



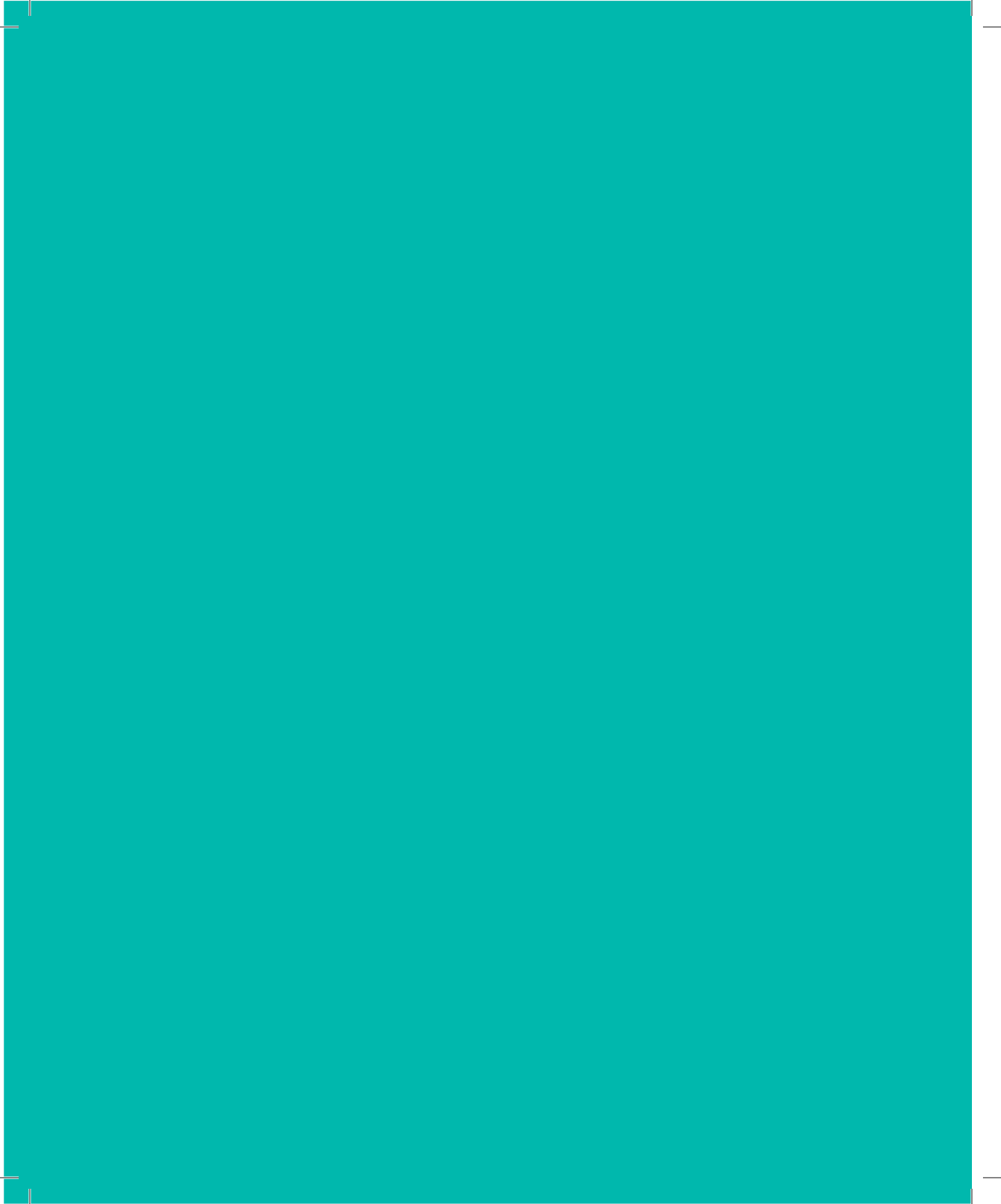
adolescentes y sexualidad

**investigación, acciones y
política pública en uruguay**

(2005 – 2014)

Alejandra López Gómez (coordinación)

**Beatriz Abero | Leticia Benedet | Rossana Blanco | Cecilia Lara
| Pablo López | Valeria Ramos | Sabrina Rossi | Carmen Varela**









adolescentes y sexualidad

investigación, acciones y
política pública en uruguay

(2005 – 2014)



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Instituto de
**PSICOLOGÍA
DE LA SALUD**
*Programa Género, Salud
Reproductiva y Sexualidades*

Apoya:



MONTEVIDEO – URUGUAY
2015

© Programa de Género, Salud Reproductiva y Sexualidades. Instituto Psicología de la Salud, Facultad de Psicología, Universidad de la República

La reproducción total o parcial del contenido de esta publicación está permitida siempre y cuando se cite la fuente:

López Gómez, A. (coord.) (2015) Adolescencia y Sexualidad. INVESTIGACIÓN, ACCIONES Y POLÍTICA PÚBLICA EN URUGUAY (2005 – 2014). Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad de la República; UNFPA.

Coordinación general del estudio: Dra. Alejandra López Gómez

Autores: Beatriz Abero, Leticia Benedet, Rossana Blanco, Cecilia Lara, Alejandra López Gómez, Pablo López, Valeria Ramos, Sabrina Rossi y Carmen Varela.

Diseño: Erika Díaz

Diseño de tapa: Maca

Impreso en:

Depósito legal

ISBN

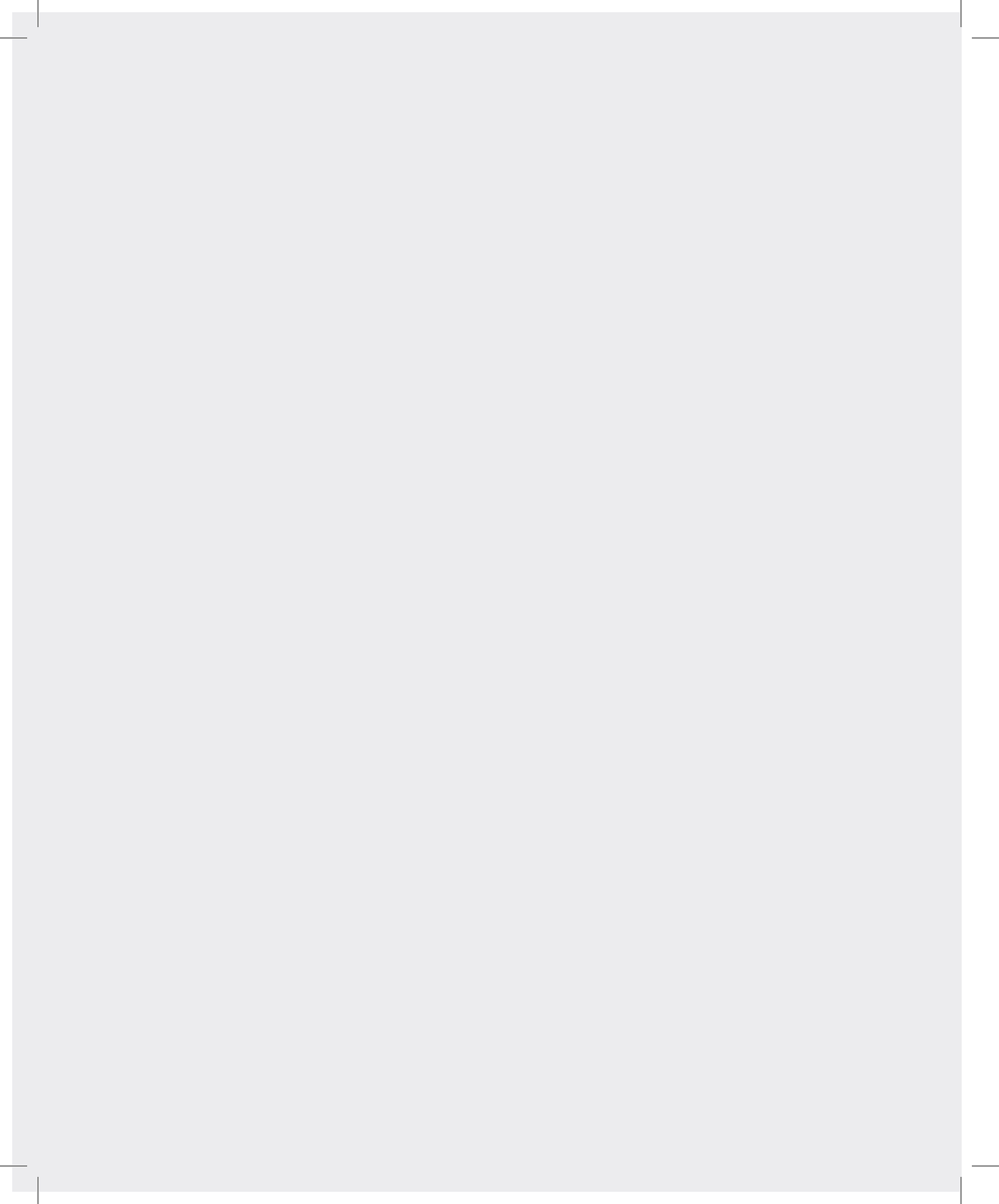
Los textos incluidos en esta publicación no reflejan necesariamente las opiniones del UNFPA, su Junta Directiva y Estados miembros. Este documento es para distribución general. Se reservan los derechos de autoría y se autorizan las reproducciones y traducciones siempre que se cite la fuente.

Apoya:



Índice

Presentación	9
CAPÍTULO 1. Consideraciones conceptuales: adolescencia, sexualidad y derechos <i>Valeria Ramos</i>	13
SECCIÓN I. El desarrollo de la investigación en adolescencia y sexualidad	31
CAPÍTULO 2. Temas emergentes y temas persistentes en la investigación nacional sobre adolescencia y sexualidad <i>Alejandra López</i>	33
CAPÍTULO 3. Producción nacional sociodemográfica sobre fecundidad, maternidad y paternidad en la adolescencia <i>Carmen Varela y Cecilia Lara</i>	53
SECCIÓN II. Acciones desde la sociedad civil y políticas públicas para garantizar derechos sexuales y reproductivos de adolescentes	89
CAPÍTULO 4. Una mirada a las acciones de las organizaciones de la sociedad civil <i>Pablo López</i>	91
CAPÍTULO 5. Acciones de los organismos del Estado sobre adolescencia y sexualidad <i>Rossana Blanco y Valeria Ramos</i>	103
CAPÍTULO 6. Espacios de Salud Adolescente y derechos sexuales y reproductivos. Un estudio sobre las percepciones de adolescentes y equipos técnicos de servicios públicos <i>Sabrina Rossi</i>	139
CAPÍTULO 7. La educación en el sistema educativo formal (2005-2009) <i>Leticia Benedet</i>	159
CAPÍTULO 8. La educación sexual como política pública en Uruguay <i>Beatriz Abero</i>	179
Anexos	195



Presentación

Este informe presenta los principales resultados obtenidos en el marco del proyecto *Adolescencia y sexualidad: investigación, acciones y política pública en Uruguay (2005-2014)*, el cual fue realizado por el equipo del Programa de Género, Salud Reproductiva y Sexualidades del Instituto de Psicología de la Salud de la Facultad de Psicología, con la participación de estudiantes de esta Facultad y de colaboradores/as de otras instituciones.

Este producto complementa el primer relevamiento sobre acciones y discursos en Uruguay respecto a la sexualidad y la adolescencia, que se realizó para el período 1995-2004 (López Gómez et al, 2005), a cargo del equipo de la entonces Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología¹. Aquel estudio y este que hoy presentamos fueron posibles con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

El proyecto se propuso como objetivo principal generar información sobre la producción de conocimiento, las acciones no gubernamentales y de política pública sobre sexualidad y adolescencia en Uruguay para el período 2005-2014. Sus objetivos específicos fueron:

1. Relevar y sistematizar las producciones de conocimiento publicadas sobre sexualidad, derechos y población adolescente y joven en Uruguay de modo de contar con un estado del arte actualizado de la producción nacional en este tema.
2. Relevar las acciones implementadas por organismos gubernamentales y organizaciones no gubernamentales en el campo de la sexualidad, la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y derechos reproductivos, identificando los enfoques, metodologías y valoraciones que sustentaron dichas acciones, según la perspectiva de actores involucrados tanto en la toma de decisiones como en el trabajo a terreno con adolescentes.
3. Analizar las demandas de conocimiento que requieren los actores gubernamentales y no gubernamentales que actúan en este campo como insumos para orientar sus estrategias y acciones.

La opción metodológica de recortar el estudio a los últimos diez años (2005-2014), respondió a la necesidad de actualizar el mapa sobre producción de conocimiento y acción social y política en este campo, el cual había sido relevado y analizado hasta el año 2004 en el anterior informe. De esta manera, disponemos de una sistematización que

¹ Desde 2011, la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género se integró al Instituto de Psicología de la Salud como Programa en Género, Salud Reproductiva y Sexualidades.

completa veinte años de análisis sobre el tratamiento que este tema ha tenido en nuestro país, tomando como punto de partida la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) del año 1994, por su relevancia ineludible en el reconocimiento y legitimación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la agenda pública.

Una segunda consideración respondió a recuperar lo generado en el país en estos últimos diez años, en un contexto caracterizado por un gobierno nacional del Frente Amplio que inició su primer período en el año 2005 y que continuó en un segundo período a partir del año 2010. Ello implicó, en términos generales, una continuidad de las líneas programáticas en distintos campos de la política pública que incluyó aquellas relacionadas con la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes.

Finalmente, el período abarca los últimos diez años de implementación de las recomendaciones emanadas de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, lo cual implicó a nivel global y regional, la concreción de diferentes instancias de evaluación y prospectiva de esta agenda para los próximos años. En este contexto, a nivel regional tuvo lugar en Montevideo, en setiembre de 2013, la reunión de CEPAL para la evaluación de los avances y los desafíos, que culminó con el Consenso de Montevideo, una plataforma de acuerdo regional robusta que orienta las acciones futuras.

El período que abarca este informe da cuenta del acumulado histórico reciente, para ubicar en clave prospectiva los principales desafíos para los actores gubernamentales, de la sociedad civil organizada y los productores de conocimiento que intervienen en este campo y que producen discursos con diferentes grados de eficacia simbólica, social y política.

La operacionalización de los objetivos específicos del estudio planteó desafíos y dificultades de distinto orden. Por un lado, el corto tiempo que se dispuso para realizar la tarea, exigió extremar el trabajo de recolección de información y priorizar fuentes e informantes. Se intentó en un lapso breve, de cuatro meses, desarrollar un trabajo intenso y complejo, con el mayor rigor y cuidado técnico y metodológico posible. No por ello, dejamos de ser conscientes de sus limitaciones y también de sus fortalezas.

Por otro lado, el período en el cual se desarrolló el trabajo de campo (entre setiembre y noviembre de 2014), en un contexto de elecciones nacionales, generó dificultades que se intentaron subsanar. Establecer la conexión con las autoridades responsables de los programas de interés para el estudio, no resultó tarea sencilla. Pero, a pesar del momento político de cambios importantes, se debe subrayar que se contó con disposición e interés de colaborar con la investigación y, las ausencias, fueron escasas.

Respecto a las organizaciones no gubernamentales, se definió realizar un relevamiento a través de la información disponible en sus portales web y mediante contacto telefónico sin incluir entrevistas personales. No fue posible relevar la perspectiva de aquellas organizaciones que desarrollan acciones en el interior del país. Se priorizó el análisis de

las acciones de políticas públicas, por considerar que la observancia de ese escenario tenía mayor relevancia en este período de estudio.

En materia de relevamiento de producciones científicas publicadas, las dificultades identificadas fueron de otro orden y refieren al incremento de publicaciones de investigación nacional en revistas indexadas internacionales. Para captar la mayor cantidad de artículos que pudieran haberse publicado, se realizó un relevamiento en las bases de datos de revistas indexadas, con especial foco en Scielo Uruguay, Latindex y Redylac. También se consultaron bibliotecas universitarias, repositorios disponibles on line y sitios web institucionales. Se constató que en el período de estudio, la producción fue significativamente mayor que en el período anterior, si bien muchas de las publicaciones recogen estudios realizados por otras fuentes y no refieren a nuevos estudios empíricos.

Para el relevamiento de información se contó con la participación de seis estudiantes de grado de la licenciatura en Psicología de la Facultad de Psicología, quienes en el marco de sus actividades curriculares participaron del proyecto: Eliana Bengoechea, Agustina De Avila, Julieta Alba Lima, María Jimena López, Solvey Rodríguez y Elizabeth Viera. Este grupo de estudiantes trabajó con la supervisión de Alejandra López, Pablo López y Rossana Blanco del Instituto de Psicología de la Salud. El equipo del Programa tuvo a su cargo la elaboración del capítulo 2, 4 y 5.

La elaboración del capítulo 1 sobre consideraciones conceptuales respecto a adolescentes y sexualidad estuvo a cargo de Valeria Ramos, quien también participó en la redacción del capítulo 5 sobre las acciones realizadas desde las políticas públicas. Este capítulo se complementa con el que presenta Sabrina Rossi sobre los Espacios Adolescentes en los servicios de salud, en el cual analiza el surgimiento de esta política pública y su desarrollo en el período de estudio desde las perspectivas de profesionales y adolescentes usuarios/as. La elaboración del capítulo 3 estuvo a cargo de Carmen Varela y Cecilia Lara del Programa de Población de la Facultad de Ciencias Sociales. Por su parte, Leticia Benedet (MIDES) elaboró el capítulo 6 y Beatriz Abero (Instituto de Formación Docente) el capítulo 7, ambos referidos a la política de Educación Sexual en Uruguay.

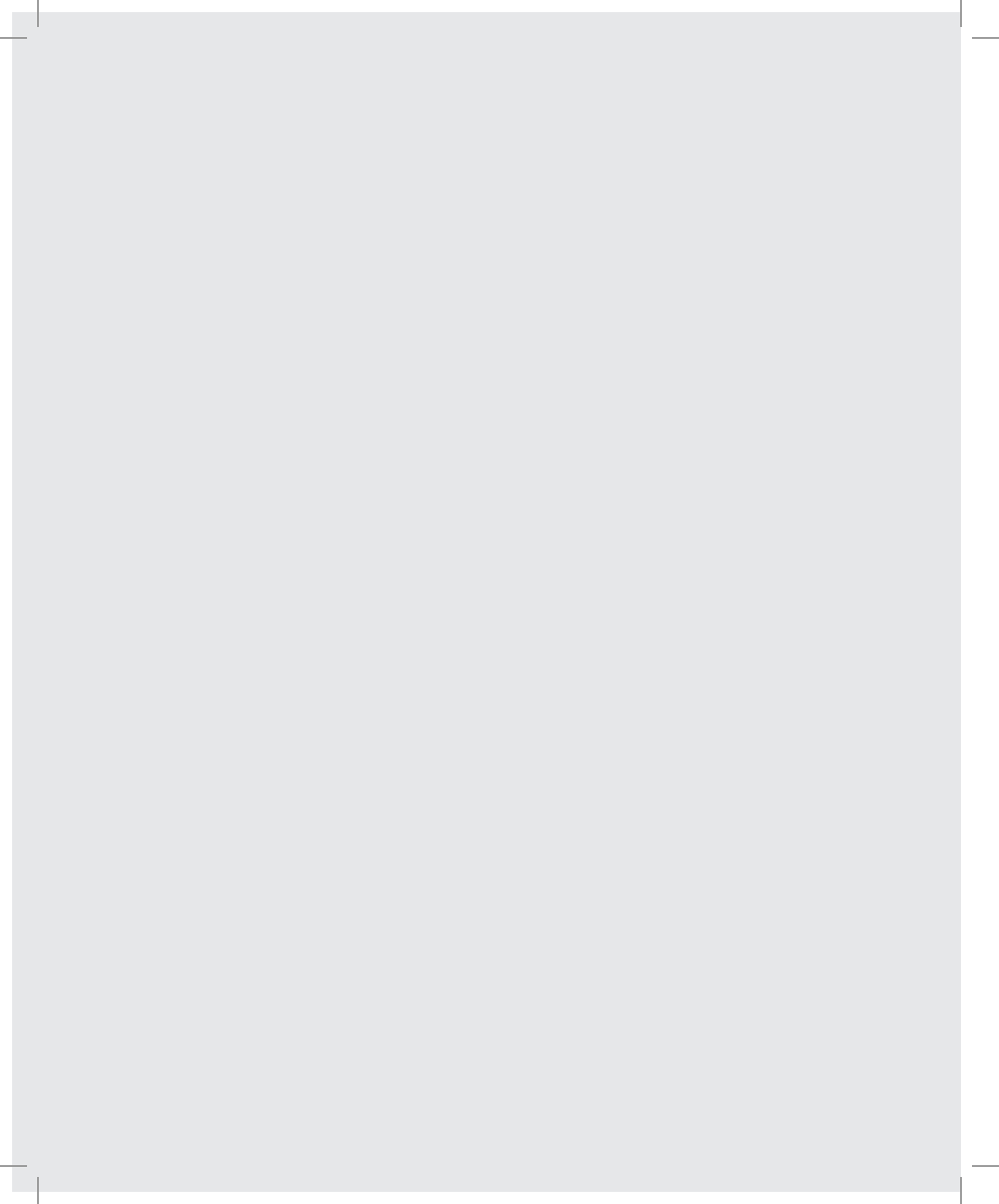
Los resultados que se presentan pretenden ser un insumo para el diseño, la implementación, la evaluación de políticas públicas dirigidas a la población adolescente y joven en el campo de la sexualidad y la promoción y defensa de sus derechos. Asimismo, aspira a incidir en la agenda de investigación en este campo, al ofrecer un “estado del arte” sobre los hallazgos disponibles y los desafíos existentes que permita enlazar - con mayor potencia - conocimiento y política, de modo de robustecer una relación virtuosa que necesita de más y mejores puentes de diálogo.

