9//10
Paridez adolescente (PRA)	
Porcentaje de jóvenes de 20 y 21 que iniciaron la maternidad antes de los 20 años	5//8
Porcentaje de jóvenes que iniciaron la maternidad entre los 15 y los 19 según número de hijos (1, 2, 3 y más)	5//8

Indicadores de contexto sociodemográfico y socioeconómico

Indicadores a construir	Categorías/Unidad	Variabes a usar
Educación		
Asistencia a un centro educativo	Asiste/No asiste	ASISTENCIA ACTUAL A ESTABLECIMIENTO DE ENSEÑANZA
Años de estudio	Nivel educativo de la joven (educación alcanzada): hasta 8 años, 9-10 y 11, -12 y más	Años alcanzados
Adultos en el hogar que finalizan la secundaria (mayores de 18 años)	Cantidad de años	12 años y más aprobados
Clima educativo del hogar: promedio de años de estudio de los integrantes del hogar (mayores de 18 años)	Cantidad en años	Años alcanzados
Situación socioeconómica		
Actividad económica	Activa (ocupada/desocupada)// No activa	
NBI	0, 1 a 2 NBI, 3 y más, NBS, y NBI Vivienda y Hacinamiento	(Base Hogares) Cantidad de NBI y NBI Vivienda
Reclusión en el ámbito doméstico	Recluida/No recluida	Actividad económica y PerEd00
Características de hogar y situación conyugal		
Hogar extendido o compuesto	compuesto y extendido.	
Tamaño del hogar	Número promedio de personas en el hogar	INTEGRANTES DEL HOGAR
Feminización del hogar	Relación de mujeres sobre hombres en el hogar	Cantidad de mujeres%cantidad de hombres
Presencia de menores en el hogar	Número de menores de 18 % total de integrantes mayores de 18 años	Cantidad de Menores de 18 años en el hogar % Total de integrantes del hogar
Cantidad de activos/inactivos (jubilados, pensionistas) en el hogar		