Prof. Agda. Dra. Alejandra López Gómez
Coordinadora del estudio



**Consideraciones
conceptuales: adolescencia,
sexualidad y derechos**

Valeria Ramos



CAPITULO 1

Consideraciones conceptuales: adolescencia, sexualidad y derechos

Valeria Ramos²

ADOLESCENCIA, ETAPA DE LA VIDA, CATEGORÍA SOCIAL, GENERACIÓN

A lo largo de la historia, las sociedades y culturas han conceptualizado al ciclo de vida de diferentes formas y lo han clasificado en diferentes etapas. Mientras antiguamente en latín se contaba con siete expresiones para nominar las etapas vitales, en el francés del Renacimiento eran tres: niñez, juventud y vejez (Ariès, 1962). La ciencia produjo conocimiento sobre las características y manifestaciones bio-psico-sociales de estos períodos evolutivos atribuyéndoles distintos significados. Durante mucho tiempo se enfatizó el carácter universal de las etapas de la vida. Sin embargo, esta idea ha sido problematizada concluyendo que no representan exclusivamente edades biológicas, sino que se trata de constructos socioculturales e históricos. A decir de Enrique Martín – Criado, *“las clases de edad son divisiones que se operan con base en una edad definida socialmente: infancia, juventud, vejez... Estas divisiones actúan como performativos: cada una de ellas supone una forma de pensamiento y comportamiento socialmente definida y los sujetos tienden a adecuarse a la definición social de la categoría en que se hallan incluidos. Estas clases de edad varían históricamente, tanto en los comportamientos que se les atribuyen como en el tramo de edad biológica que cubren”* (2005, p.88). Según Bourdieu (1990), la construcción de las clases de edad es el resultado de la lucha simbólica entre ellas.

Como producto de la modernidad y de la sociedad occidental, la adolescencia se particularizará como forma de cubrir las nuevas necesidades sociales. Las mismas estuvieron directamente relacionadas con las relaciones de género y de clase social. Para la cultura de la época era necesario contar con un grupo poblacional que se preparara para cumplir con los roles adultos de ese momento socio histórico. A decir de Ana María Fernández,

2 Valeria Ramos Brum es licenciada en Psicología (Facultad de Psicología, Universidad de la República). Magister en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP, FLACSO, Argentina). Doctoranda en Psicología (Facultad de Psicología – UdelaR). Oficial Nacional de Programa en salud sexual y reproductiva del Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA. vramos@unfpa.org

“los hechos históricos que puntúan la aparición de la adolescencia son diferentes para los niños que para las niñas, y dentro de ellos primero se adolentizan los niños de clases burguesas y nobles que los de sectores populares” (Fernández, 1994, p. 266). La primera necesidad era que los varones accedieran a la escuela y contaran con un período de capacitación para el trabajo, lo que excluía a varones pobres y a las mujeres pues no tenían acceso al derecho a la educación. Posteriormente, y como consecuencia de la reprobación del casamiento en la adolescencia, era necesario que las niñas burguesas y nobles contaran con ese mismo período de tiempo, pero en su caso para prepararse para el matrimonio, es decir para cumplir correctamente con su rol de *“madresposas”* y *“ser – para - otros”*³ impuestos por la cultura patriarcal. Pasará entonces más de un siglo para que a las niñas pobres se las identifique como adolescentes.

Uruguay no se mantuvo aislado de estos sucesos, el historiador José Pedro Barrán ubica la “invención social del adolescente” a fines del ochocientos e inicios del novecientos; “este ‘ser inventado’ con deseo sexual y sin capacidad biológica, era una naturaleza de por sí enferma, que convocaba a todos los cuidados y vigilancias de las autoridades sociales y agentes represores de la época; policía (...), médico(...), maestro(...), sacerdotes(...), legisladores(...), familias(...)” (Barrán, 1999, p.61).

A pesar del avanzado proceso de legitimación de la adolescencia, su conceptualización y posterior constitución como categoría social y conceptual es muy reciente. Se establece como campo de estudio dentro de la psicología evolutiva a finales del siglo XIX y con mayor fuerza a principios del siglo XX, bajo la influencia del psicólogo norteamericano Stanley Hall (1904) quien con la publicación de un tratado sobre la adolescencia, se constituyó como hito fundacional del estudio de la misma. De esta forma, se convierte en un eje de la psicología evolutiva, legitimándose así en el terreno científico de la psicología y la medicina. Para Hall, la adolescencia es, una edad especialmente dramática y tormentosa en la que se producen innumerables tensiones, con inestabilidad, entusiasmo y pasión, en la que la persona se encuentra dividida entre tendencias opuestas. Fue descrita en un primer momento como una etapa de transición entre la infancia y la adultez. Idea que alude a un momento de pasaje por lo tanto a un estado incompleto/inacabado tal como lo señaló Barrán. El tránsito entre estadios en sí no es relevante, sino que lo realmente importante es la etapa a la que se llegará en el futuro: la adultez.

3 La antropóloga Marcela Lagarde plantea que todas las mujeres por el solo hecho de serlo son madres y esposas, “maternidad y conyugalidad son las esferas vitales que organizan y conforman los modos de vida femeninos” (Lagarde, 1997, p. 363). Asimismo, se les asigna como condición de género y contenido de vida personal ser-para-otros y de-otros, “la humanidad subsidiaria de las mujeres reconocida en la cultura patriarcal les exige tener a otros como motivo y fin de la propia existencia, aceptarlo en la dominación, asumirse inferiores, secundarias y conseguir así la felicidad” (Lagarde, 1998, p. 22).

Estas primeras construcciones teóricas han sido ampliamente superadas a lo largo de los años, y hoy se concibe la adolescencia como una categoría compleja, con identidad propia e importancia fundamental en el desarrollo de los sujetos. No es posible definirla acabadamente, en tanto se construye dinámicamente en una sociedad determinada, en un momento histórico determinado, y más aún, en una comunidad determinada. Actualmente, no hay acuerdo entre países, disciplinas, autores sobre las edades de inicio y fin de la adolescencia. Aproximadamente, según las diferentes fuentes se ubicaría entre los 10 y los 19 años, y allí mismo se asiste nuevamente a una serie de sub clasificaciones referidas a la adolescencia temprana, media, tardía y el concepto de pubertad.

Sin duda la conceptualización de la adolescencia es un campo en construcción y objeto de debate, entre disciplinas e incluso dentro de los campos disciplinares que la convierten en objeto de estudio. Esta discusión se da también en otras esferas como el Estado y las políticas públicas. Es fundamental mencionar, que la adolescencia y la juventud aparecen en muchas ocasiones asociadas, como forma de englobar un conjunto, como variable en una estadística, como destinatario de políticas públicas, como titular en una noticia, o bien se usa un término u otro indistintamente para hablar de la misma población. Sin embargo se trata de categorías y etapas distintas. La categoría juventud surge desde las Ciencias Sociales, posteriormente a la de adolescencia, en el siglo XX. Según Bourdieu (1990) se trata de una creación social, para definir un período etario que debiera cumplir con ciertas expectativas propias de la postguerra y de la emergencia del capitalismo, pero que no siempre ha sido tratado como un actor social relevante. Si bien en el imaginario social muchas veces se entiende a la juventud como una etapa posterior a la adolescencia, los límites no aparecen demasiado claros.

Aunque las aproximaciones conceptuales son necesarias para poder constituirse en campo de estudio, eje de políticas y categoría social, se advierte el peligro que entraña definir acabadamente la adolescencia o intentar determinar en años qué período abarca, puesto que estas determinaciones generan consecuencias a diferentes niveles: a nivel académico empobrece el campo de estudios; a nivel de políticas públicas, puede generar exclusión y acceso diferenciado, en tanto no habilita a contemplar la diversidad; a nivel social, genera modelos hegemónicos, patrones esperables y muchas veces estigma producto de las generalizaciones, que inhiben la libertad de los sujetos.

La adolescencia no es un todo homogéneo y universal, a diferencia de los postulados de los enfoques tradicionales. Por tal motivo se utiliza también la expresión “adolescencias” para mostrar la pluralidad y diversidad que encierra este colectivo. Las características de cada adolescente son producto de un cúmulo de interacciones entre lo individual y lo social en donde las categorías de sexo, género, edad, nivel socioeconómico, lugar de procedencia y residencia, etnia, orientación sexual entre otros se articulan de manera compleja.

“La relación entre la edad biológica y la edad social es compleja, socialmente manipulada y manipulable, especialmente en lo referido a quienes tienen escasos recursos para ejercer sus derechos, entre ellos los niños y los jóvenes (Bourdieu, 1990; Hall y Montgomery, 2000; Bucholtz, 2002). Para las ciencias sociales, no hay un modo único de ser adolescente sino más bien identidades diversas que se definen a partir de relaciones sociales con los adultos y con otros grupos de adolescentes en contextos concretos, que deben ser también descriptos y analizados pues en su seno adquieren sentido las prácticas de los jóvenes incluidas las prácticas sexuales” (Adaszko, 2005, p. 39).

El proceso de desarrollo, que se da continuamente a lo largo de la vida, encuentra en este período una de sus etapas más críticas. El proceso de autonomización, la elaboración de duelos, la búsqueda de ideales, el grupo de pares y los espacios propios de organización social y un nuevo ejercicio de la sexualidad, son características principales de esta etapa. La adolescencia es un proceso que implica transformación y autonomización. Este proceso se dará en forma diferente según el lugar y el momento histórico en el que le haya tocado vivir a cada adolescente.

El concepto de generación, resulta fundamental para comprender la adolescencia. Abarca diferentes acepciones vinculadas al nacer en una misma fecha o período de tiempo, al sentido de filiación y los significados culturales de tener cierta edad en una sociedad y en un momento histórico determinado. Se produce un interjuego dialéctico en donde los grupos significan su edad de acuerdo al momento histórico de su existencia y cuentan con vivencias y experiencias comunes a lo largo de la vida. A la vez cada edad o etapa de la vida es valorada y “mirada” socialmente en forma diferente, según cada momento sociocultural e histórico. El universo de significados de cada edad varía y se transforma a lo largo de la historia y de acuerdo a ello se distribuirá el poder entre los grupos y las generaciones, en especial el acceso a recursos, servicios, oportunidades y ejercicio de derechos. Es decir, la edad también puede ser entendida en tanto categoría relacional, ya que se construye en el marco de relaciones de poder con los otros grupos de edad, *“cómo es la juventud en una sociedad no puede definirse independientemente de cómo es la adultez en esa misma sociedad en torno a cada una de esas edades “sociales” se construye un sistema de prácticas y representaciones que involucra roles, expectativas, experiencias y actividades adecuadas, e instituciones encargadas de controlar, normalizar o eliminar las desviaciones a las mismas. En el caso de los jóvenes estas instituciones suelen estar controladas por adultos” (Adaszko, 2005, p. 39).*

Importa subrayar que a diferencia de la generación, “la edad social” está vinculada a roles, hábitos, sociales, derechos, deberes y está delimitada por una serie de momentos de transición como ser el comienzo de la enseñanza primaria, la secundaria, la conformación de un nuevo hogar, el matrimonio, etc. La generación es una categoría relacional,

necesariamente para definirla hay que comprenderla en interdependencia con las demás. Asimismo, no es suficiente la contemporaneidad cronológica, es necesario que el grupo cuente con características particulares que la diferencien de las otras generaciones a esa misma edad. A decir de Karl Mannheim (1990) una generación no es un grupo concreto, sino un grupo delimitado por compartir unas mismas condiciones de existencia y la contemporaneidad cronológica no basta para formar generación, siendo que las condiciones materiales y sociales -a partir de las cuales se producen los individuos- son un eje fundamental para conformar una generación.

Al pensar en los y las adolescentes uruguayas de hoy, se pueden identificar algunas características: nacieron en democracia, crecieron con la globalización, la postmodernidad, la revolución científica tecnológica, la era de la informática y las nuevas tecnologías, las crisis económicas y de las funciones protectoras del Estado - nación y sus instituciones, los fuertes cambios en las familias y la subjetividad, ejercen su sexualidad en la era del uso del condón, los anticonceptivos y el VIH-sida. Hoy en día, los y las adolescentes junto con niñas/os y ancianas/os ocupan en nuestra sociedad un lugar de menor poder que las personas adultas. A su vez, al interior del colectivo adolescente existe gran inequidad respecto a las posibilidades de ejercer los derechos humanos, incluidos los derechos sexuales y los reproductivos. La inequidad generacional se asocia a la desigualdad de acceso a oportunidades, derechos, recursos, bienes y servicios entre los grupos de edad en un mismo momento socio histórico. Tener en cuenta esta perspectiva resulta fundamental a la hora de producir información, desarrollar acciones y diseñar, implementar y monitorear políticas públicas. Asimismo, es crucial también incorporar las perspectivas de género, generaciones y diversidad, para comprender el proceso de la adolescencia y las formas en que las personas crecen, viven, actúan y piensan en una etapa de la vida determinada.

SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

A decir de Jeffrey Weeks, *"las posibilidades eróticas del animal humano, su capacidad de ternura, intimidad y placer nunca pueden ser expresadas 'espontáneamente', sin transformaciones muy complejas: se organizan en una intrincada red de creencias, conceptos y actividades sociales, en una historia compleja y cambiante"*. (Weeks, 1985, p.21). La sexualidad es una dimensión constitutiva del ser humano, constructo sociocultural e histórico, producto y productora social. Las personas se construyen como sujetos sexuales a lo largo de sus trayectorias vitales, aprendiendo a vivir, sentir y ejercer su sexualidad desde los diferentes espacios de referencia, pertenencia y socialización. A lo largo del ciclo vital, la sexualidad presenta manifestaciones, intereses, expresiones, sentimientos y características diferentes. Las mismas refieren a un producto socio histórico y no exclusivamente a una biología universal de la especie, *"considerada*

desde una perspectiva antropológica, la sexualidad específicamente humana es lenguaje, símbolo, norma, rito y mito: es uno de los espacios privilegiados de la sanción, del tabú, de la obligatoriedad y de la transgresión". (Lagarde, 1997, p.194). A lo largo de la historia de la humanidad las diferentes sociedades y culturas han regulado, controlado, ordenado y sancionado la sexualidad. La "organización erótica" se ha vinculado siempre con las otras dimensiones de la organización social. Cualquier espacio de circulación de poder, desde el Estado hasta las familias, forma parte de esta dinámica compleja. Los discursos sobre la sexualidad incluyen estrategias políticas de regulación y control social.

La sexualidad es eje de las relaciones humanas, implica a las relaciones y procesos sociales, a las instituciones, a las políticas, así como a las concepciones del mundo y la subjetividad. Al mismo tiempo que se trata de una experiencia socio histórica, es una de las expresiones más íntimas, privadas y personales. La dimensión subjetiva, el cómo cada persona organiza y vive, consciente e inconscientemente, el proceso de devenir sujeto sexuado y sexual, se construye en un entramado en dónde género, etnia, nivel socioeconómico y cultural, lugar de procedencia y residencia, etc., se articulan complejamente. Foucault desarrolló un aporte ineludible sobre la sexualidad occidental que ha abonado un campo fértil para las discusiones teóricas, epistemológicas y políticas a diferentes niveles. Considera a la sexualidad como una experiencia histórica singular constituida por tres ejes: *"la formación de los saberes que a ella se refieren, los sistemas de poder que regulan su práctica y las formas según las cuales los individuos pueden y deben reconocerse como sujetos de esa sexualidad (sujetos sexuales, deseantes)"* (Foucault, 1984, p. 8).

Si bien se han descripto dos fines de la sexualidad, el erótico – placentero y el reproductivo, el segundo ha colonizado los discursos respecto a la misma. El universo de significaciones simbólicas vinculadas al erotismo y al placer sexual ha estado signado por el tabú y la represión. Las conceptualizaciones acerca de la sexualidad han sido producidas principalmente desde enfoques esencialistas y constructivistas. Los primeros explican al fenómeno como consecuencia de una esencia interior, universal e irreductible del ser humano que es reprimida, moldeada o condicionada por la cultura. La segunda perspectiva plantea a la sexualidad como una construcción social e histórica, atravesada por las relaciones de poder, incomprensible fuera de su contexto específico. *"La comprensión compleja sobre la sexualidad se ha enriquecido también, con el aporte sustancial que ha realizado el movimiento y las teorías feministas, con un acumulado que ha significado un punto de inflexión teórico y epistemológico en el pensamiento científico hegemónico, con la introducción de nuevas categorías analíticas como el concepto de género y su articulación con la sexualidad. A su vez, la perspectiva aportada por las teorizaciones psicoanalíticas, han brindado el marco conceptual para dar cuenta de cómo el infante deviene sujeto sexuado"* (López Gómez, 2005, p. 24).

La sexualidad no es patrimonio exclusivo de una disciplina sino que es un campo de investigación y estudio necesariamente inter y transdisciplinar (López y Guida, 2001). Para comprenderlo deben integrarse miradas y aportes de varias perspectivas; histórica, social, cultural, política, psicológica, biológica, antropológica, entre otras. Intervincular este campo complejo con los derechos humanos, implica un proceso en constante construcción, debate y legitimación, tanto en la esfera social como privada. Los derechos humanos vinculados a la vida erótico - placentera sexual y a la vida reproductiva amplían y complejizan las concepciones de ciudadanía y de sujetos de derecho. Los derechos sexuales y reproductivos (DDSSyRR) en tanto derechos humanos, son conquistas sociales, ejes centrales de la ciudadanía y de profundización de la convivencia democrática. Los mismos pueden definirse *“en términos de poder y recursos: el poder para tomar decisiones informadas sobre la propia fertilidad, la procreación y el cuidado de los hijos, la salud ginecológica y la actividad sexual, así como los recursos para llevar a la práctica dichas decisiones de manera segura y efectiva”* (Correa y Petchesky, 1995:4). Para poder ejercer estos derechos con equidad es fundamental contar con condiciones habilitantes, debe estar garantizada la libertad individual para la toma de decisiones y tener condiciones de justicia para que las mismas sean respetadas. Los derechos sexuales y los reproductivos no son un binomio inseparable. Por el contrario, se trata de dos grupos de derechos diferentes, vinculados a la conceptualización de la sexualidad. Es fundamental no entenderlos como un todo ni suponer que el ejercicio de unos implica ineludiblemente el ejercicio de los otros. De lo contrario se estaría cayendo en la tradicional homologación *sexualidad/placer/erotismo = reproducción*. Los DDSSyRR en tanto derechos humanos, portan las características de ser universales, indivisibles, interdependientes. Están interrelacionados a los derechos económicos, sociales y civiles; afectándose mutuamente. Es decir, el ejercicio del derecho a la alimentación, el trabajo, la vivienda digna, la educación, la salud, es condición indispensable para que el cumplimiento de los DDSSyRR y viceversa. A decir de Petchesky *“Si no fuera así, ¿cómo puede una persona actuar responsablemente como ciudadana y como miembro de un grupo familiar y de una comunidad si su cuerpo y su sexualidad son definidos y controlados por otros (esposo, parientes, autoridades religiosas o el estado)?”* (Petchesky, 2002:85).

En la adolescencia, como en las otras etapas de la vida, la sexualidad cuenta con características, manifestaciones, necesidades y demandas propias y particulares. En este período el inicio de la capacidad reproductiva, la transformación del cuerpo y el organismo⁴, la iniciación sexual, el auoterotismo cobran especial importancia en el marco de las complejidades desarrolladas anteriormente. Autonomía (social, política, afectivo-sexual

4 “Organismo: equipo genético – infraestructura neurofisiológica de todas las coordinaciones posibles, se recibe por herencia. Cuerpo: es una construcción realizada sobre la ‘materia prima’ que da el organismo, atravesado por la inteligencia y el deseo en un momento histórico determinado” (Fernández, 1998, p.51).

y económica) y empoderamiento son centrales para el análisis de la sexualidad en la adolescencia y la ciudadanía. *“La construcción del sujeto en su integralidad en tanto sujeto psíquico, histórico, social, político y de derechos, implica un complejo proceso de autonomización para el desarrollo de la capacidad de decidir sobre la propia existencia y el agenciamiento del propio cuerpo. Así como también, el desarrollo de la capacidad de incidencia en tanto sujeto implicado en su tiempo y realidad histórico social”* (López Gómez, 2005:35). No sin tensiones este proceso se vincula con el mundo adulto, quien debe generar las condiciones habilitantes y acompañar a los y las adolescentes en este complejo camino.

El proceso de conquista y formulación conceptual de los DDSSyRR se ha dado fundamentalmente a largo del siglo XX, principalmente como producto de las reivindicaciones y acciones de los colectivos de mujeres y feministas, así como de los grupos de la diversidad sexual. La denominación “derechos reproductivos” la acuña la médica feminista Marge Berer cuando a fines de la década de los 70 en EEUU propuso una campaña por el aborto, la anticoncepción y contra la esterilización forzada. A nivel de las conferencias de Naciones Unidas sus orígenes se visibilizan en la Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre Derechos Humanos (Teherán, 1968), y en las de Población de 1974 (Bucarest) y 1984 (México). En 1984 el concepto es retomado en la Reunión Internacional sobre Mujeres y Salud en Amsterdam. Sin embargo, la década de los noventa marca un hito en el proceso de legitimación, que sienta sus bases en las Conferencias Internacional sobre Derechos Humanos (Viena, 1993), Internacional de Población y Desarrollo (CIPD - El Cairo – 1994) y Mundial de la Mujer (Beijing – 1995). Los y las adolescentes ocuparon un lugar central en los debates del Cairo y en su plataforma de acción. El programa de acción de la CIPD exhorta a los gobiernos para que en colaboración con las organizaciones no gubernamentales, atiendan las necesidades de los y las adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva, diseñen e implementen programas para responder a ellas, que incluyan la relación e igualdad entre los sexos. A estas instancias se suman la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW – 1979) y la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN – 1989). Recientemente, se destaca el Consenso de Montevideo, con declaraciones de avanzada en este campo, firmado en el marco de la Primera Conferencia Regional de Población y Desarrollo, realizada en Uruguay en 2013. También se cuenta con la Declaración de Compromisos del Milenio (2000), y sus objetivos para el 2015 (Objetivos de Desarrollo del Milenio – ODM), y actualmente Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Tanto las convenciones con su carácter vinculante para los gobiernos, como las conferencias en tanto marcos normativos de carácter declarativo y ético, representan acuerdos internacionales que los Estados asumen y son de utilidad en tanto compromiso adquirido, para orientar el accionar de los gobiernos y para la generación de nuevo derecho

(cambios de legislación, existencia de vacíos legales). Sus plataformas o planes de acción tienen efectos básicamente políticos ya que movilizan a las organizaciones de la sociedad civil para exigir el cumplimiento de los compromisos adquiridos y sirven para fundamentar el derecho de petición en este campo. A partir de estas instancias, los DDSSyRR fueron colocados en la agenda internacional y asumidos como compromisos de los Estados, ganando así legitimidad e impactando de diferente forma en el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas de los países. En lo que respecta a Uruguay, las mismas tuvieron una importante repercusión en las políticas de salud sexual y reproductiva a partir de 1996 tal como lo han documentado López, Abracinskas y Furtado (2009). Desde el 2005 a la actualidad se han multiplicado los esfuerzos. Uruguay cuenta con un marco legal sólido en este campo y los derechos sexuales y los reproductivos se han constituido como objeto de política pública. Este proceso no ha estado libre de tensiones, discusiones y disputas tanto a nivel nacional como internacional. Se trata de un terreno que implica vincular los derechos humanos al campo de la vida privada e íntima, lo cual interpela y entra en tensión con ciertas cosmovisiones, conservadurismos morales, fundamentalismos y normas que rigen los pactos sociales.

Ahora bien, todo esto es condición necesaria pero no suficiente para que las personas conozcan, se apropien y ejerzan dichos derechos. Se trata de un camino más amplio y complejo.

APROPIACIÓN SUBJETIVA DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Las personas aprenden a vivir, sentir y ejercer la sexualidad desde la más temprana infancia a partir de los diferentes espacios de referencia, pertenencia y socialización por los cuales transitan. Lo mismo sucede con la construcción de ciudadanía sexual⁵. A decir de Amuchástegui y Rivas (2004) los procesos subjetivos de ciudadanía sexual involucran las prácticas individuales y colectivas de apropiación de los derechos consagrados en instrumentos jurídicos así como las expresiones y acciones de autorización de sí con respecto al cuerpo y sus placeres. Amuchástegui (2006) suma a esta reflexión que los significados culturales sobre lo sexual, donde con frecuencia está ausente la legitimidad del placer por sí mismo, son parte de las condiciones sociales de posibilidad para dichos procesos. Plantea que es necesario avanzar hacia una ética para la ciudadanía sexual, en la que los deseos, placeres y prácticas eróticas sean bienes humanos dignos de protec-

5 El concepto de ciudadanía sexual se encuentra en construcción y debate, fue impulsado por los movimientos feministas y de la diversidad sexual. Puede definirse como la ciudadanía que “enuncia y garantiza el acceso efectivo de ciudadanos y ciudadanas tanto al ejercicio de derechos sexuales y derechos reproductivos como a una subjetividad política no menguada por desigualdades fundadas en características asociadas al sexo, el género, la sexualidad y la reproducción.” (Cabral, 2003, p.1).

ción, promoción y cuidado. Dichas construcciones y aprendizajes son distintos para niñas y niños, para mujeres y varones. Estas diferencias se anclan en los mandatos de género. Las mismas se traducen en oportunidades, derechos y obligaciones diferentes para mujeres y hombres. Se producen discursos, se promueven prácticas sociales, se normaliza y se regula lo que deben ser y hacer varones y mujeres, de acuerdo a parámetros contruidos socio - históricamente sobre “lo masculino” y “lo femenino”. La sexualidad en tanto construcción sociocultural e histórica, está atravesada por condicionamientos, mandatos y estereotipos de género. Es por tal motivo que en las diferentes culturas imperan, junto con los modelos hegemónicos de masculinidad y feminidad, modelos hegemónicos de sexualidad femenina y masculina.

Sexualidad y género son una articulación ineludible. La sexualidad y los DDSSyRR han sido campo de lucha, reivindicación y conquista de los movimientos de mujeres y de la diversidad sexual. El enunciado feminista “lo personal, es político” se presenta como eje central para el análisis de este campo de derechos, vinculados de manera compleja con aspectos sociales, públicos y culturales a la vez que con la esfera más íntima y personal de los seres humanos. A decir de López Gómez, *“la visibilidad y reconocimiento social de los DDSSyRR (...) entrañan un fuerte cuestionamiento al contrato social moderno, al re-significar la dicotomía público – privado, planteando nuevos conflictos para la democracia en la medida que interpelan las estructuras de poder y decisión, y postulan una apertura de lo íntimo y personal a la aplicación de derechos y prerrogativas”* (López Gómez, 2005, p. 31).

El concepto de apropiación de derechos surge del uso del término inglés “entitlement” cuyo significado se vincula a tener derecho o autorización. Comenzó a ser utilizado posteriormente de la Segunda Guerra Mundial para referir al conjunto de “derechos de nacimiento”, para los cuales los gobiernos debieran generar las condiciones de cumplimiento, especialmente en las personas de sectores más desfavorecidos (Marshall, 1975 citado por Petchesky, 2006). En tanto construcción sociocultural e histórica se encuentra atravesada por aspectos de género, generaciones, edad, etnia, nivel socio económico, orientación e identidad sexual y de género, entre otras. La apropiación subjetiva de derechos implica una serie de elementos socioculturales, históricos, psicológicos, políticos e ideológicos que intervienen en “el hacer propio” los derechos humanos, su ejercicio y defensa, a decir de Petchesky y Judd (2006) *“sentir que se tiene derecho a”*. Ciangherotti García lo define como el *“proceso subjetivo con el que se encaran las aspiraciones, deseos y expectativas, interviene en la manera en que cada individuo se hace cargo de su individualidad y de su integridad física y psicológica. Es aquel proceso en el que el sujeto, resignifica su experiencia y se resignifica a sí mismo de forma que su posición ante la vida, sus decisiones y deseos, frente a lo social cambia radicalmente aportándole la capacidad y autoridad para exigir condiciones diferentes de vida y desarrollo”* (2006, p.28).

Apropiarse subjetivamente de un derecho requiere acceder a la información, incorporarla en el “torrente psíquico”, encarnarla en la subjetividad, disponer de la misma para tomar decisiones y contar con la capacidad de exigibilidad y reivindicación. Es un concepto estrechamente ligado a la noción de empoderamiento y vinculado a los procesos individuales y colectivos de construcción de ciudadanía. Se construye a lo largo de la vida en un contexto histórico y social determinado, es dinámico y susceptible de transformación. En función de las vicisitudes y condiciones de existencia o de las etapas del ciclo vital, las personas pueden cambiar los niveles de apropiación de derechos. Importa subrayar que no se trata de un proceso lineal, sino que por el contrario implica contradicción y conflicto, en el que se entrecruzan de manera compleja diferentes niveles del sujeto: intrapsíquico, intersubjetivo e intergeneracional. Está integrada por dimensiones conscientes e inconscientes, y por dos esferas interdependientes; vertiente cognitiva y vertiente afectiva-sexual, producto de la temprana conexión, en la vida de las personas, entre cognición y afectividad. La misma se inscribe en el proceso de socialización, que implica ideologización y construcción de subjetividad. Esta conformación del sujeto en tanto ser social se desarrolla en la tensión “reproducción vs transformación”. La socialización junto con el desarrollo cognitivo-intelectual y afectivo sexual, son por lo tanto, los procesos fundacionales de la apropiación subjetiva de derechos.

La apropiación subjetiva cobra significados particulares en el terreno de los derechos humanos vinculados a la vida erótico-sexual y reproductiva, Amuchástegui y Rivas lo vinculan a *“la manera en que cada individuo se hace cargo de su sexualidad y su cuerpo. Pero este camino está indefectiblemente ligado con las condiciones de producción y sujeción sociales y culturales que incluyen el ordenamiento de género”* (2004:556). Los procesos de socialización de género y socialización sexual se entrecruzan y diagraman las significaciones individuales y colectivas asociadas a la noción de sujeto de derecho en el campo de la sexualidad y de las relaciones entre varones y mujeres. Las personas reciben información impregnada de significados ideológicos respecto a la sexualidad, ese dato a su vez es decodificado desde la trayectoria e ideología de cada quien. De esta forma lo cognitivo se encuentra indefectiblemente atravesado por lo afectivo, las personas podrán o no apropiarse de ese saber y gerenciarlo. La vertiente cognitiva de la apropiación subjetiva de derechos, implica el proceso a través del cual una representación cognitiva es asimilada e interiorizada vía socialización. Las significaciones conscientes e inconscientes del aprender son diferentes en varones y mujeres con puntos de encuentro y divergencia, a decir de Alicia Fernández, es necesario *“vislumbrar lugares diferenciales de la mujer y del varón ante el conocimiento, es decir, entender que, frente a la prohibición mítica del conocer, la mujer y el varón realizan movimientos diferentes de acuerdo con los distintos lugares donde están situados”* (1998, p. 66). Asimismo, los escenarios donde se produce este trasiego de información, “la calle”, la experiencia cotidiana, las familias, las diferentes instituciones de referencia y pertenencia, así como los

medios de comunicación aportan los insumos para que se produzca -o no- apropiación, interiorización y asimilación.

Apropiarse subjetivamente de un derecho implica contar con la convicción interna de que se trata de un derecho. Es decir, la apropiación de derechos en sus vertientes afectivo sexual y cognitiva, es producto de los niveles subjetivo -individual y dominante- colectivo que se encuadran dentro de lógicas vinculadas a lo bueno y lo malo, lo valorado y lo despreciado, lo sano y lo enfermo respecto, en este caso, a la sexualidad. En una comunidad determinada puede haber derechos definidos formal y jurídicamente, y la población puede estar informada al respecto. Sin embargo, pueden no haberse apropiado de los mismos, pues eso implica un proceso más complejo, es necesario entonces analizar *“cómo ` los sujetos de la ley´ definidos formalmente se convierten en tales en la vida cotidiana – en prácticas sociales, sistemas institucionales y representaciones culturales”* (Jelin, 1996:101).

La apropiación subjetiva de los derechos sexuales, por un lado, y de los derechos reproductivos, por el otro, si bien se encuentran interrelacionadas no son homologables ni se presuponen mutuamente, dadas las diferencias que entrañan cada una de estas esferas tanto a nivel social como íntimo - personal. Asimismo vale decir que, la apropiación no garantiza per se una ciudadanía plena, pues para ello también deberán existir condiciones económicas, sociales, políticas y culturales habilitantes. Como se planteó anteriormente la apropiación implica posibilidades de exigibilidad de estos derechos, es decir, de que los deseos, relaciones, vivencias y prácticas de la vida sexual y reproductiva de las personas se construyan en tano bienes humanos dignos de promoción, protección y ejercicio. A decir de Amuchástegui y Rivas, se debe discutir acerca de la ética ciudadana de la sexualidad, definida como *“la formación y educación de todos los miembros de una sociedad en ciertas prácticas de sí (Foucault, 1988a) que les permitan autorizar sus deseos, prácticas e identidades sexuales, así como respetar los de otros, participando en la construcción de las condiciones de posibilidad para tal ejercicio (Côrrea y Petchesky, 2001; Petchesky, 2000)”* (2004:584).

REFERENCIAS:

- Adaszko, A. (2005). "Perspectivas socio-antropológicas sobre la adolescencia, la juventud y el embarazo". En: Gogna M. (coord) Embarazo y maternidad en la adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. CEDES - UNICEF, Argentina.
- Amorín, D. (2008). Apuntes para una posible Psicología Evolutiva. Psicolibros-Waslala, Montevideo.
- Amuchástegui, A. y Rivas, M. (2004). Los procesos de apropiación subjetiva de los derechos sexuales: notas para la discusión. Estudios Demográficos y Urbanos, N. 57, El Colegio de México, A.C. México.
- Amuchástegui, A. (2006). "Procesos subjetivos de ciudadanía sexual en México: heteronormatividad y salud". En: Sexualidad, estigma y derechos humanos. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú.
- Amuchástegui, A. y Parrini, R. (2009). Sexualidad, identidad y ciudadanía en el México contemporáneo. METAPOLÍTICA núm. 67.
- Ariès, P. (1962). Centuries of Childhood. Vintage books, New York
- Argote, L; Cabrera, MJ; Castillo, E; Gonzalez, D; Mejía, ME; Vásquez, M; Villaquirán, ME. (2005). Apropiación de los derechos sexuales y reproductivos en los adolescentes: una experiencia desde la teoría de la acción razonada. Revista Colombia Médica, año/vol. 36, número 3 (Supl 1). Universidad del Valle, Cali.
- Barrán, JP. (1991). Cap. III La sexualidad negada y omnipresente. En Ediciones Banda Oriental, Historia de la sensibilidad en el Uruguay. Tomo 2. El disciplinamiento, Montevideo.
- Barrán, JP. (1999). La invención social del adolescente. En Ediciones Banda Oriental, Medicina y sociedad del novecientos. Tomo 3. La invención del cuerpo, Montevideo.
- Bourdieu, P. (1990). Juventud no es más que una palabra. En Sociología y cultura, México.
- Checa, S. (Comp.). (1998). Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia. Edit. Paidós, Buenos Aires.
- Cabral, M. (2003). Ciudadanía (trans)sexual. Tesis de Licenciatura. Buenos Aires, Argentina: Universidad de Buenos Aires.
- Ciangherotti García, A (2006). El Proceso de apropiación subjetiva. Investigación de campo para acreditar el grado de Licenciado en la carrera de Psicología UAM-X.
- Correa S. y Petchesky R. (1995). Reproductive and sexual rights: a feminist perspective. En Population Policies Reconsidered, Health, Empowerment and Rights. IWHC, New York.

Correa, S. (2003). Los derechos sexuales y reproductivos en la arena política. Serie Aportes al debate N° 1. MYSU. Montevideo.

Feixas, C. (1996). Antropología de las edades. En Prat, J. & Martínez, A. (eds.). Ensayos de antropología cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat, Barcelona, Ed. Ariel. Transcripción página web: <http://www.cholonautas.edu.pe/BibliotecaVirtualdeCienciasSociales>.

Fernández, A. (1998). La sexualidad atrapada de la señorita maestra. Nueva Visión. Buenos Aires.

Fernández, A.M (1992). La Mujer de la Ilusión. Paidós. Buenos Aires.

Foucault, M. (1977). Historia de la Sexualidad. Tomo I. La voluntad de saber., Ed. S XXI, México.

Foucault, M. (1984). Historia de la Sexualidad. Tomo II. El uso de los placeres. Ed. S XXI, México.

Foucault, M. (1987). Historia de la Sexualidad. Tomo III. La inquietud de sí., Ed. S XXI, México.

Hall, G. Stanley. (1904). Adolescence: its Psychology and its Relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion, and Education. 2 vols. New York.

Juárez Herrera, L y Cairo. (2009). Apropiación de derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia: dimensiones de la ciudadanía. La ventana. Revista de estudios de género. v.4 n.30 Guadalajara

Jelin, E. (1993). Como construir ciudadanía? Una visión desde abajo. Revista Europea de Estudios Latinoamericanos y del Caribe 55.

Jelin, E. (1996). Citizenship Revisited: Solidarity, Responsibility and Rights. En Jelin, E. y Hershberg, E. (eds.). Constructing democracy. Human rights, citizenship and society in Latin America. Boulder – Oxford, Westviewpress.

Lagarde M. (1997). Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas. Coordinación General de Estudios de Posgrado, UNAM. 3ª Edición, México.

Lagarde M. (1995). Identidad de género y derechos humanos: la construcción de las humanas. En: Papadimitriou Cámara Greta (Coord.). Educación para la paz y los derechos humanos. Distintas miradas. Asociación Mexicana para las Naciones Unidas. A.C./ Universidad Autónoma de Aguascalientes y El Perro sin Mecate. México.

Lagarde, M. y de los Ríos (2008). Amor y sexualidad, una mirada feminista. Curso de Verano. Universidad Menéndez Pelayo.

Lamas, M. (2004). Qué generó el género. En Zarate, M. y Gall, O. Mujeres al Timón de la Función Pública. Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir A.C. México.

López Gómez, A, Furtado, M, y Abracinskas, L (2009). Balance a quince años de las Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. Avances y retos para el pleno cumplimiento del Progra-

ma de Acción. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Cuadernos del UNFPA. Uruguay. Año 3. N 4.

López Gómez, A & Güida, C. (2001). La Sexualidad como campo de investigación interdisciplinaria. En Ediciones Trilce, (Behares, Araújo, Sapriz, comp.) Sexualidad y Género en el Uruguay. Montevideo.

López, A; Amorín, D; Benedet, L; Carril, E; Celiberti, L; Güida, C; Ramos, V; Vitale, A (2005). Adolescentes y sexualidad: significados, discursos y acciones en Uruguay. Un estudio retrospectivo (1995 – 2004). Montevideo: Cátedra Libre en Salud reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología – Udelar, UNFPA.

Mannheim, K. (1990). Le problème des générations. Nathan. Paris.

Martín-Criado, E (2005). La construcción de los problemas juveniles. En Jóvenes contemporáneos: entre la heterogeneidad y las desigualdades, Revista Nómadas N° 23 Universidad Central – Colombia.

Petchesky, R. (2002). Sexual Rights: Inventing a Concept, Mapping an International Practice. En: Ed. Richard Parker, et al. University of California Press Framing the Sexual Subject. Traducido por CLADEM.

Petchesky, R. y Judd, K. (Comp. 2006). Cómo negocian las mujeres sus derechos en el mundo. El Colegio de México.

Scott, J. y otr. (1996). El género, categoría útil para el análisis histórico. En El Género: la construcción cultural de la diferencia sexual, Marta Lamas (comp.), Edita PUEG, México.

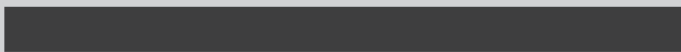
Weeks, J. (1985). El malestar de la sexualidad. Talasa, España.