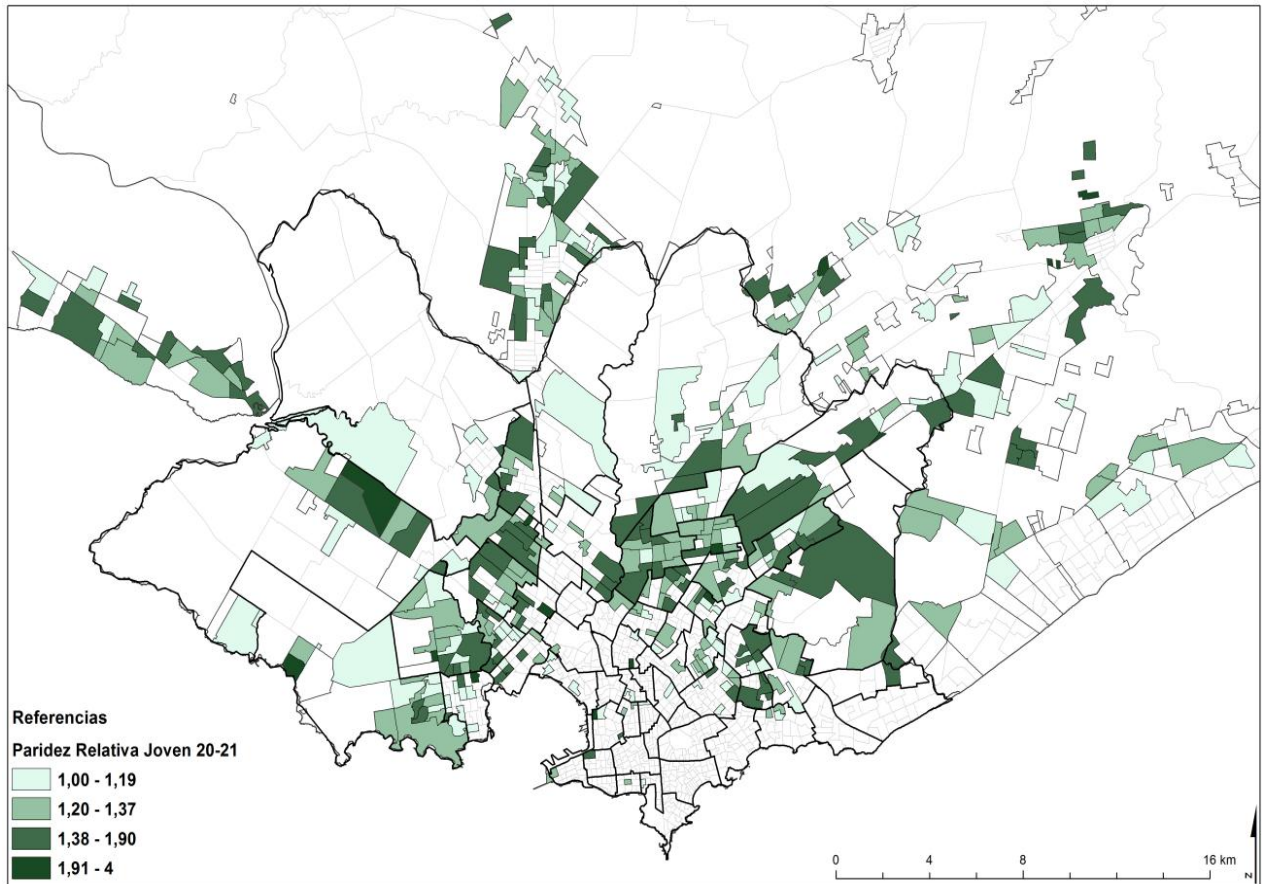
5. Planos

Mapa 1. Paridez Media Acumulada en jóvenes de 20 y 21 años, Gran Montevideo, segmentos seleccionados, 2011



Fuente: elaboración propia en base a Censo 2011

Mapa 2. Paridez en jóvenes de 20 y 21 años, Gran Montevideo, segmentos seleccionados, 2011



Fuente: elaboración propia en base a Censo 2011

6. Tablas

Tabla 4. Ratio de mujeres promedio del hogar de las jóvenes de 20-21 madres y no madres, según áreas de nivel de fecundidad, Gran Montevideo, 2011

		Media	Total abs.
MADRES	PMA Adolescente media	1,4292	451
	PMA Adolescente media alta	1,4123	1247
	PMA Adolescente alta**	1,4465	1073
	PMA Adolescente muy alta*	1,1190	28
NO MADRES	PMA Adolescente media	1,7253	1255
	PMA Adolescente media alta	1,7136	2998
	PMA Adolescente alta**	3,5310	2024
	PMA Adolescente muy alta*	1,6326	67

Fuente: elaboración propia en base a Censo 2011 *Cantidad de casos estadísticamente insuficientes

**Los valores del área con PMA adolescente alta presentan dificultades para el análisis pues se registran cifras atípicas en la cantidad de miembros del hogar en algunos hogares que probablemente se deban a errores de digitación. Por lo tanto estos datos deben ser tratados con precaución.

Tabla 5. Años de estudio en tramos, jóvenes de 20 y 21 años madres y no madres

	hasta 8	9 a 11	12 y mas	Total	Total abs
No madre	28,1%	43,1%	28,8%	100,0%	6344
madre	68,0%	29,2%	2,8%	100,0%	2799

Fuente: elaboración propia en base a Censo 2011

Tabla 6. Índice de masculinidad del hogar, jóvenes de 20 y 21 años madres y no madres

	Media	Total abs	Desviación típ.	Error típ. de la media
Madre	1,4249	2662	1,02757	,01992
No madre	2,2935	5960	15,07597	,19528

Fuente: elaboración propia en base a Censo 2011

Tabla 7. Promedio de personas en el hogar, jóvenes de 20 y 21 años madres y no madres

	Media	Total abs	Desviación típ.	Error típ. de la media
Madre	4,75	2799	2,265	,043
No madre	4,86	6743	14,528	,177

Fuente: elaboración propia en base a Censo 2011

Tabla 8. Promedio de niños en el hogar, jóvenes de 20 y 21 años madres y no madres

	Media	Total abs	Desviación típ.	Error típ. de la media
Madre	2,2001	2799	1,70270	,03218
No madre	1,0937	6743	1,69810	,02068

Fuente: elaboración propia en base a Censo 2011

Tabla 9. Años de educación por tramos, jóvenes de 20 y 21 años, madres y no madres

		Años de educación				
Nivel de fecundidad		hasta 8	9 a 11	12 y mas	Total	Total abs.
No madre	PMA Adolescente media	24,1%	42,5%	33,3%	100,0%	1255
	PMA Adolescente media alta	26,8%	42,8%	30,4%	100,0%	2998
	PMA Adolescente alta	32,4%	43,9%	23,7%	100,0%	2024
	PMA Adolescente muy alta*	34,3%	40,3%	25,4%	100,0%	67
Madre	PMA Adolescente media	65,2%	31,9%	2,9%	100,0%	6344
	PMA Adolescente media alta	66,2%	30,2%	3,6%	100,0%	451
	PMA Adolescente alta	70,8%	27,4%	1,8%	100,0%	1247
	PMA Adolescente muy alta*	89,3%	7,1%	3,6%	100,0%	1073

Fuente: elaboración propia en base a Censo 2011