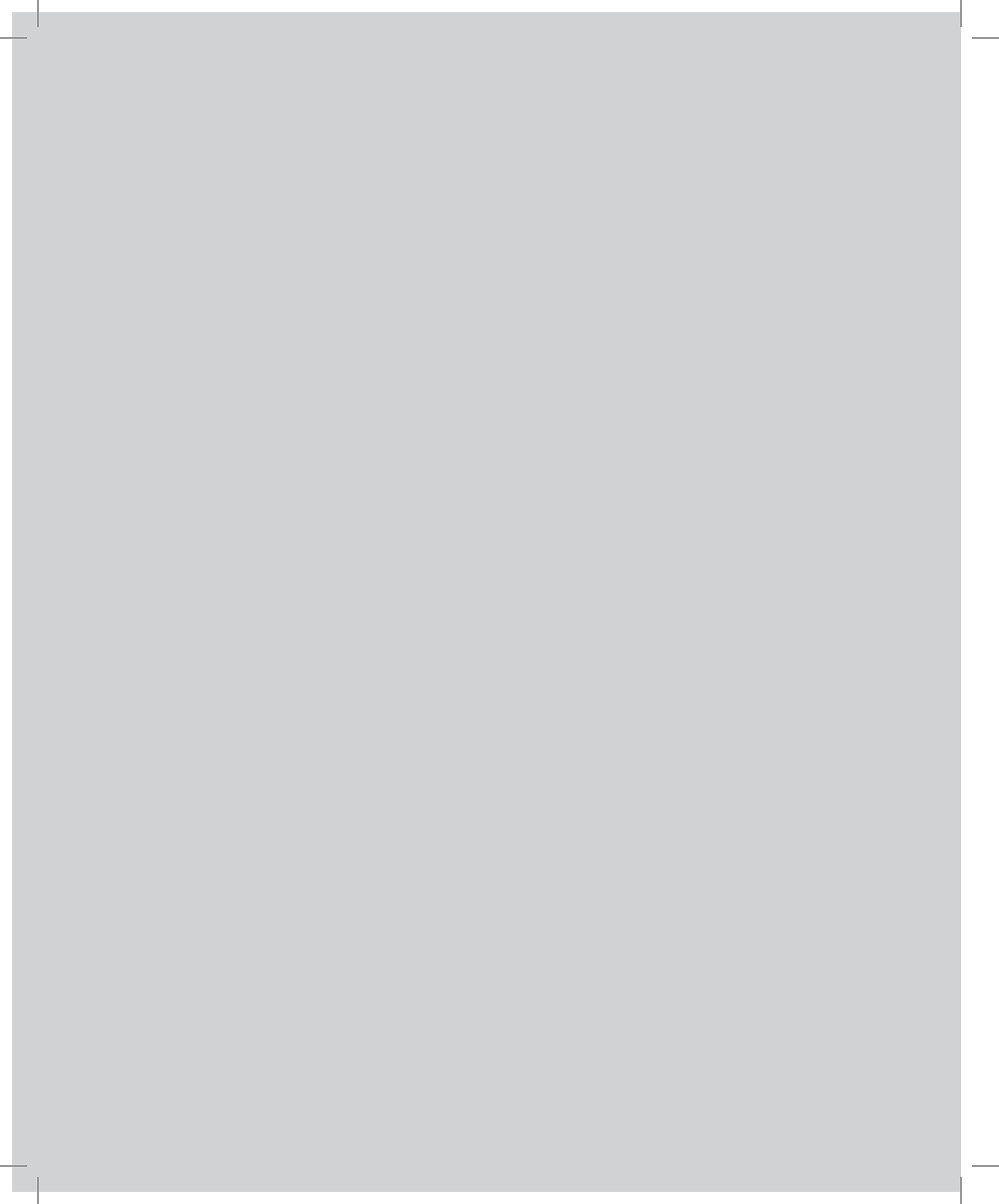
Weeks, J. (1996). Sexualidad e Historia. Reconsideraciones. En Ediciones Conapo. Antología de la Sexualidad Humana. Tomo 1. México.



Sección 1

El desarrollo de la investigación
en adolescencia y sexualidad



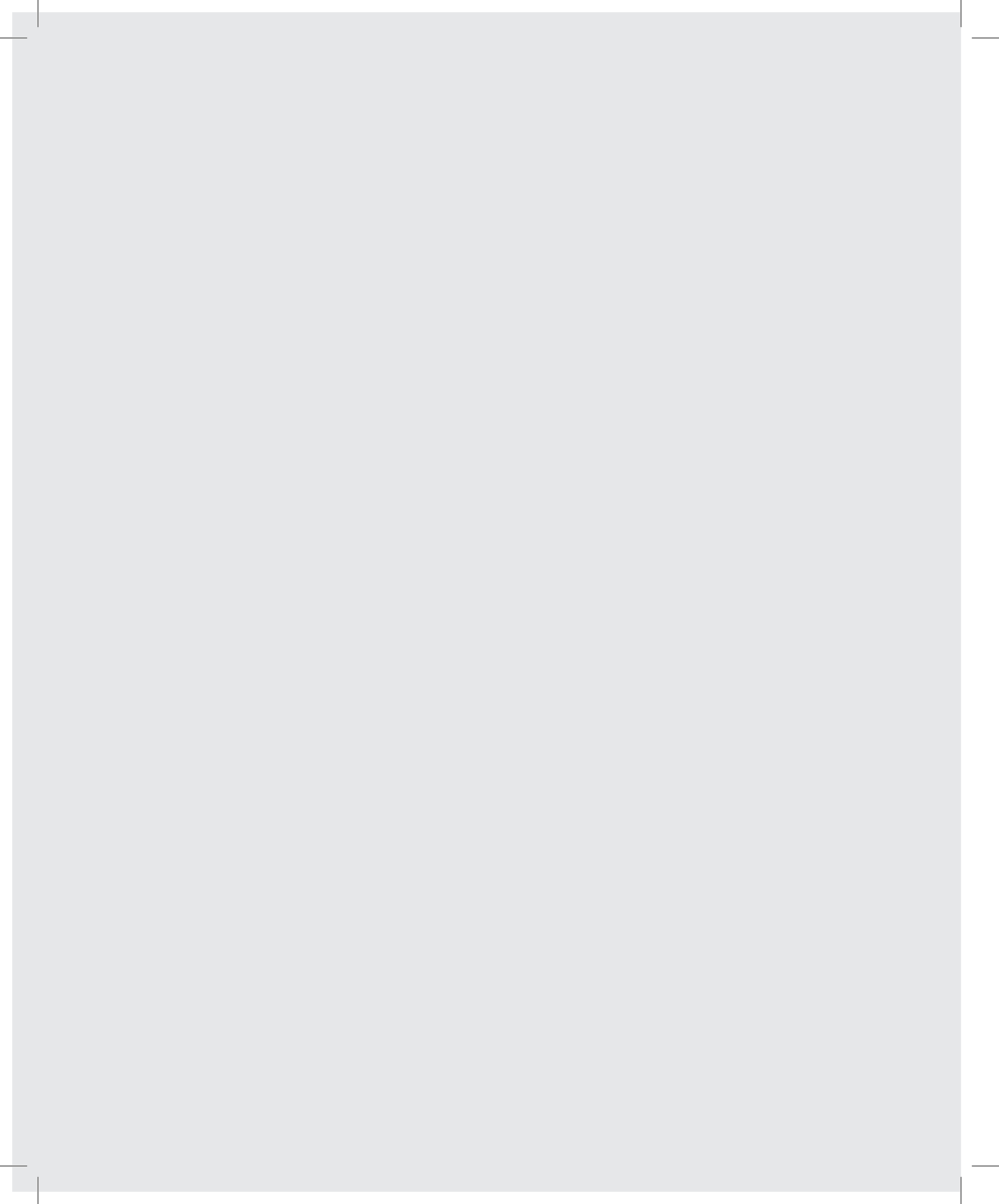




Temas emergentes y temas persistentes en la investigación nacional sobre adolescencia y sexualidad

Alejandra López

SECCIÓN 1



CAPITULO 2

Temas persistentes y temas emergentes en la investigación nacional sobre adolescencia y sexualidad

Alejandra López Gómez⁶

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se presentan los principales avances en el conocimiento disponible a nivel nacional sobre adolescencia y sexualidad, generado entre los años 2005 y 2014. Para ello, se realizó un relevamiento de las producciones científicas realizadas en ese período y publicadas en distintos formatos. Se incluyó solamente publicaciones que presentan resultados de investigación empírica relacionada con este campo en Uruguay en el período de estudio. Se incluyeron publicaciones de estudios específicos sobre sexualidad en adolescentes y aquellas sobre estudios en población general y que presentan datos desagregados para este grupo poblacional.

La búsqueda de información se realizó a través de bases de revistas científicas indexadas: Scielo Uruguay, Latindex, Redylac; bibliotecas universitarias y finalmente, a través de sitios web institucionales. Para la búsqueda se utilizaron los siguientes descriptores: adolescencia y sexualidad, adolescencia y embarazo, adolescencia y aborto, adolescencia y métodos anticonceptivos, educación sexual, adolescentes y maternidad, adolescentes y paternidad, adolescentes y servicios de salud sexual y reproductiva, adolescentes y VIH – sida, adolescentes y abuso sexual, adolescencia y diversidad sexual.⁷

La búsqueda en bibliotecas de la Universidad de la República permitió constatar que, en los últimos años, existe una creciente producción de monografías de grado y tesis de

6 Doctora en Ciencias Sociales (UBA, Argentina). Psicóloga (Facultad de Psicología, Udelar). Profesora agregada en régimen de dedicación total del Instituto de Psicología de la Salud de la Facultad de Psicología donde es coordinadora del Programa de Género, Salud Reproductiva y Sexualidades. alopez@psico.edu.uy

7 El relevamiento y elaboración de fichas bibliográficas estuvo a cargo de las estudiantes de Facultad de Psicología: Agustina de Avila y Julieta Alba Lima.

posgrado relacionadas con este campo. Dado que no todas las instituciones tienen acceso abierto a esta información, se tomó la decisión de excluir estas producciones del relevamiento, para evitar omisiones importantes por falta de acceso a la información.

La producción científica relacionada con estudios sobre fecundidad en adolescentes, incluyendo maternidad y paternidad, se presenta en el capítulo siguiente a cargo de Carmen Varela y Cecilia Lara. Ello se debe a que luego de una primera revisión general de la producción relevada, claramente se podía identificar una línea de investigación consolidada sobre fecundidad y adolescencia, fundamentalmente en estudios socio-demográficos, que ameritaba un capítulo específico.

Esta revisión incluyó un total de 17 publicaciones en formatos diversos: artículos en revistas científicas, capítulos de libros e informes de investigación, elaborados en el período 2005 - 2014⁸. El análisis del material relevado se realizó tomando en consideración el enfoque teórico-conceptual que sustenta las producciones, en particular respecto a sexualidad, adolescencia, género, derechos y ciudadanía juvenil. Se analizaron los objetivos, metodologías y principales resultados de cada investigación.

En términos generales, se puede señalar que los temas y problemas de investigación prioritariamente enfocados refieren a embarazo y maternidad, mediante el desarrollo de estudios de tipo social, demográfico y/o psicosocial. Sin embargo, merece destacarse que otros problemas comienzan a ser visibles en las prioridades de investigación: prácticas sexuales (no reproductivas), violencia de género, diversidad sexual. Sobre estos temas se comienzan a desarrollar proyectos y líneas de investigación que, si bien aún no alcanzan volumen y sistematicidad, se destacan por su novedad en un escenario investigativo caracterizado hasta el momento por la predominancia del problema del embarazo en las adolescentes. Importa también señalar que hay asuntos sobre los cuales poco o nada se sabe, como por ejemplo aborto en adolescentes, infecciones de transmisión sexual y en particular el virus del Papiloma Humano (HVP), acerca del cual no se registra publicación alguna en este período.

Un aspecto a observar es desde qué instituciones se ha desarrollado investigación. En este sentido, las instituciones académicas tienen una presencia destacada si se lo compara con el período anterior (1995-2004). La Universidad de la República es la institución con mayor presencia en la producción de conocimiento original, es decir en la producción de investigación empírica, que alimenta la elaboración de informes y documentos de trabajo de organismos gubernamentales y otros actores.

8 Ver Tabla nº1 del Anexo donde se presenta el cuadro de síntesis de las publicaciones relevadas para la elaboración de este capítulo.

Las investigaciones que se han producido y publicado en estos años provienen de diversas disciplinas de las ciencias sociales y de la salud, en particular, sociología, demografía, psicología y epidemiología. Los enfoques teóricos que predominan parten del supuesto de considerar a la sexualidad como una dimensión de la condición humana y como un producto específico de las relaciones sociales. Si bien las conceptualizaciones son variadas existe una clara tendencia a ubicar a la sexualidad como un campo específico de investigación y estudios, de corte fundamentalmente interdisciplinario. Se puede afirmar que la sexualidad es considerada como un componente de los derechos humanos. En tal sentido las investigaciones, en su mayoría, ubican el ejercicio de la sexualidad en el campo de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. El predominio de un enfoque teórico centrado en los derechos, es un punto de inflexión con relación al período estudiado anteriormente, en el cual se registraba una visión más restringida marcada por enfoques de corte esencialista desde los cuales la sexualidad era conceptualizada como una práctica privada despojada de derechos y prerrogativas y no como una construcción socio-histórica (López Gómez, 2005).

Se identificaron algunos estudios que incorporan el enfoque de la diversidad sexual en la definición y tratamiento de los problemas de investigación. Se incluye el estudio sobre prácticas sexuales diversas, observándose un descentramiento de enfoques heteronormativos que colonizaron los discursos sobre sexualidad en las ciencias sociales y de la salud durante décadas. Este cambio es relevante ya que permite afirmar que los debates sociales sobre la ampliación de derechos y el reconocimiento de los derechos sexuales y los reproductivos que tuvo intensidad y continuidad durante el período que abarcó este relevamiento, a permeado los enfoques que sustentan las investigaciones. Ello permite aportar elementos conceptuales novedosos a través de los cuales se busca identificar y analizar problemas relacionados con los significados y prácticas sexuales y (no) reproductivas que se desmarcan de una visión tradicional de una sexualidad acotada a la reproducción.

Respecto a las conceptualizaciones sobre adolescencia, se puede decir que las investigaciones relevadas lo hacen desde marcos conceptuales diversos. La mayoría de las publicaciones utiliza indistintamente los conceptos de adolescencia y juventud, y sus operacionalizaciones en términos de grupos de edad son también variados. Es importante señalar que la genealogía de estos conceptos, de tradiciones teóricas y disciplinarias distintas, amerita una mayor discusión para favorecer un uso más preciso. En términos de edades, algunos estudios se centran en el grupo entre 15 y 19 años, otros lo hacen entre los 10 y los 19 años, otros entre los 15 y los 24 años y finalmente otros, entre los 15 y los 29 años.

Un elemento importante a considerar es la inclusión del enfoque de género como marco analítico para comprender los procesos relacionados con las prácticas y significados sobre sexualidad en la población adolescente. Sin embargo, y a pesar que se han desarrollado estudios que incluyen a varones y mujeres adolescentes, predominan los estudios

sobre mujeres adolescentes y en particular, sobre sus patrones reproductivos, significados y ejercicio de la maternidad y los efectos en las oportunidades y proyectos de vida. No se identificaron investigaciones específicas sobre varones adolescentes, en un contexto donde prácticamente no se registran estudios sobre sexualidad y varones. En este punto, el único estudio disponible es el de “Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva de hombres uruguayos de 15 a 49 años”, desarrollado por Mujer y Salud en Uruguay (MYSU).⁹

La mayoría de las investigaciones hacen propias las recomendaciones emanadas de las conferencias internacionales, en particular, de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD, 1994), la cual en su capítulo 7 establece a la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes como un derecho humano fundamental. Desde este enfoque teórico y político, se propone un abordaje integral de la sexualidad, mediante el desarrollo de las condiciones sociales y subjetivas que favorezcan su ejercicio con autonomía y responsabilidad.

En términos metodológicos se identificaron estudios descriptivos y exploratorios en base a metodologías cuantitativas y cualitativas. Se trata de estudios poblacionales, mediante la aplicación de encuesta a adolescentes y jóvenes en hogares, en centros educativos y en servicios de salud. Los estudios de diseño cualitativo, en base a muestras pequeñas, se propusieron explorar en profundidad los significados asociados a la sexualidad, los derechos, la maternidad y la paternidad de distintas edades y condiciones.

¿Qué dicen los estudios relevados?

A continuación se presentan los principales resultados que aportan los estudios relevados, los cuales son agrupados en función de los problemas de investigación que abordaron prioritariamente. Si bien sus resultados no son comparables, ofrecen elementos descriptivos y analíticos para dibujar un mapa teórico y empírico sobre distintas dimensiones del tema y problemas que nos ocupa.

A. Vida sexual, prácticas y acceso a información y recursos

La vida sexual de la población adolescente es materia de estudio, en particular asuntos tales como el acceso a información y recursos en la toma de decisiones en materia de sexualidad y reproducción.

Una encuesta nacional con 1504 jóvenes entre 14 y 29 años residentes en Montevideo e Interior urbano (Ferré, González, Rossi y Triunfo, 2005) ofrece resultados que indican

9 López Gómez, A., Varela C. Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en hombres uruguayos, Informe Observatorio nacional en género y salud sexual y reproductiva. Montevideo: MYSU (en imprenta).

que 71% de los/as jóvenes se había iniciado sexualmente, aumentando a 97% en los de más de 25 años. La edad promedio de iniciación sexual fue de 16 años, reduciéndose en 2 años para la generación más joven (14 a 19 años) respecto a los mayores de 24 años. Las mujeres se iniciaron sexualmente un año y medio después que los hombres; en el interior urbano medio año antes que en Montevideo y un año antes los que están rezagados en el sistema educativo. Respecto a la utilización de métodos anticonceptivos (MAC), 84% declaró haber usado en su primera relación sexual. Se cuidaron menos la primera vez, los que están rezagados en el sistema educativo y los mayores de 24 años. Se destaca que las generaciones más jóvenes habían iniciado sus relaciones sexuales con mayor grado de precaución que las cohortes mayores (89% vs 74,5%). Si se analiza la última relación sexual los porcentajes aumentan, 87% usó algún método anticonceptivo. Se destaca en el estudio que la mayoría tuvo su última relación sexual con su pareja habitual (66%) y solamente un porcentaje menor pagó por sexo (3%). Respecto al método anticonceptivo utilizado en la última relación sexual, el más usado fue el preservativo (68%, esto es mayor para los más jóvenes, 84%, 64% y 53%, por tramos de edad respectivamente) y las píldoras anticonceptivas (24%). Las adolescentes rezagadas en el sistema educativo usan este método en menor medida (18% vs 27%). 56% de los jóvenes declaran que el método anticonceptivo utilizado fue una decisión conjunta de la pareja. En cuanto al acceso a información sobre MAC se verificó que 28% lo hizo a través de un médico, 11% en una farmacia o comercio y 22% padre o madre. En cuanto al acceso al MAC, 14% lo obtuvo en forma gratuita en servicios públicos de salud, mientras que una amplia mayoría lo compró en una farmacia o comercio (64%). Del 13% que no usó método anticonceptivo en su última relación sexual, 34% indicó como principal razón no disponer de un preservativo en el momento y 19% que quería tener un hijo.

Un tercio de las mujeres entrevistadas nunca consultó un ginecólogo. De las que sí concurren, la mitad (49%) lo hizo en el último año. De las jóvenes encuestadas, 39% nunca estuvo embarazada y 30% sí lo estuvieron al menos una vez. Una quinta parte tenía por lo menos un hijo al momento de la encuesta. La mitad de las jóvenes tuvieron su primer hijo antes de los 20 años. El 64% declaró que quedó embarazada de manera no planificada y que decidieron continuar con el embarazo porque querían formar una familia (39%) o porque no estaban de acuerdo con el aborto (32%) (Ferré et al., 2005).

Los resultados sobre conocimiento de métodos anticonceptivos son similares a los reportados en otro estudio realizado con una muestra de 100 adolescentes mujeres de 13 a 18 años de Piedras Blancas. En este estudio la amplia mayoría de las adolescentes reportó conocer la existencia de preservativo, anticonceptivos orales y DIU (97%), sin embargo el uso de alguno de ellos en la última relación sexual fue notablemente más bajo. Las adolescentes obtuvieron información sobre métodos anticonceptivos en el centro educativo (40%), a través de la familia (37%) y en el centro de salud (22.5%) (de Dios Moccia y Medina, 2006).

Un estudio realizado por el MSP con el objetivo de evaluar conocimiento y prácticas de salud sexual y reproductiva, VIH e infecciones de transmisión sexual así como uso de drogas en la población adolescente y joven aportó nueva información (Vidal, Osimani et al, 2009). El estudio fue realizado a una población con edades entre los 15 y 24 años en base a una encuesta en hogares en cuatro zonas del país: zona frontera con Brasil (Artigas, Rivera, Cerro Largo y Rocha), zona Metropolitana (Montevideo y Canelones), zona Oeste (Colonia y Río Negro) y zona Este (Maldonado). Se realizó una muestra estratificada por zonas de 609 casos, mujeres y varones.

Los principales resultados muestran que tres de cada cuatro jóvenes entre 15 y 24 años ya se había iniciado sexualmente. La proporción aumentaba claramente con la edad; mientras que entre los jóvenes de 15 a 19 años alcanzó el 59%, quienes tenían entre 20 y 24 años, en su casi totalidad ya se habían iniciado sexualmente (92%). En relación al nivel socio-económico, aquellos pertenecientes a estratos medio y bajo se inician antes que los de nivel alto (77% vs. 70%). Los hombres se iniciaron sexualmente antes que las mujeres: casi un 58% de los hombres declaró haberse iniciado a los 15 años o antes de esa edad, proporción que cae a 40% entre las mujeres. La edad de inicio fue más temprana en los más jóvenes que en los mayores (63% de 15 a 19 años y 40% de 20 a 24 años). También se observaron diferencias por zona geográfica entre zona metropolitana y el resto del país. Los jóvenes residentes en Montevideo y área metropolitana se iniciaron más tardíamente que los del resto del país. La amplia mayoría declaró haberse iniciado con su novio/a (63%), con un amigo/a (15%), con una pareja ocasional (12%) y con un trabajador(a) sexual (5%). Si se analizan estos resultados por sexo se pudo observar que mientras el 87% de las mujeres se inició con su novio, los hombres lo hicieron en el 40% de los casos. La mayor parte de los entrevistados afirmó que se inició sexualmente por “amor” (43%), por “atracción y deseo” (27%) y por “curiosidad” (19%). Un 2% manifestó que fue porque “la mayoría de los amigos/as había tenido relaciones sexuales” y un 1%, “porque lo obligaron”. Respecto a prácticas y orientación sexual, 95% de los hombres respondieron sentirse atraídos sólo por mujeres, 3% más frecuentemente por mujeres y 1% sólo por hombres. En el caso de las mujeres, un 93% declaró sentirse atraída sólo por hombres, 4% más frecuentemente por hombres, 1% igualmente por hombres y por mujeres, 1% sólo por mujeres. Por su parte, 98% se auto definió heterosexual, 1% bisexual, 0,6% homosexual y 0,1% travesti.

Las principales fuentes de información en sexualidad identificadas por los/as encuestados fueron amigos/as (40%), madre (37%) y padre (25%). El liceo fue referido en menor proporción (16%) al igual que los profesionales de la salud (13%), internet (9%) y los medios de comunicación (8%). La amplia mayoría manifestó haber utilizado medida de protección en la primera relación sexual (91%). De ellos, el preservativo masculino ocupó el primer lugar (85%), anticonceptivos orales (5%) y anticoncepción de emergencia (1%).

Las mujeres manifestaron una mayor prevención que los hombres. Existen diferencias según nivel socio-económico, mientras que en el nivel alto 99% utilizó algún método, en el nivel bajo este porcentaje desciende a 78%. Para las mujeres, prevenir el embarazo es la razón más importante para utilizar MAC (98%) al igual que para los hombres, si bien para éstos la prevención del VIH ocupa un lugar relevante (61%). Respecto al uso de MAC en la última relación sexual, 83% respondió de manera afirmativa. El preservativo fue utilizado por el 51%, aumentando el uso de otros métodos como las pastillas que alcanzó el 29%. Respecto al uso de preservativo, 35% declaró que todos sus amigos lo utilizan mientras que para el 40% sólo algunos lo hacen. Existen diferencias por sexo, casi la mitad de los hombres afirma que todos sus amigos lo usan frente a 30% de las mujeres. Sin embargo, 47% de los jóvenes declaró que nunca lleva consigo un preservativo y este porcentaje se elevó en las mujeres al 66%. Existe una clara percepción de que acceder a un preservativo masculino es muy fácil o fácil (más de 90%). Sin embargo, se observaron diferencias por zona geográfica y por edades, ya que quienes residían en la zona frontera con Brasil consideraron el acceso “muy fácil” (72%) así como para los jóvenes entre 15 a 19 años (71%). Las farmacias parecen ser el lugar más habitual donde acceder al preservativo (52%), seguido por el supermercado o almacén (21%) y a través de un trabajador/a sexual (12%). El servicio de salud no fue referido espontáneamente por los entrevistados.

El estudio ofrece información sobre conocimiento y prevención de infecciones de transmisión sexual, especialmente VIH-sida. La amplia mayoría reconoce a las relaciones sexuales sin preservativo como la principal vía de infección del VIH (76%); compartir jeringas, agujas usadas o canutos (9%) y transfusiones de sangre (8%). Estos resultados no difieren por sexo, por edades ni por lugar de residencia. La amplia mayoría afirmó que la forma de prevenir el VIH es mediante el uso de preservativo en las relaciones sexuales (91%). Si bien se observó que la mayoría conoce las vías de transmisión del VIH, también se registraron falsas creencias. Por ejemplo, 25% de los jóvenes afirmó que se puede contraer VIH por picadura de mosquito y 18%, por compartir el mate. Poco menos de la tercera parte de los jóvenes declaró haberse realizado el test de VIH-sida alguna vez en la vida. Esta proporción es levemente mayor entre las mujeres (31%) y en los residentes en los departamentos frontera con Brasil (31%). Entre los jóvenes de 20 a 24 años la cifra crece a 43% y entre los segmentos de nivel socio-económico bajo es de 40%. El principal motivo de realización del test por parte de las mujeres fue el control de embarazo (45%), 17% por iniciativa propia y 3% por mantener relaciones de riesgo. Los hombres se lo realizaron por solicitud en el trabajo (25%), por indicación médica (24%), por curiosidad (15%), para donar sangre (11%) y por haber mantenido relaciones sexuales de riesgo (6%). Entre quienes nunca se realizaron este estudio, 37% declaró que fue porque no había tenido prácticas de riesgo, 26% porque no se le ocurrió, 14% porque no se lo indicó el médico y 12% porque no se había iniciado sexualmente. La sífilis fue identificada como una enfermedad de transmisión sexual por la amplia mayoría de los encuestados (91%) y 79% respondió que

se previene con preservativo. El desconocimiento es mayor en los hombres más jóvenes, mientras que el conocimiento aumenta entre quienes viven en la frontera con Brasil. De todos modos, existe una proporción importante que manifestó no saber que se cura con antibióticos (24%) (Vidal, Osimani et al, 2009).

Un estudio realizado con estudiantes universitarios de Psicología de Uruguay y España mostró el déficit de conocimiento de este grupo de jóvenes respecto a cuestiones relacionadas con VIH y uso de preservativo. La muestra incluyó a 303 estudiantes, de los cuales 94 fueron uruguayos. El promedio de edad fue de 22 años y la mayoría fueron mujeres (86,8%) y solteros/as (87,8%). Respecto a la orientación sexual, 92.4% se declaró heterosexual, 5.3% bisexual y 2.3 homosexual. La información se obtuvo mediante un cuestionario online que incluyó variables socio-demográficas y tres escalas: (1) Escala de conocimientos (2) Escala de costes y beneficios del preservativo, y (3) Escala de conducta sexual. Los resultados muestran que casi la mitad de los encuestados de ambos países tienen creencias erróneas respecto al uso del preservativo y al VIH. Si bien el preservativo es la medida preventiva más utilizada, se observó desconocimiento respecto a cómo usarlo. El uso del preservativo es más frecuente en universitarios españoles que en los uruguayos, a pesar que éstos últimos reportan mayor conocimiento. Según las autoras, sería necesario profundizar en las razones por las que los estudiantes uruguayos ponen en marcha menos prácticas eficaces que los estudiantes españoles (Bagnato, Genaro, Flores y Guzmán, 2014).

Los resultados de la Encuesta Nacional de Juventud (ENAJ, 2008) en jóvenes entre 12 y 29 años, ofrece algunas evidencias sobre el acceso a la salud por parte de esta población (MIDES 2009). Las mujeres adolescentes y jóvenes consultan más que los hombres y las/os montevideanos más que los/as residentes en el interior del país. En particular, las consultas sobre salud sexual en el último año fueron reportadas apenas por el 12%, si bien la mayoría manifestó haber mantenido relaciones sexuales (72%), en mayor proporción los hombres (75.6%) en comparación con las mujeres (68.4%). Se registró una diferencia de dos años en la edad de inicio sexual de unos y otras: 15 años para los hombres frente a 17 años para las mujeres. Al igual que evidenciaron otros estudios, las principales fuentes de información en sexualidad que manifiestan los/as adolescentes son las familias (40%) y los centros educativos (36%). Los amigos fueron referidos en tercer lugar con 9%.

Según la ENAJ, 71 % de las adolescentes consultó alguna vez a ginecólogo/a, observándose diferencias por grupos de edad. Mientras 19 % de las de menor edad (12 a 14 años) respondió afirmativamente, 97 % de las jóvenes entre 24 y 29 años lo hicieron. Los métodos anticonceptivos más reconocidos son el preservativo masculino (95%) y las pastillas anticonceptivas (91%) y en tercer lugar el DIU (58%). Entre quienes se iniciaron sexualmente, 92% declara uso habitual de MAC, siendo el más común el preservativo masculino (48%) y las pastillas (37%). El uso del preservativo masculino desciende de manera significativa

a medida que se avanza en edad (de 86% entre los más jóvenes a menos de la mitad entre quienes tienen entre 24-29 años) y lo utilizan en mayor medida quienes declaran mantener relaciones pasajeras. (MIDES, 2009).

Los estudios más recientes disponibles fueron realizados por el Observatorio en Género y Salud Sexual y Reproductiva de MYSU. Uno de ellos tuvo como objetivo general conocer las necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva y el acceso a información y servicios en mujeres adolescentes uruguayas entre 15 y 18 años de edad (MYSU, 2013). El otro tuvo estuvo dirigido a hombres con edades entre 15 y 49 años¹⁰.

La investigación “Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas en edad reproductiva” (MYSU, 2013b) se trató de un diseño cuantitativo mediante la aplicación de una encuesta en hogares a mujeres de 15 a 49 años de edad, residentes en capitales departamentales y ciudades con más de 5.000 habitantes de todo el país, distribuidas proporcionalmente de acuerdo al peso poblacional de cada región geográfica y con control de cuotas por edad. Se diseñó una muestra probabilística por conglomerado y polietápica que incluyó 1.200 casos en base a la Encuesta Continua de Hogares (ECH, 2010, INE), adicionando una muestra de 200 casos para adolescentes. La muestra total de adolescentes que se obtuvo incluyó 348 casos. La recolección de datos se realizó mediante entrevista personal realizada por una encuestadora mujer, en los respectivos hogares de residencia de las entrevistadas y sin la presencia de otra persona durante la aplicación del cuestionario. El trabajo de campo tuvo lugar entre los meses de noviembre 2011 y marzo 2012.

Los resultados muestran que poco más de la mitad de las adolescentes no se había iniciado sexualmente (50.3%) y el porcentaje de aquellas iniciadas sexualmente se incrementa a medida que avanzan en edad. Las adolescentes pertenecientes a los estratos socio-económicos altos y muy altos se han iniciado sexualmente en menor proporción que aquellas de los estratos bajos y muy bajos. Se pudo observar diferencias según se trata de adolescentes con o sin rezago escolar, ya que se duplica el porcentaje de quienes se han iniciado sexualmente entre aquellas que tienen atraso escolar en comparación a las no rezagadas. La media de edad de inicio sexual se ubicó en 15 años. La mayoría de las adolescentes manifestaron haberse iniciado sexualmente con su novio o pareja (87%) y que el motivo fue principalmente por amor (67%), un porcentaje menor manifestó haberse iniciado por deseo (17%) y por curiosidad (11%). En cuanto al número de parejas sexuales en el último año, 71% mencionó una persona y 21%, dos a tres. La amplia mayoría de las adolescentes iniciadas sexualmente reportaron que mantienen

10 López Gómez, A., Varela C. “Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en hombres uruguayos”, Informe Observatorio nacional en género y salud sexual y reproductiva. Montevideo: MYSU (en imprenta).

relaciones sexuales fundamentalmente con varones. Respecto al conocimiento y uso de MAC, el preservativo masculino es referido por 96 % de las adolescentes. Este porcentaje no presenta variaciones por estratos sociales. La gran mayoría declaró saber dónde conseguirlo (95%) y manifiestan haberlo usado alguna vez 91 % de aquellas que se habían iniciado sexualmente. En cuanto a las pastillas anticonceptivas, el conocimiento es alto (94%), un porcentaje similar manifestó saber dónde conseguirlas (93%) y los antecedentes de uso se ubicaron en 72 %. El Dispositivo Intrauterino (DIU) era conocido por la mitad de las adolescentes y este porcentaje descendió a 42% respecto a saber dónde obtenerlo. El uso era bajo en comparación con otras opciones anticonceptivas, ubicado en 7.7 %. En cuanto a la anticoncepción de emergencia (AE), la referencia espontánea a este método fue baja (18%) y un porcentaje similar declaró saber donde conseguirla. Cuando se preguntó a las adolescentes iniciadas sexualmente por el uso de este recurso anticonceptivo, 22 % manifestó haberlo utilizado y ese porcentaje se incrementó a 28 % en los últimos doce meses. Lo mismo sucedió respecto al conocimiento inducido sobre este recurso, el porcentaje se incrementó al 86%. En cuanto a las fuentes de información sobre métodos anticonceptivos, más de la mitad de las adolescentes refieren al centro educativo público como espacio principal donde obtienen información (52%); seguido por familiares (32 %) y en tercer lugar, el servicio de salud (25 %). Del total de adolescentes sexualmente activas, 87% respondieron haber utilizado alguna medida preventiva en su primera relación sexual. Ese porcentaje desciende a 83% en mujeres con rezago escolar. El MAC utilizado fue, en la gran mayoría, el preservativo (89%) y en segundo lugar, pastillas (7 %). La amplia mayoría de las adolescentes reportó utilización de MAC en la última relación sexual para evitar un embarazo no deseado (87%). Más de la mitad prefirieron el uso de preservativo (54%) seguido por las pastillas anticonceptivas (36 %). Es notablemente bajo el uso de la doble protección, con apenas 4 %. Si se analizan los resultados por edades, las que tienen 15 años fueron quienes reportaron el más bajo uso de MAC (79 %), al igual que aquellas con rezago escolar (82%). Más de la mitad de las adolescentes no acudió a un servicio de salud para acceder al MAC y lo obtuvieron, en su mayoría, a través de farmacias o comercios.

Del total de adolescentes, poco más de la mitad había acudido a una consulta ginecológica en los últimos 12 meses (56%) y en su mayoría, lo hicieron porque habían iniciado su vida sexual activa (22%) o porque entendían que debían hacerlo (28%). La mayoría de ellas consultó directamente con ginecólogo de su centro de salud (63%) y otras lo hicieron en las policlínicas del Espacio Adolescente (18%). Del total de adolescentes, 4.6 % manifestó haber interrumpido un embarazo, fundamentalmente montevidéanas y con atraso escolar. La mayoría de las adolescentes considera que el aborto voluntario es una práctica frecuente entre las mujeres (56%). Respecto al ideal de hijos a tener, el número 2 concentra la mayor proporción de respuestas. Si se analizan los resultados por nivel socio-económico, las adolescentes de sectores altos y muy altos fueron quienes -en mayor medida- se inclinaron por tres hijos (45%). Sobre el conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos,

43% de las adolescentes respondió haber escuchado sobre éstos. Es interesante constatar que los derechos sexuales fueron mencionados en mayor medida que los derechos reproductivos y que, a su vez, los fueron desde una perspectiva afirmativa de estos derechos.

En el año 2013, MYSU implementa el estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en hombres uruguayos de 15 a 49 años”, con el propósito generar información sobre distintos componentes de la salud sexual y reproductiva, en términos de demandas y necesidades, acceso a servicios, prácticas de autocuidado y cuidado de la salud en hombres de entre 15 y 49 años de edad, del país urbano y suburbano. La metodología de aplicación del formulario de encuesta fue a través de una muestra probabilística, con un diseño estratificado por conglomerados en varias etapas, con un total de 1128 casos. El trabajo de campo estuvo a cargo de encuestadores hombres entrenados a tales efectos y la recolección de la información tuvo lugar entre los meses de noviembre de 2012 y mayo de 2013.

18% de la muestra correspondió a adolescentes entre 15-19 años. 70 % de los varones más jóvenes se habían iniciado sexualmente. Al igual que sucede con otros estudios, los resultados obtenidos en la población adolescente entre 15 y 19 años, permiten señalar que esta población desarrolla prácticas sexuales con mayor número de parejas sexuales, probablemente relacionado con el ciclo de vida caracterizado por la búsqueda y la afirmación identitaria. La gran mayoría de los jóvenes que se iniciaron sexualmente han utilizado preservativo o condón en esa ocasión. El lugar donde se obtiene el método es un dato relevante para conocer las condiciones de acceso a este derecho. La mayoría de los varones obtuvo el MAC a través de farmacias o comercios formales e informales (74%). Al igual que se pudo observar en los resultados del estudio con mujeres realizado por MYSU (2013b, 2013), los servicios de salud no parecen ser espacios de referencia.

Los estudios disponibles muestran que respecto al acceso a los servicios de salud existen diferencias notorias entre mujeres y varones adolescentes, siendo estos últimos quienes presentan menor acceso. Las mujeres adolescentes reportaron utilizarlos en mayor medida debido, fundamentalmente, al sesgo que se observa en la oferta de los servicios de salud, los cuales, a pesar de los cambios que se pueden registrar en las políticas en este período, continúan siendo diseñados desde un enfoque de corte materno-infantil (Vidal, Osimani et al 2009; MYSU, 2013; 2013b). Como hemos señalado las adolescentes acuden en muy baja proporción a los servicios de salud por cuestiones relacionadas con su salud sexual y reproductiva y lo hacen mayoritariamente cuando se encuentran cursando un embarazo pero no así para otras necesidades de atención respecto a la vida sexual como por ejemplo acceso a MAC.

Un estudio publicado en 2009 tuvo como objetivo principal conocer las condiciones de atención y las representaciones sobre los y las adolescentes que consultan por su em-

barazo en servicios de salud públicos (Benedet y Ramos, 2009). Se trató de una investigación cualitativa en base a entrevistas semi-dirigidas a adolescentes mujeres y varones, que estuvieran cursando embarazo y que se atendieran en servicios de salud públicos. El criterio utilizado para seleccionar los servicios fue que representaran la cobertura asistencial del primer nivel de atención del sector público de Montevideo. A su vez, se entrevistó a profesionales que desempeñaban funciones en el servicio para adolescentes: ginecólogos/ as, enfermeros/ as, parteras, psicólogos/ as y asistentes sociales. Los resultados obtenidos destacan las dificultades para mantener espacios de atención diferenciada para adolescentes en los servicios de salud, así como para brindar una atención en salud sexual y reproductiva integral que incluya información y orientación para el ejercicio de una sexualidad libre, gratificante y no condicionada al embarazo. Se constató que en los servicios no disponían de materiales educativos destinados a esta población. Se observó la ausencia de la incorporación del varón adolescente como usuario del servicio y no sólo como acompañante de la adolescente embarazada. Respecto a este punto, se desprende del discurso de algunos informantes calificados la voluntad e importancia de integrar al varón como usuario del servicio ante la situación de un embarazo, pero esto no se ve reflejado en los dispositivos de atención preparados para este fin. No existe información ni difusión del derecho de los varones a recibir consejería, educación e información sobre sexualidad y derechos sexuales y reproductivos. En los pocos casos en los que el varón asiste, se lo ubicaba en el lugar de acompañante a la consulta y no como protagonista de la misma, muchas veces quedaban esperando en la sala de espera e ingresaban sólo en el caso de que su pareja o el técnico correspondiente “lo invitaran” a entrar. El embarazo en la adolescencia era considerado un problema y no se lo abordaba desde una perspectiva de derechos y equidad¹¹.

Otro estudio sobre adolescentes y embarazo tuvo entre sus objetivos, indagar en las habilidades sexuales de adolescentes para cuidar su cuerpo y su salud sexual y reproductiva mediante caracterizar las prácticas sexuales así como el conocimiento y uso de los métodos de prevención del embarazo (MSP, 2011). Se basó en una muestra probabilística estratificada por zonas y nivel socioeconómico, representativa de adolescentes entre 14 y 19 años. Se realizó un rastreo de adolescentes madres o embarazadas dentro de las zonas sorteadas en la muestra, que permitiera contar al menos con 150 casos de este subgrupo. Se realizaron 501 encuestas, 349 de adolescentes no madres ni embarazadas y 152 casos de adolescentes madres/embarazadas. No se observaron diferencias relevantes en cuanto al conocimiento de los métodos anticonceptivos y casi todas las adolescentes utilizaron alguno alguna vez. En cuanto al uso de MAC en la primera y en la última relación sexual sí se observan diferencias importantes entre

11 Otros estudios relevados sobre maternidad y paternidad en adolescentes se presentan en el siguiente capítulo de Varela y Lara

los dos grupos de adolescentes. El preservativo masculino fue el método más utilizado. En la primera relación sexual las no embarazadas lo reportaron en 78%, mientras las adolescentes con hijos o embarazadas lo hicieron en 70%. Respecto a la última relación, el uso de este método descendió y se observaron diferencias: 54% de las no embarazadas reportaron su uso frente a 34% de las embarazadas y madres. Para la mayoría de las adolescentes el embarazo no fue planificado (63%), aumentando esto entre las más jóvenes. Se constató a su vez, que en las adolescentes que habían experimentado algún embarazo, la edad de inicio sexual fue significativamente más baja (15 años) en comparación con aquellas que no tenían antecedentes de maternidad (16 años). Se observó que la mayoría de las adolescentes madres o que estaban embarazadas abandonaron el sistema educativo antes de su primer embarazo (85%). La violencia doméstica fue un rasgo diferencial entre embarazadas y no embarazadas: aquellas que vivían en contextos familiares violentos tenían más probabilidad de tener un embarazo. Finalmente, las adolescentes que tuvieron algún embarazo presentaron niveles de “supervisión parental” significativamente más bajo que las demás adolescentes¹²

B. Diversidad sexual

Si bien la agenda de género y diversidad sexual se ha robustecido en los últimos años en nuestro país, los estudios que se centran en la población adolescente y joven gays, lesbianas y/o trans son incipientes. En el período considerado, se registró una publicación que nuclea investigaciones de tipo exploratorio y descriptivo en base a metodología que combinó instrumentos estandarizados y estudios narrativos con jóvenes homosexuales, lesbianas y trans (Cavalleri, Meré et al, 2011). Los resultados muestran que el ámbito de las familias es percibido por estos/as jóvenes como el espacio menos amigable. En el caso de los varones gays, uno de cada tres no había podido compartir su condición con la familia, a diferencia de las mujeres lesbianas, quienes en su mayoría, si lo había hecho. Una de cada cinco mujeres y la mitad de los varones manifestaron haber recibido malos tratos en los servicios de salud debido a su condición de género y orientación sexual. Muchas de las jóvenes mujeres no habían sentido receptividad en los servicios de salud para expresar su condición de lesbiana. Al respecto, dicen los autores/as:

“Estos reflejos tradicionales del sistema y de lxs profesionales, que presuponen la exclusiva heterosexualidad, parecerían explicar por qué casi un 40 % de las mujeres jóvenes no han explicitado sus preferencias y sus prácticas lesbianas o bisexuales, lo que ciertamente permitiría generar mejores condiciones para continuar en contacto con el sistema de salud” (2011:38).

12 No se dispone del informe narrativo de este estudio, por lo cual la presentación de este resumen de resultados se basó exclusivamente en una presentación realizada por el equipo responsable en un evento público cuyo ppt está disponible en el sitio web del MSP.

Por su parte, el espacio educativo es uno de los lugares con niveles de discriminación y homofobia más altos, según los/as jóvenes entrevistados. Si bien, las personas trans son quienes expresaron en mayor medida sentir el peso del estigma y la discriminación, también así lo expresaron las mujeres lesbianas y en menor medida los varones gays. El procesamiento de la información surgida de la encuesta a 33 jóvenes permitió identificar que, por la orientación sexual, 4 de 5 jóvenes trans no fueron contratadas o fueron despedidas de sus empleos; 20% de mujeres y la mitad de las personas trans fueron maltratadas en los servicios de salud; uno de cada 4 varones gays y la mayoría de trans fueron agredidos/as por sus vecinos/as y porcentajes similares fueron discriminados en espacios públicos. Las agresiones que recibieron estos/as jóvenes incluye maltrato físico, burlas, insultos y/o amenazas. Respecto a las prácticas sexuales más de 30% de los varones declaró no haber usado condón en la última relación sexual, lo cual en un escenario de jóvenes que habían manifestado tener entre 4 y 10 parejas sexuales en el último año, presenta un riesgo importante para su salud. A su vez, la mayoría de estos/as jóvenes se habían realizado, alguna vez en su vida, el test de VIH.

Según los autores, los datos obtenidos a través de los relatos de estos jóvenes, muestran el sufrimiento que viven y los obstáculos para reconocerse a sí mismos y ante los demás. La agresión, el insulto y las burlas o el miedo a estos son una constante en la vida cotidiana. Los referentes educativos no parecen ser garantes de sus derechos, desde las experiencias de estos jóvenes (Cavalleri et al, 2011).

C. Violencia de género y sexualidad

En el período considerado, si bien se registran publicaciones sobre explotación sexual y prostitución infantil y en adolescentes, así como sobre trata de mujeres, éstas no presentan resultados de investigación. Se trata fundamentalmente de documentos de trabajo o ensayos.

En términos de investigación empírica, se registró una investigación sobre la percepción de los y las jóvenes sobre la violencia doméstica, la violencia en el noviazgo y el abuso sexual (Rostagnol, 2009). Se trató de un estudio cuantitativo, exploratorio y transversal. Se aplicó un cuestionario anónimo y auto-administrado distribuido dentro del aula a adolescentes escolarizados. Se diseñó una muestra conformada por varones y mujeres, alumnos matriculados en cualquiera de los cursos de 5º año y 6º año de Educación Secundaria (2º y 3º de Bachillerato Diversificado), de centros educativos públicos y privados de Montevideo, que comprenden estudiantes de 16 años en adelante. En consideración de la metodología de estudio y las características de la población objetivo, se decidió realizar un muestreo bi-etápico y estratificado. Para estimar el porcentaje de hogares de jóvenes, en los cuales se ha presentado, vivido o conocido algún tipo de violencia doméstica (entre padres/madres, con respecto a los/as menores de edad, conocidos/as, entre novios), el tamaño de la muestra que se consideró adecuada fue de 450 jóvenes.

Se entrevistó finalmente un total de 302 jóvenes. Los resultados obtenidos señalan que la violencia doméstica es percibida, mayoritariamente desde sus expresiones extremas, relacionadas con la violencia física y abuso sexual. Las respuestas afirmativas más altas a los reactivos presentados, se encuentran en las situaciones de “amenazar con alguna navaja, cuchillo o arma de fuego” (95%), por arriba incluso de la opción de “disparar con un arma de fuego” (91%). Los celos y control sobre las amistades de la pareja no son considerados actos violentos por la mayoría de los/as adolescentes (62%). Respecto a la percepción de prácticas de violencia en el ejercicio de la sexualidad, 93% respondió positivamente, considerando que es violento usar fuerza física para mantener relaciones sexuales. Sin embargo, ofrecer regalos/dinero a cambio de relaciones sexuales fue considerado como acto violento solo por el 61%. En caso de situaciones de violencia, 84% de los/as adolescentes señalan la importancia de denunciar al agresor. Más allá de ello, hay un número no despreciable que se inclinó por resolver el problema al interior de la pareja (22%), o que es necesario pensar en los/as hijos/as y evitar los motivos que originan la violencia (19%). Ante la afirmación: “una buena novia obedece a su novio aún si ella no está de acuerdo con él”, sólo un 4.3% manifestó estar de acuerdo o totalmente de acuerdo. La negativa “a obedecer” proviene mayoritariamente de los varones (44.2%) frente a las mujeres (28.8%), contrariamente de lo que se podría pensar. La afirmación: “el chico debe mostrar a su novia quien es quien manda” recogió un desacuerdo de 93%. Por su parte, la afirmación: “es obligación de la chica tener relaciones sexuales con su novio aunque ella no tenga ganas”, obtuvo una negativa total de 96%.

Se pudo observar una brecha de género respecto al significado del noviazgo. Para un porcentaje importante de varones, son ellos quienes deben tomar la iniciativa de “encarar a una chica” (47%) o la de besar (18%) o decidir el uso del condón (15%). Casi un tercio de los/as entrevistados/as declaró haber pasado alguna vez en su vida de forma obligada y en contra de su voluntad, por experiencias sexuales impuestas. Este porcentaje se desagrega en el 35% en las mujeres frente a un 16.3% entre los varones. Casi uno de cada cinco encuestados/as conoce algún amigo que le pegó a su novia. A su vez, una de cada diez adolescentes reconoció que fue golpeada por su novio alguna vez.

Si se consideran las experiencias de violencia en el ámbito de la familia, desde insultos, o gritos al abuso sexual, 80% de los/as jóvenes mencionó haber sufrido algún tipo de violencia en su vida. Las cifras aumentaron levemente para los varones frente a las mujeres. La violencia psicológica o emocional fue la forma de violencia más referida en 98.5% de jóvenes que manifestaron haber sufrido violencia en su vida y la violencia física ocupó el 35%, la violencia económica afectó al 13.2% y la violencia sexual al 3.3% de los/as jóvenes. El 60% experimentó al menos una de las formas de violencia frente al 30% que declaró haber vivido por lo menos dos formas de violencia. Por último, 28% de los/as entrevistados/

as declaró haber pasado alguna vez en su vida de forma obligada y en contra de su voluntad, por algunas de las experiencias que dan cuenta de “contactos sexuales impuestos”. El porcentaje ascendió a 35% de las mujeres frente a 16% de los varones (Rostagnol, 2009).

REFLEXIONES FINALES

El conocimiento disponible para el período 2005-2014 muestra algunas diferencias si se lo compara con el relevamiento realizado para el período 1995-2004. Estas diferencias señalan que progresivamente los derechos sexuales y los derechos reproductivos de los y las adolescentes y jóvenes comenzaron a ser visibles en la agenda de investigación en sexualidad, salud y adolescencia en Uruguay. De todas formas, se está lejos de afirmar que existe conocimiento sistemático y robusto sobre distintas dimensiones, objetos de estudio y factores implicados en el campo de las sexualidades y la adolescencia.

Si bien se han desarrollado estudios poblacionales de tipo cuantitativo así como estudios narrativos de naturaleza cualitativa sobre prácticas y significados sexuales, aún existen vacíos de investigación que no están acordes a ciertos problemas sociales que demandan la atención de tomadores de decisión. Por ejemplo, en el marco de las violencias de género y sexualidad, debemos mencionar, la trata y tráfico de mujeres adolescentes y la explotación sexual en la adolescencia o la violencia en el noviazgo y su relación con la fecundidad en la adolescencia. Asimismo, poco se ha investigado sobre los varones adolescentes y sus prácticas sexuales y reproductivas y los significados a ellas asociados. Tampoco, hay conocimiento acumulado sobre jóvenes y diversidad sexual. Finalmente, merece especial atención el estudio sobre la respuesta del sector salud a la atención de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente y joven.

El relevamiento realizado permite afirmar que el enfoque de género, diversidad y derechos humanos está siendo progresivamente incorporado en los marcos teóricos de la investigación nacional, pero aún se requiere de mayor fineza y profundidad en el tratamiento de los objetos de estudio que se han definido.

En la relación entre conocimiento y política parecería observarse un mayor enlace entre quienes producen y quienes usan el conocimiento. De todas formas, es necesario reforzar y construir puentes más fecundos entre ambos espacios e interlocutores que permita identificar prioridades para una agenda de investigación que alimente coherentemente el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas dirigidas al complejo campo de las sexualidades y las adolescencias, con una perspectiva capaz de fortalecer la ciudadanía juvenil y sus condiciones para ejercer y exigir sus derechos sexuales y los reproductivos desde el legítimo reconocimiento social a su condición generacional.

REFERENCIAS

Bagnato, M.J; Jenaro, C; Flores, N; Guzmán, K (2014). Factores culturales asociados a las conductas sexuales en estudiantes universitarios de Uruguay y España: Estudio Preliminar. *Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad* 4 (1) 6-32 (mayo).

Benedet, L., Ramos V. (2009). Adolescencia y embarazo en los servicios de salud. Montevideo: Cátedra Libre en Salud reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología – Udelar, CSIC.

Cavalleri, F; Meré, J; Modzelewski, H., Freitas, P., PUiggros, M., Leoni M., Dominguez, S., Calvo M. (2013). Montevideoanxs. Textos diversos en torno a los resultados de la investigación exploratoria “Derechos, jóvenes LGBT y VIH/sida”, 2011. Montevideo: Colecciones Interdisciplinarias 2012, Espacio Interdisciplinario, Universidad de la República.

de Dios Moccia, A; Medina Milanesi, R. (2006) Qué saben las adolescentes acerca de los métodos anticonceptivos y cómo los usan. Estudio en una población adolescente de Piedras Blancas. *Rev Med Uruguay* 22: 185-190

Ferre, Z; González, C; Rossi, M; Triunfo, P (2005). Los Jóvenes en Uruguay: Salud y Redes Sociales Uruguay 2004. Documento de trabajo del Departamento de Economía. Montevideo: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

López Gómez, A. (coord.), Amorín, D; Benedet, L; Carril, E; Celiberti, L; Güida, C; Ramos, V; Vitale, A (2005). Adolescentes y sexualidad: significados, discursos y acciones en Uruguay. Un estudio retrospectivo (1995 – 2004). Montevideo: Cátedra Libre en Salud reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología – Udelar, UNFPA.

MIDES (2009) Uruguay: Jóvenes y adolescentes quieren saber. Encuesta Nacional de Juventud 2009. Montevideo: MIDES

MSP (2011) Estado de la situación sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en Uruguay. Montevideo: MSP.

MYSU (2013). Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Estudio 2011-2012: Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres adolescentes uruguayas. Montevideo: MYSU.

MYSU (2013b). Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Estudio 2011-2012: Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. Montevideo: MYSU.

Rostagnol, S (coord.) (2009) No era un gran amor. 4 investigaciones sobre violencia doméstica. Montevideo: Instituto Nacional de la Mujeres, Ministerio de Desarrollo Social.

Vidal, J; Osimani, M; Belamendia, M; Grunbaum, S; Meré, J (2009). Miradas diversas sobre jóvenes, sexualidad y vih/sida: pistas para la acción. Montevideo: Ministerio de Salud Pública.

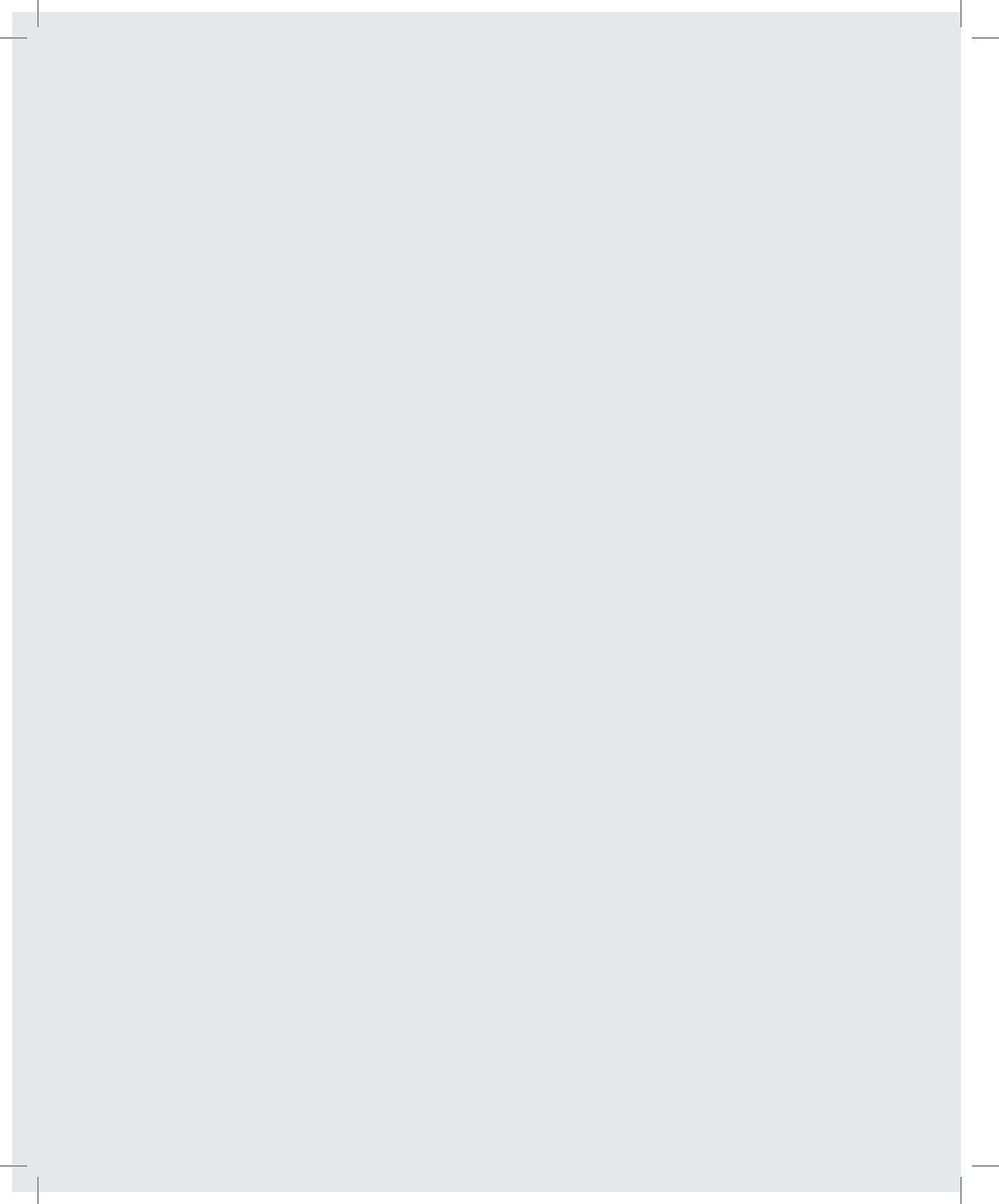




**Producción nacional
sociodemográfica
sobre fecundidad,
maternidad y paternidad
en la adolescencia**

Carmen Varela y Cecilia Lara

SECCIÓN 1



CAPITULO 3

Producción nacional sociodemográfica sobre fecundidad, maternidad y paternidad en la adolescencia

Petito¹³
Cecilia Lara¹⁴

1. INTRODUCCIÓN

En este capítulo se presentan los resultados del relevamiento, sistematización y análisis de la producción nacional en investigación sociodemográfica sobre fecundidad, maternidad y paternidad en la adolescencia, realizados durante el período 2005 - 2014. Como lo evidencian los distintos trabajos realizados en el período de estudio, la maternidad en la adolescencia en el Uruguay, es un fenómeno de larga data. Ha presentado un comportamiento oscilante con períodos de alza y de baja. Sin embargo, se mantiene en niveles más elevados que los registrados a mitad del siglo XX.

La fecundidad total ha venido descendiendo lentamente en los años transcurridos en el presente siglo, ubicándose a partir del año 2004 por debajo del nivel de reemplazo poblacional -actualmente la TGF es 1,93. Este escenario contrasta con el comportamiento reproductivo de las adolescentes que, luego del incremento de la tasa de fecundidad de 72 y 74 por mil en los años 1997 y 1998, se produce un descenso y posterior estancamiento. La fecundidad adolescente actualmente se sitúa en el entorno de 60 por mil.

13 Carmen Varela Petito es Socióloga y Demógrafa, profesora adjunta con dedicación total en el Programa de Población de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República. Se ha especializado en temas vinculados con el comportamiento reproductivo, fecundidad y salud sexual y reproductiva. Es autora de numerosas publicaciones nacionales e internacionales. varelapetito@gmail.com

14 Cecilia Lara es asistente del Programa de Historia Económica y Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República Es Máster en Historia Económica y Máster en Demografía y Estudios de Población, ambas en la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR. macecilia.lara@ciencias-sociales.edu.uy

Comparativamente con otras regiones del mundo, Uruguay se encuentra bastante próximo al promedio de América Latina y el Caribe (70 por mil), muy por encima del promedio de Europa (18 por mil), y América del Norte (27 por mil), superior a Asia (42 por mil), y algo superior al promedio del mundo (55 por mil).

La producción en investigación realizada en la última década, sobre el comportamiento reproductivo de las adolescentes, revela que el nivel de la fecundidad y la maternidad en la adolescencia se encuentra estancado y que no hay evidencias que señalen una tendencia al descenso. La investigación acumulada ha aportado pistas sobre alguna de las explicaciones vinculadas a este fenómeno y que se relacionan con factores estructurales como son las condiciones de privación social, el bajo nivel educativo alcanzado, la persistencia de las desigualdades de género y las dificultades en el acceso a la salud sexual y reproductiva.

El inicio de la trayectoria reproductiva en la etapa adolescente tanto para las mujeres como para los hombres constituye un evento que complejiza el ciclo de vida de los jóvenes y vulnera sus oportunidades, provocando una abrupta entrada en la vida adulta. Tener un hijo en esta etapa, entre otras, dificulta la permanencia de las adolescentes en el sistema educativo. Ello compromete su inserción futura en el mundo del trabajo, en una economía crecientemente basada en el conocimiento y que cada vez demanda mayor formación.

Los trabajos publicados en el período de estudio analizan el comportamiento reproductivo de las y los adolescentes utilizando mayoritariamente los enfoques teóricos sobre la Primera y Segunda Transición Demográfica, curso de vida y transición a la adultez.

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

La Segunda Transición Demográfica fue acuñado por Dick Van de Kaa en 1986 y Ron Lesthaeghe en 1995. Refiere a cambios en la fecundidad, la formación y disolución de las uniones, la durabilidad de las mismas, el incremento de la cohabitación no matrimonial, la masificación de los anticonceptivos, el incremento de la fecundidad en la adolescencia y la disminución de la fecundidad en el resto de las edades, entre otros. La Segunda Transición Demográfica se diferencia de la primera en la centralidad de la autonomía individual y la emancipación de la mujer como generadores de cambios en la familia y en el significado de la maternidad.

El enfoque de curso de vida considera la secuencia de las distintas etapas de la vida reguladas socialmente por la edad. Se orienta a estudiar el cambio en la vida de las personas, donde se entrelazan eventos demográficos y eventos sociales, pautados por los aspectos sociales y económicos de la etapa histórica que vive cada generación. El sociólogo Glen Elder fue uno de los principales autores de este paradigma (Elder y Giele, 2009).

El proceso de transición a la vida adulta, considera su inicio en la etapa adolescente (12 a 19 años) y su finalización al término de la juventud (34 años). En esta etapa del curso de vida se adquiere gradualmente autonomía y capacidad de autosustento a medida que los jóvenes adquieren roles sociales adultos en el ámbito familiar y en el público (Settersten et al., 2005). Se trata de un proceso que presenta distintas duraciones y formas de acuerdo al contexto social e histórico. Además, la posición que los individuos ocupan en la estructura social y sus características sociales, culturales y económicas influyen en el proceso de pasaje a la vida adulta. Los estudios demográficos caracterizan la transición a la vida adulta según la presencia de ciertos eventos en las biografías individuales, algunos en la dimensión pública y otros de carácter privado. Estos eventos son: la salida del sistema educativo y el ingreso al mercado de empleo en la esfera pública, y la salida del hogar de origen, la formación de pareja y el nacimiento del primer hijo en la esfera privada (Settersten et al., 2005).

A continuación se desarrolla el relevamiento y sistematización de la producción sociodemográfica organizado de la siguiente manera: 1) aspectos generales del análisis que contempla la estrategia metodológica para relevar la información y una síntesis de las publicaciones, 2) análisis de contenido con los principales hallazgos relevados y 3) reflexiones finales.

2. ASPECTOS GENERALES DEL ANÁLISIS

En el período señalado, a nivel nacional se han producido diversas publicaciones como resultado de investigaciones sociodemográficas sobre la fecundidad y la maternidad en la adolescencia. Es importante destacar que la revisión realizada, muestra que son incipientes los trabajos dedicados a la fecundidad masculina. En la literatura son diversas las justificaciones que se han realizado al respecto; entre otras porque se considera que las prácticas de los hombres no son fundamentales para el estudio de la fecundidad. Esto se debe a que se sigue considerando que los hijos afectan más el curso de vida de las mujeres, porque son ellas las que continúan asumiendo el cuidado de los niños (Greene, 2000). Se agrega a ello los inconvenientes metodológicos para la medición de la fecundidad masculina. Estas se vinculan a la dificultad de establecer claramente el tramo de edad fértil, y que la declaración sea fehaciente. En algunos casos los hombres

pueden no enterarse de que engendraron y tuvieron un hijo, cuestión que no sucede con las mujeres. Esto conduce a subestimar el nivel de la fecundidad masculina (Lappegård & Rønsen, 2013).

La estrategia metodológica para relevar la producción publicada sobre investigación en la temática de estudio, tuvo en cuenta los descriptores vinculados a adolescencia y comportamiento reproductivo: fecundidad, maternidad, paternidad y transición a la adultez¹⁵.

El criterio utilizado para el relevamiento fue identificar la producción publicada en el país: artículos científicos, cuadernos y documentos de trabajo, capítulos de libros, libros, informes y documentos presentados en congresos arbitrados y publicados en sitios web¹⁶.

La producción relevada y sistematizada en el período fue de 11 documentos: 2 artículos científicos en revistas arbitradas, 2 cuadernos y documentos de trabajo, 2 capítulos de libro, 1 libro, 1 informe y 3 documentos presentados en congresos arbitrados y publicados en sitios web. Se destaca que casi la totalidad ha sido producida por investigadores del Programa de Población de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República, una de las publicaciones en coautoría con la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología y un informe realizado por la Organización no Gubernamental Mujer y Salud en Uruguay (MYSU).

3. SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN

A continuación se presentan los principales hallazgos y avances que han aportado las investigaciones relevadas. Se utiliza un criterio cronológico ascendente de forma de ir recogiendo a través del tiempo, los avances y/o vinculaciones de los trabajos.

“SIGNIFICADOS DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD EN ADOLESCENTES DE ESTRATOS BAJOS Y MEDIOS DE MONTEVIDEO” (AMORÍN, CARRIL, VARELA, 2006).

Esta investigación, realizada por el Programa de Población de la Facultad de Ciencias Sociales y la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología de la Udelar, tuvo como finalidad producir evidencia científica en relación a los significados y representaciones de la maternidad y la paternidad a partir de un marco conceptual que articulara las dimensiones de estratificación social, género y derechos. Particularmente se indagó sobre: el lugar que ocupa la maternidad en la identidad feme-

15 Se incluyó como descriptor transición a la adultez, debido a que el marco conceptual de curso de vida, considera a la juventud entre los 12 y los 34 años. Este rango de edad considerado en esta etapa del ciclo de vida, abarca a la adolescencia.

16 Ver Tabla 2 en Sección Anexos

nina desde la subjetividad de las y los adolescentes; el proceso y toma de decisiones frente a la situación del embarazo; el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos; la relación entre maternidad y paternidad y los procesos de inclusión y exclusión social; los diferentes niveles de visibilidad-invisibilidad del padre adolescente; las modalidades del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

El estudio parte del escenario sociodemográfico que plantearon investigaciones anteriores y que reflejaba la preocupación por la persistencia de la maternidad en estas edades. En el momento que se realiza esta investigación se partía de un incremento de la tasa de fecundidad adolescente¹⁷ entre la década de 1980 y 1990 (de 59 por mil a 72 por mil), y un descenso reciente (66 por mil) que sin embargo mantenía niveles bastante más elevados que en los años 1960 y 1985.

La estrategia metodológica se basó en el análisis cualitativo a través de realización de entrevistas en profundidad semiestructuradas a mujeres y varones entre 15 y 20 años de Montevideo urbano de estratos sociales bajos y medios, que hubieran y no hubieran tenido hijos. Se definió como madre y padre adolescente a los jóvenes que tuvieron su primer hijo antes de los 20 años. Por lo tanto, los protagonistas del estudio fueron los y las adolescentes, quienes a través de los relatos sobre su vida cotidiana, familias, creencias, vivencias y proyectos, permitieron conocer aspectos de su subjetividad que se consideraron fundamentales para comprender la complejidad de la problemática en estudio.

Para el análisis de la información se definieron cuatro ejes analíticos tomando en cuenta las siguientes dimensiones: Adolescencia, Género, Desigualdad social, Derechos sexuales y reproductivos.

Los principales resultados de este estudio mostraron -a través de los discursos de las y los adolescentes- la interrelación permanente de las dimensiones sociales y subjetivas en las percepciones, valoraciones, actitudes y prácticas de los adolescentes en torno a su sexualidad y su reproducción. Las modalidades que adquieren los vínculos sexuales y la presencia o ausencia de autocuidado, se vinculan con sus características sociales culturales y las representaciones hegemónicas de género y que, a su vez se entrelazan con las particularidades que le imprime la propia adolescencia.

La maternidad para las mujeres, está asociada fundamentalmente a dos nociones: responsabilidad y cuidados bajo la exclusiva presencia de la madre. Ésta aparece como la figura más importante en la vida de un hijo, lo que confirma la persistencia de un modelo que se sustenta: la disponibilidad, la comprensión, el cariño y la capacidad que tienen

17 La Tasa de Fecundidad Adolescente refleja al promedio de hijos tenidos cada mil mujeres adolescentes en un período determinado (suele ser anual).

que tener las madres -por naturaleza- para responder de manera adecuada a los requerimientos del hijo. Estas valoraciones se confirman a través de los discursos de los varones, quienes ubican a sus madres en un lugar central, asignándoles una mayor importancia que el padre. El modelo que persiste en la subjetividad de las y los adolescentes es la identificación del “ser mujer” a través de la maternidad.

Del análisis de las entrevistas a las adolescentes madres o embarazadas y a los varones padres, tanto en estratos bajos como medio, surge que en su mayoría el embarazo que ocurre en la adolescencia es por lo general, imprevisto (inoportuno) y como consecuencia de “accidentes” (rotura del preservativo) y/o errores en el uso del preservativo u otro método anticonceptivo, otros directamente no los usan. La gran mayoría de los jóvenes, aceptaron el embarazo como un hecho consumado, inevitable.

El conocimiento de métodos anticonceptivos es conocido así como la vinculación del embarazo con prácticas sexuales desprotegidas. Los métodos más utilizados son el uso del preservativo, el método del ritmo y los anticonceptivos orales. La información la han obtenido en muchos casos de sus propias madres, hermanas o amigas. Se constata la importancia de la inclusión de la educación sexual en la educación formal. Aquellas y aquellos que la han recibido manifiestan en mayor medida, prácticas sexuales protegidas de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual. De todas formas el trabajo muestra un proceso frágil de apropiación y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

La práctica del aborto es percibida en general de manera negativa por los adolescentes varones y mujeres, de los dos sectores sociales estudiados. Las argumentaciones en algunos casos, se sustentan en fundamentos de tipo moral o ético. No se encontraron referencias religiosas explícitas, aunque en algunos testimonios se encontraron argumentos sostenidos por sectores hegemónicos de la Iglesia Católica y de algunas de las iglesias pentecostales, que se hicieron públicas fundamentalmente a partir del debate parlamentario sobre el Proyecto de ley de Defensa de la Salud Reproductiva, en el 2002.

El estudio revela diferencias sustantivas -a partir del estrato social de pertenencia -en el lugar que ocupa la maternidad y la paternidad en el proyecto de vida y en el momento adecuado para el inicio de la misma. Para las y los adolescentes de sectores sociales medios, la maternidad no es el proyecto fundamental de su vida, se percibe como algo “que va a llegar”, más lejano en el tiempo, el énfasis en este momento está puesto en la continuación de sus estudios. La maternidad o la paternidad, significa un corte dramático en este momento vital y lo consideran una pérdida. La tendencia a posponer la maternidad para otras etapas en el ciclo de vida, no contradice la significación relevante que ésta tiene en la construcción de la subjetividad femenina.

Para las adolescentes de sectores sociales bajos, la maternidad está legitimada. Esta es vivida como una “ganancia”, al sentir que se obtiene mayor reconocimiento social de su entorno, ya que en el hijo o en la conformación de una familia, se depositan las esperanzas de restitución de vacíos afectivos. La maternidad les proporciona un status en su medio social, es la manera de encontrar un “lugar en el mundo”. Sin embargo, el hijo las desplaza de los ámbitos de socialización más amplios, limita aún más sus posibilidades de desarrollo personal, formación e inserción en el mercado laboral. La desigualdad social consolida así, la desigualdad de género y restringe significativamente las posibilidades de transformación en el relacionamiento sexual y reproductivo de las jóvenes. Sumado a otros factores, la pobreza contribuye al inicio de la trayectoria reproductiva a edades muy tempranas y a su vez en este proceso de reproducción biológica y social, se reproducen las condiciones de pobreza.

Este trabajo pone de manifiesto que las mujeres se valorizan socialmente a través de la maternidad, aun cuando también se preparen para actividades profesionales y/ o laborales.

Las adolescentes, tanto aquellas que tienen hijos como las que no los tienen, perciben a la maternidad como una entrada súbita al mundo adulto. La pertenencia de clase señala diferencias entre ellas: las jóvenes de estrato bajo la asumen con mayor naturalidad, mientras que para las de estrato medio, el pasaje a la vida adulta es visualizado como más progresivo.

Los adolescentes perciben a la paternidad como una profunda transformación en la vida de las personas, y se la asocia a responsabilidad, renunciadas y pérdidas. No se perciben con la madurez emocional ni con las condiciones socioeconómicas adecuadas para asumir el rol social de padre. El imaginario social construido en torno al adolescente en general, y al adolescente varón en particular, contribuye a reforzar una imagen de poca capacidad para el desempeño de la paternidad.

En suma, el estudio permite avanzar en alguno de los factores intervinientes en la persistencia de niveles elevados de fecundidad y maternidad en la adolescencia. Entre ellos se destacan: **1-** la asimetría de poder entre mujeres y varones y la permanencia de los modelos tradicionales de masculinidad y femineidad, que dejan escaso margen a muchas adolescentes para que, en el marco de sus relaciones afectivo sexuales, independicen su vida sexual de la reproducción; **2-** un proceso frágil de apropiación y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; **3-** la información sobre el uso de métodos anticonceptivos, no es suficiente como estrategia para revertir la prevalencia de los embarazos en la adolescencia y promover cambios en las conductas sexuales y reproductivas de los adolescentes; **4-** estas evidencias se refuerzan y reproducen con mayor intensidad a partir de las desigualdades sociales y de género.

“LA FECUNDIDAD: EVOLUCIÓN Y DIFERENCIALES EN EL COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO” (VARELA, POLLERO, FOSTIK, 2008)

Este trabajo, forma parte de un proyecto más amplio realizado por investigadores del Programa de Población de la Unidad Multidisciplinaria de la Facultad de Ciencias Sociales de la Udelar, cuyo objetivo fue estudiar el escenario sociodemográfico de la población uruguaya en el período 1996-2006.

En el capítulo referido a la fecundidad, se analiza el comportamiento reproductivo de las mujeres en edades reproductivas (15 a 49 años) en el período 1996-2006, teniendo en cuenta la existencia de patrones reproductivos diferenciales de acuerdo a las condiciones sociales y económicas de las mujeres. En particular, se pretendió arrojar luz sobre los actores que llevan adelante descenso de la fecundidad por debajo del reemplazo de la población¹⁸ en el período 1996-2006.

Dado que el estudio también abarcó el comportamiento reproductivo de las mujeres adolescentes, se presentan los principales resultados alcanzados, en relación a esta subpoblación de mujeres.

El marco conceptual que orienta el estudio del comportamiento reproductivo de las mujeres, se basa en las Teorías de la Transición Demográfica y la Segunda Transición Demográfica. A su vez se considera el análisis teniendo en cuenta el paradigma de la desigualdad social.

El diseño metodológico se basó en el análisis cuantitativo de datos secundarios a partir de la información proveniente de la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada (ENHA) del 2006 (INE) y los Censos de Población y Viviendas (INE, 1975, 1985, 1996).

Los indicadores demográficos utilizados fueron: Tasa Global de Fecundidad (TGF)¹⁹, tasas específicas de fecundidad²⁰ y paridez media acumulada²¹.

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

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

20 La tasa específica de fecundidad por edad, es el número medio de hijos tenidos por las mujeres a cada edad (o grupo de edad), ocurridos durante un período determinado (suele ser anual). Generalmente esta medida se calcula para su mejor comprensión, cada mil mujeres.

21 La paridez media acumulada es el número medio de hijos tenidos hasta determinada edad, que en

Cómo ejes analíticos para diferenciar la fecundidad se usaron los años de educación alcanzados, la condición de pobreza y el lugar de residencia.

Entre los principales resultados del estudio se destaca la contribución de la población adolescente en el descenso de la fecundidad total (TGF) entre 1996 y 2006. Esta desciende de 2 hijos y medio en promedio por mujer a 2,04 hijos. Esta caída constituyó un hito en la historia demográfica del país ya que por primera vez la fecundidad atravesaba el nivel mínimo necesario para que se reemplace la población.

En relación a las adolescentes, el trabajo destaca que, si bien la tasa de fecundidad adolescente desciende en el período 1996-2006 de 71 por mil a 63 por mil, el descenso es menor que el registrado en la TGF y se mantiene más elevada que la registrada en 1963. También es relevante la persistencia de brechas en el comportamiento reproductivo entre Montevideo y el interior del país. Si bien el descenso de la fecundidad en estas edades es mayor en los departamentos que comprenden el interior del país que en Montevideo, se mantienen diferencias entre ambas regiones en la medida que el interior del país parte de niveles bastante más elevados que la capital.

En relación a los diferenciales que se establecen a partir de la educación alcanzada y el lugar que ocupan en la estructura social, se plantea que la fecundidad de las adolescentes de los tres niveles educativos: primaria (incompleta y completa), Ciclo Básico de Secundaria (incompleta y completa), y Segundo Ciclo de Secundaria (incompleta y completa), ha descendido. Las menos educadas son las que registran una disminución mayor (-51,5 %). Este declive es más significativo que en los restantes niveles educativos, fundamentalmente porque son las adolescentes que acumulan pocos años de educación, las que mayoritariamente inician la trayectoria reproductiva en esta etapa del ciclo de vida. Por el contrario, a mayor nivel educativo, ésta es prácticamente inexistente.

En relación a la condición de pobreza el comportamiento es similar a lo observado de acuerdo a los años de educación acumulados. Las adolescentes en situación de pobreza son las que mayoritariamente inician la maternidad en esa etapa.

En suma, este estudio deja en evidencia un cierto cambio en la edad de inicio de la maternidad en las distintas cohortes de adolescentes. Se constata el rezago de la misma en las generaciones más jóvenes, lo que podría interpretarse como indicador de bienestar femenino. Sin embargo, las cohortes que transitan la adolescencia en el año

promedio acumulan las mujeres de cada cohorte de edad. Constituye la experiencia reproductiva real de cada cohorte.

2006 continúan presentando un nivel de fecundidad más elevado que las adolescentes a mitad del siglo XX. El trabajo también comprueba la importancia de la educación y las condiciones de bienestar o privación social en la postergación de la edad de inicio de la maternidad. Ello no implica que, también se haya registrado un cambio en las subpoblaciones de adolescentes en condiciones de bajo nivel educativo y situación de pobreza, y que ello haya impactado en el descenso de la fecundidad total.

“MATERNIDAD Y FECUNDIDAD EN EL URUGUAY A QUINCE AÑOS DE EL CAIRO” (VARELA, 2009).

Este documento fue realizado por el Programa de Población de la Unidad Multidisciplinaria de la FCS-UdelaR y tuvo la finalidad de analizar la evolución de la fecundidad adolescente entre 1996 y 2006, en el marco de desarrollo de los programas de salud sexual y reproductiva (SSR). Se reflexiona sobre los avances y carencias de la salud sexual y reproductiva en el Uruguay desde la implementación de programas en SSR a partir de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (CIPD), y su interrelación con la evolución y la situación actual de la fecundidad adolescente.

El trabajo se realiza a partir de documentos existentes sobre la evolución de los programas en SSR y la explotación de datos secundarios provenientes de los Censos de Población, Proyecciones de Población y Estadísticas Vitales del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Los indicadores utilizados para la medición de la fecundidad fueron las tasas específicas de fecundidad y paridez media acumulada. Para diferenciar y caracterizar el comportamiento reproductivo se construyó un indicador de educación en tres categorías: 1) primaria incompleta, 2) primaria completa y ciclo básico de secundaria incompleto y 3) ciclo básico de secundaria completo y segundo ciclo incompleto.

Entre los principales resultados del estudio se destaca, la vinculación del deterioro social y económico registrado en el país en la década de 1990, con el incremento de la fecundidad en la adolescencia entre 1985 y 1996. Se pone de manifiesto que en este período mientras las adolescentes experimentaban un aumento de la maternidad (21%), las jóvenes (20 a 29 años) mostraban un descenso sostenido (12%). Este fenómeno fue el que explicó el estancamiento aparente de la fecundidad total. El incremento de adolescentes que iniciaban su trayectoria reproductiva en esta etapa del ciclo de vida, estaba compensado por el descenso de la fecundidad de las mujeres de edades más avanzadas.

En la década siguiente (2000), la TGF se sitúa por debajo del reemplazo (TGF: 2,04), fenómeno que impacta en distintos actores estatales y en la sociedad civil, al constatar

que se había llegado al límite del reemplazo. Este fenómeno fue acompañado por el descenso importante de la fecundidad adolescente (-11,4%), a la vez que la fecundidad de las jóvenes continuaba disminuyendo (registró un descenso superior al del grupo adolescente, 26%). La hipótesis que subyace es que este descenso se vincula con la implementación de los Programas en SSR a partir de 1996. Sin embargo, este documento deja en evidencia que el descenso de la tasa de fecundidad adolescente, de 72 por mil a 63 por mil en el año 2006, continúa siendo elevado comparativamente con la trayectoria de las cohortes de mitad de siglo XX y en relación al comportamiento del promedio de América Latina.

Otro aspecto que se destaca es la desigualdad en el comportamiento reproductivo de las adolescentes al analizarla de acuerdo a los años de educación acumulados, cuestión que trabajos anteriores ya lo habían constatado. La comparación en el período, si bien también se registra un descenso en las adolescentes de los distintos niveles educativos, se mantienen brechas reproductivas importantes entre aquellas que acumulan pocos años de educación (primaria incompleta) y aquellas que tienen mayor educación (ciclo básico de secundario completo y más).

El documento hace referencia a que en base a los trabajos de López et al (2003 y 2006), se pudo realizar un análisis sobre la implementación de las distintas etapas de los programas en SSR de 1996 a 2006. Estos revelan logros y desafíos en materia de derechos y SSR para las y los adolescentes. Los mismos han significado avances hacia el cumplimiento de las metas de la CIPD y de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La implementación de los primeros programas en SSR supuso el primer paso hacia la institucionalización de una política hacia un modelo de salud sexual y reproductiva de atención integral basado en una concepción de derechos y de género. Sin embargo, los primeros programas tuvieron un enfoque teórico de corte asistencialista, centrado en el fortalecimiento del área Materno-Infantil y como proveedor de anticonceptivos como forma de enfrentar los emergentes sociodemográficos: la fecundidad adolescente y el elevado número de hijos tenidos por las mujeres en condición de pobreza. Los programas que se sucedieron fueron avanzando hasta un modelo integral de salud con una orientación de derechos.

El estudio planteó que la legitimación y práctica de esta nueva concepción constituye un proceso que aún está en camino. El cambio desde un paradigma que permita superar la consideración de la SSR, con un enfoque teórico de corte asistencialista y centrado en la reducción de “riesgos”, hacia otro fundado en la promoción de una sexualidad satisfactoria basada en relaciones igualitarias entre mujeres y varones, protegida de enfermedades y libre de embarazos no deseados, implica transformaciones culturales y sociales en los distintos actores involucrados que, en tanto comportamientos constituyen procesos que insumen períodos de largo plazo.

El documento concluye que se puede decir que los Programas en SSR en el Uruguay han avanzado en forma sustantiva a partir de los acuerdos asumidos en la CIPD. Este nuevo escenario probablemente ha tenido implicaciones en el comportamiento reproductivo de las mujeres, y particularmente en el descenso que se observaba a finales de la década de 1990. Este planteo se realiza a nivel de hipótesis a contrastar, ya que no se cuenta con elementos que puedan establecer la correlación entre el descenso operado en la fecundidad adolescente y estos programas.

Por último quedan planteados algunos desafíos para un mayor avance en la SSR de las y los adolescentes: la despenalización del aborto, que constituía una gran deuda en ese entonces; una mayor integración de la política en SSR con otras políticas sociales; ampliar los servicios de SSR al sub-sector privado; generalizar la educación sexual en todo el sistema educativo: público y privado; mayor involucramiento de las y los adolescentes en los programas de SSR; implementar una política de difusión de los servicios de SSR y avanzar en la cobertura de los programas en todo el territorio nacional.

“MATERNIDAD ADOLESCENTE EN EL URUGUAY: ¿TRANSICIÓN ANTICIPADA Y PRECARIA A LA ADULTEZ?” (VARELA Y FOSTIK, 2011)

Este trabajo es un primer resultado sobre una investigación llevada a cabo por investigadoras del Programa de Población de la Unidad Multidisciplinaria de la Facultad de Ciencias Sociales de la Udelar sobre Transición a la Adulthood en el Uruguay. En este artículo se analizan: i) los procesos sociales y culturales que caracterizan la maternidad en la adolescencia y establece los vínculos de la reproducción en esta etapa del ciclo de vida con la exclusión social, las desigualdades de género, el contexto familiar y las carencias en programas de salud sexual y reproductiva, ii) las relaciones de la maternidad en la adolescencia con otros eventos que caracterizan la transición a la adultez (iniciación sexual, salida del hogar de origen, salida del sistema educativo, formación de pareja, ingreso al mercado de empleo), iii) establece cuáles son los eventos de la transición a la vida adulta que aceleran la entrada a la maternidad en la adolescencia, y en qué medida las adolescentes que tienen hijos aceleran el proceso de transición a la adultez.

Para el análisis utiliza el enfoque teórico-metodológico del curso de vida y transición a la adultez. En este marco la adolescencia se ubica entre la niñez y la adultez. En esta etapa los eventos sociodemográficos que la caracterizan y que determinan la transición a la adultez son: la salida del sistema educativo, entrada al mercado de empleo, emancipación del hogar de origen, la unión y el primer hijo.

La estrategia metodológica seguida por las autoras, se centra en el análisis descriptivo y biográfico a través de los modelos de riesgo (modelos semiparamétricos de Cox),

sobre los fenómenos que caracterizan y explican el inicio de la maternidad en la adolescencia. A través de ello se intenta identificar los fenómenos que aceleran o disminuyen el riesgo de tener un hijo en la adolescencia, tomando en consideración el resto de los eventos de la transición a la vida adulta y una serie de variables de control.

Las fuentes de información que se emplean en este trabajo son las Encuestas Nacionales de Adolescencia y Juventud (ENAJ) realizadas en los años 1990 y 2008 por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Las variables utilizadas para analizar la entrada a la maternidad en la adolescencia y sus relaciones con el pasaje a la vida adulta son: inicio de la vida reproductiva, inicio de la vida sexual, salida del sistema educativo, entrada al mercado de trabajo, formación de un hogar independiente, formación de pareja. Las variables empleadas para medir el impacto de las desigualdades sociales y de género son: nivel educativo de los padres, situación de pobreza, situación conyugal, tipo de hogar, inserción en el sistema educativo, inserción en el mercado de trabajo, nivel educativo de las jóvenes, acceso a educación sexual, uso de anticonceptivos (habitual y en la última relación), edad de inicio de las relaciones sexuales, edad al primer hijo, grado de satisfacción de tener un hijo en la adolescencia, preferencias para el proyecto de vida.

De los principales resultados del análisis descriptivo se desprende que los hogares de las adolescentes que fueron madres registran bajo clima educativo y mayor privación económica. Estas condiciones del hogar se vinculan con un abandono temprano del sistema educativo de las adolescentes, con sus consecuencias en una reproducción más precoz.

En cuanto al nivel educativo de las adolescentes, tomando el grupo de 18 y 19 años, que dentro de las madres son la mayoría, la mitad de ellas alcanzaron solamente primaria completa y un 40% cursó el primer ciclo de secundaria. En cambio, entre quienes no fueron madres en esas edades, el 40% culminó secundaria completa o más.

Como sostienen las autoras, el abandono temprano del sistema educativo implica una transición precoz a la vida adulta en este plano. Dicha transición se asocia a una entrada precaria a la adultez, ya que el menor nivel de logro en educación dificulta ampliamente el acceso a los sectores más calificados del mercado de trabajo, que presenta una alta segmentación y cada vez mayor especialización.

La composición de los hogares de las madres adolescentes revela que un 36% de ellas forman un hogar propio (con pareja o solas), mientras que la mayoría se mantienen en hogares extendidos y compuestos (56,4% y 7,4%, respectivamente). La maternidad en esta etapa de la vida no está acompañada de una independencia del hogar de origen.

Además, estos hogares donde viven las adolescentes con sus hijos suelen carecer de bienestar económico.

El vínculo entre educación y retraso en el inicio de la sexualidad también se constata en este trabajo. Las adolescentes que solo alcanzan la primaria presentan un porcentaje más elevado de iniciación a edades muy tempranas del ciclo de vida, el 90 % de este grupo de adolescentes se inicia antes de los 16 años. Entre aquellas que finalizan la secundaria es del 67%. Queda reflejado en estos datos que a mayor acumulación de nivel educativo hay un inicio más tardío del ejercicio de la vida sexual.

Un dato que releva la insatisfacción de las jóvenes con el calendario reproductivo precoz, es que el 85% de las madres adolescentes expresa que le hubiese gustado tener su primer hijo a edades más avanzadas.

El modelo explicativo muestra que haber realizado cualquiera de los eventos que son considerados indicadores de la transición a la vida adulta aumenta el riesgo de ser madre en la adolescencia, cuando se analiza cada transición por separado. El impacto de haberse insertado en el mercado de trabajo es positivo, aumentando 9 veces el riesgo de realizar la transición a la maternidad en la adolescencia. La salida del sistema educativo aumenta más de 10 veces el riesgo de realizar la transición a la maternidad en esta etapa de la vida, al igual que la emancipación del hogar de origen, que aumenta 5 veces este riesgo en comparación con las jóvenes que no realizaron dicha transición.

Otro de los resultados que aborda el trabajo es que a mayor nivel educativo de la joven y de la madre, el riesgo de realizar la transición al primer hijo en la adolescencia disminuye. Aunque el nivel educativo de la madre solo reduce de manera significativa el riesgo de hacer la transición a la maternidad en esta etapa de la vida cuando se trata del nivel más alto de educación, es decir, por lo menos la secundaria completa.

De los modelos construidos, la observación más importante que destacan las autoras es que la transición a la maternidad no constituye un evento que aumente el riesgo de hacer la transición al mercado de trabajo en la etapa de la adolescencia, incluso controlando por las otras transiciones y por las variables de control. El hecho de que la maternidad en la adolescencia disminuya el riesgo de insertarse en el mercado de trabajo en ese período de la vida, confirma los hallazgos del análisis descriptivo, donde se muestra que la maternidad en la adolescencia en general, se transforma en el único proyecto de vida y predispone a las jóvenes a un cierto nivel de reclusión en el ámbito doméstico. Todo ello promueve una mayor exclusión social que refuerza el círculo de pobreza y contribuye a reproducir entre las generaciones el inicio de la maternidad en la adolescencia.

“JÓVENES DE HOY, ADOLESCENTES DE AYER EN EL URUGUAY: MATERNIDAD Y DESEMPEÑOS” (VARELA Y LARA, 2012)

Este documento fue realizado por investigadoras del Programa de Población y de Historia Económica de la Unidad Multidisciplinaria de la Facultad de Ciencias Sociales de la UdelaR.

El trabajo analiza y compara los diferentes desempeños sociales a los que arriban las jóvenes uruguayas de dos cohortes, que cursaban la última etapa de la juventud en 1990 y 2008 y que fueron madres adolescentes con aquellas que no lo fueron. Se consideran las divergencias entre unas y otras en: paridez media alcanzada, educación, inserción laboral, pobreza y reclusión en el ámbito doméstico. También se indaga la interrelación del momento en que se tiene el primer hijo con otros eventos del tránsito a la vida adulta.

El enfoque teórico-metodológico se basa en el curso de vida y estudia la maternidad adolescente a través del análisis descriptivo de variables que dan cuenta de los desempeños y transiciones de las jóvenes, vinculados con la etapa del ciclo de vida en que iniciaron la reproducción. Para ello se aplican los métodos de Kaplan Meier y un método econométrico probit. Las fuentes de información utilizadas fueron las Encuestas Nacionales de Adolescencia y Juventud realizadas en 1990 y 2008 por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

El trabajo avanza en relación a investigaciones sociodemográficas anteriores sobre fecundidad y maternidad en la adolescencia en el Uruguay. Estos mostraron evidencias acerca de la vinculación de este fenómeno con la desigualdad social, las carencias en salud sexual y reproductiva y las desigualdades de género. También se mostró en los distintos trabajos, las dificultades de estas adolescentes para realizar otras actividades más allá de la maternidad y la vida doméstica. Sin embargo, había quedado pendiente para futuras investigaciones estudiar los desempeños sociales a los que arriban las mujeres -que durante la adolescencia iniciaron la trayectoria reproductiva- una vez que están próximas a finalizar la juventud y a ingresar a la adultez. Los desempeños sociales se analizan a través de los logros alcanzados por estas jóvenes en el ámbito educativo, laboral y en la vida pública en general.

Los principales resultados revelan que la mayoría de las jóvenes que tuvieron su primer hijo en la adolescencia, al final de la juventud, tienen una paridez elevada (orden 2 o superior), alcanzan educación primaria (seis años en total), presentan una baja inserción en el mercado de empleo, se encuentran recluidas en el ámbito doméstico y en situación de pobreza. Este escenario, revela que estas jóvenes arriban a la vida adulta con precariedades que limitan su adecuada inserción social y desempeño en ella.

Esta situación se mantiene en ambas generaciones estudiadas. Las jóvenes de hoy y ayer, que realizaron la transición de la maternidad en la etapa adolescente, arriban a la adultez como plantean Mora y Oliveira (2009), con una trayectoria de exclusión social. Ello implica una precaria y vulnerable situación tanto en la vida privada como en la vida pública.

Las trayectorias vitales de estas jóvenes, dejan al descubierto las “huellas” de la maternidad temprana en relación a aquellas que pospusieron la maternidad para etapas posteriores en el ciclo de vida. Estas se traducen en diferencias en el comportamiento reproductivo y en los desempeños sociales que de alguna manera comprometen las condiciones de vida a las que estarán sujetas en la adultez.

La situación es marcadamente diferente con las jóvenes que posponen la maternidad para otras etapas de la juventud o que incluso no transitan este evento. El momento en que se procesan los distintos eventos de la transición a la adultez, así como los desempeños sociales, revelan importantes desigualdades sociales y una tendencia a la polarización tanto en el comportamiento reproductivo como en los desempeños sociales.

Al comparar la paridez alcanzada por unas y otras se observó una diferencia de un hijo más para aquellas que iniciaron la maternidad en la adolescencia. En el ámbito educativo, estas últimas presentan un nivel educativo inferior al de las jóvenes que pospusieron su maternidad. Este escenario, plantea un comportamiento divergente entre ambas generaciones que profundiza las brechas educativas.

En relación a la inserción en la actividad económica también se observaron diferencias importantes entre unas y otras. Para la cohorte que transita la juventud en 1990 y que fueron madres en la adolescencia, la mitad de ella no estaba inserta en el mercado laboral. Esta situación, si bien cambia para 2008 (descienden a un 35% las no insertas), en comparación con las que no tuvieron hijos en la adolescencia, revela una vez más las brechas existentes. Las que pospusieron la maternidad para otras etapas, solamente un 27% en 1990 y un 15% en 2008 no estaban insertas en el mercado laboral.

Como corolario de esta situación se observa que una gran parte de las mujeres que inician tempranamente la reproducción, aparecen recluidas en el ámbito doméstico y en gran proporción en condiciones de vida carenciadas donde persisten altos niveles de pobreza, situación bien diferenciada con las otras jóvenes.

El documento también indagó acerca de la interrelación de la maternidad en la adolescencia con la edad en que se operan otros eventos característicos de la transición a la adultez (salida del sistema educativo, salida del hogar de origen, entrada al mercado de trabajo). Los resultados mostraron que, al momento de realizar la transición a la maternidad, la mayoría de ellas ya habían salido del sistema educativo y sólo la mitad logra

insertarse en el mercado laboral y emanciparse del hogar de origen. Esta situación se plantea en la generación 1990 y prácticamente se mantiene para la generación 2008, salvo en la educación donde se observa para esta última, una mayor retención en el sistema educativo. La situación es marcadamente diferente con las jóvenes que posponen la maternidad para otras etapas de la juventud o que incluso no transitan este evento. Retrasan la salida de la educación, entran en mayor proporción al mercado de trabajo en la etapa de la juventud, y mayoritariamente (75%) posponen la emancipación del hogar de origen para después de los 25 años.

Estas evidencias ponen de manifiesto que el posponer la transición a la maternidad más allá de la etapa adolescente, posibilita una transición a la vida adulta más sólida, lo que probablemente redunde en mejores desempeños en la adultez.

Por último, el modelo econométrico probit aplicado para analizar los determinantes de haber sido madre en la etapa adolescente, mostró que, el nivel educativo de la madre y las condiciones socioeconómicas del hogar, son variables que contribuyen a explicar el haber sido madre en la adolescencia. Aunque se destacan diferencias entre ambas generaciones, persiste la importancia tanto de un mayor nivel educativo de la madre como el mayor nivel socioeconómico para disminuir la probabilidad de que la joven haya tenido un hijo en su adolescencia.

En suma, este trabajo demuestra que los desempeños sociales y logros a los que arriban las jóvenes que iniciaron la maternidad en la etapa adolescente, dejan “huellas” que comprometen las condiciones con las que estas jóvenes arriban a la juventud tardía y que vulneran su inserción en la vida adulta.

“MATERNIDAD EN LA JUVENTUD Y DESIGUALDAD SOCIAL” (VARELA, FOSTIK Y FERNÁNDEZ, 2012)

Este documento fue realizado por investigadoras del Programa de Población de la Unidad Multidisciplinaria de la FCS-UdelaR y constituye un segundo producto del proyecto sobre Transición a la Adultez en el Uruguay. El mismo avanza y complementa el análisis del trabajo publicado por Varela y Fostik en 2011.

El objetivo del artículo fue estudiar la transición al primer hijo de las mujeres jóvenes (15 a 29 años), como uno de los eventos característicos de la transición a la adultez, considerando la importancia de su interrelación con otros eventos del pasaje a la vida adulta, como la emancipación del hogar de los padres, la salida del sistema educativo (por deserción o egreso) y el primer empleo. Para ello se describe el comportamiento reproductivo de las jóvenes de distintos sectores sociales, realizando una comparación entre dos generaciones, las que cursaron su juventud en 1990 y en 2008.

Como se mencionara *supra* en la sistematización de los trabajos anteriores, la adolescencia está comprendida en la etapa de la juventud y la transición a la adultez. Por ello, se incorpora este documento a la sistematización de la producción en investigación sobre fecundidad y maternidad adolescente.

El enfoque teórico-metodológico desarrollado es el de la transición a la adultez y curso de vida. Este abordaje se concentra principalmente en la dimensión temporal de los eventos, considerando las edades y las etapas del curso de vida en que se suceden.

El diseño metodológico se basó en el análisis biográfico de la edad de inicio de la maternidad. Las fuentes de información son las Encuestas Nacionales de Adolescencia y Juventud (ENAJ) realizadas en los años 1990 y 2008 por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Se entrevistaron a 3446 mujeres entre 15 y 29 años de edad en 1990, y a 2058 en 2008.

Los principales resultados mostraron que las mujeres jóvenes en 2008 entran a la maternidad de forma más tardía en relación a las jóvenes del año 1990. En particular esto se evidencia a partir de los 22 años de edad, ya que entre los 15 y 19 años no hay cambios entre los dos períodos analizados. Lo que constata la persistencia del inicio de la maternidad en la etapa adolescente.

Cuando se introduce la educación como variable de corte analítico, se observa que el porcentaje acumulado de mujeres que experimentaron el evento de tener el primer hijo con bajo nivel educativo, es mayor en todas las edades en relación a los niveles educativos más altos. A su vez, este fenómeno se agudiza en las cohortes que transitan la juventud en el año 2008 ya que se incrementa la brecha entre las más y menos educadas.

Es este artículo comprueba hallazgos anteriores acerca de las implicancias del abandono escolar en el inicio de la maternidad en la adolescencia. En palabras de las autoras: “salir del sistema educativo predispone a las jóvenes a tener hijos a edades más tempranas que sus pares que continúan escolarizadas”. Por tanto, el nivel educativo de las jóvenes y la permanencia o no dentro del sistema educativo, junto el contexto de socialización (aproximado por el nivel educativo alcanzado por sus madres), podrían ser elementos claves que contribuyan a explicar un proceso de polarización en la intensidad de la entrada a la maternidad entre los dos períodos estudiados.

Otro resultado del trabajo vinculado a la zona de residencia muestra que a los 20 años de edad, las mujeres que viven fuera de la capital del país presentan un leve retraso en el inicio de la maternidad en 2008 en comparación con la cohorte de 1990.

En cuanto a la entrada en el mercado laboral, el porcentaje acumulado de las jóvenes que experimentaron el evento de tener el primer hijo a los 20 años y que ya estaban insertas en el mercado laboral era de 43% en 1990 y se mantiene en niveles similares en 2008. Esto implicaría un fuerte vínculo entre la transición a la maternidad durante la adolescencia y la participación por parte de estas jóvenes en el mercado de trabajo para ambos períodos.

Por otro lado, en relación a la emancipación del hogar de origen, los resultados arrojan que el porcentaje acumulado de mujeres emancipadas que tuvieron su primer hijo (para todas las edades) es notoriamente más elevado en 1990 que en el año 2008. Esto se condice con el hecho de que en la actualidad, la emancipación no se debe necesariamente por el hecho de la maternidad. Ello es indicativo de que existen diferentes opciones de salida del hogar de origen. No obstante, la emancipación y la maternidad son eventos que se hallan asociados, tanto en 1990 como en 2008.

El trabajo concluye con recomendaciones en materia de políticas públicas, de forma de lograr reducir las desigualdades de género que aún persisten y mejorar las condiciones de vida limitadas que viven algunas jóvenes en Uruguay hoy, ya sea por su educación o por el contexto en el cual se socializaron. La permanencia en el sistema educativo emerge como un punto clave para avanzar en esta materia desde una perspectiva de los derechos humanos. Se realiza énfasis sobre la necesidad de contar con políticas públicas y sociales que mejoren las condiciones de las mujeres para decidir el momento para tener hijos o no tenerlos, así como el número a tener.

“NECESIDADES Y DEMANDAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN MUJERES ADOLESCENTES URUGUAYAS” (MYSU, 2013)

En 2011-2012, el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva de MYSU realizó un estudio sobre “Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas de entre 15 y 49 años”, con el apoyo de UNFPA y OPS-OMS.

El objetivo de este trabajo fue generar información sobre distintos componentes de la salud sexual y reproductiva en términos de demandas y necesidades, acceso a servicios, prácticas de autocuidado y cuidado de la salud en mujeres entre 15 y 49 años del país urbano. En este se dedica un capítulo a las trayectorias reproductivas de las adolescentes. Constituye una mirada descriptiva de algunos aspectos relevados en el mencionado estudio con relación a la población de mujeres adolescentes de entre 15 y 18 años, con la finalidad de caracterizar el inicio sexual, las trayectorias reproductivas y el acceso a bienes, información, derechos y servicios de salud sexual y reproductiva en este grupo poblacional.

El análisis se realiza a partir de una encuesta en hogares representativa a nivel nacional a 1.128 mujeres en edad reproductiva entre 15 y 49 años de edad en las zonas urbanas del país (localidades de 5.000 y más habitantes). Además se realizó una muestra adicional de 203 adolescentes entre 15 y 18 años²².

Para estudiar el comportamiento reproductivo y la salud sexual y reproductiva se utilizaron indicadores que dieron cuenta de las diferencias que se establecen a partir de las desigualdades sociales y de género. Se utilizaron como variables de corte: nivel socioeconómico, nivel educativo y rezago escolar, edad, cobertura de salud y residencia en términos dicotómicos: Montevideo – interior del país.

Entre los principales resultados se destaca el adelanto en el calendario de inicio de relaciones sexuales entre las generaciones más jóvenes. Un 52% de las mujeres entre 15 y 17 años ya se iniciaron sexualmente. Al analizarlo por nivel educativo este informe refuerza los hallazgos de las investigaciones y publicaciones anteriores sobre la importancia de la educación en los proyectos de vida de las adolescentes. Las mujeres con menor nivel educativo se inician más temprano. Un 36% de las mujeres con menos de ciclo básico se iniciaron a los 15 años o antes. De acuerdo al nivel socioeconómico, se observa que el 70% de las mujeres entre 15 y 18 años de los hogares más pobres ya se iniciaron sexualmente, en contraste con un 46% entre quienes pertenecen a un nivel socioeconómico más elevado.

En relación al inicio de la trayectoria reproductiva, el 8,6% de las adolescentes encuestadas tuvo al menos un hijo y el 1,3% estaban embarazadas al momento de la encuesta. Las características sociodemográficas de estas jóvenes son de un bajo nivel educativo y nivel socioeconómico. Algo más de la tercera parte estaban insertas en el sistema educativo al momento del embarazo y una de cada cinco abandonó los estudios. Otro dato relevante es que la edad media al primer hijo se sitúa en los 16 años. En aquellas con bajo nivel educativo y estrato social bajo, la edad media al primer hijo desciende a los 15 años.

En suma, este estudio como se mencionara supra, refuerza hallazgos anteriores en cuanto a las características sociodemográficas de las adolescentes que inician la maternidad en la adolescencia. Mayoritariamente presentan baja educación y contextos socioeconómicos vulnerables que inciden en centrar los proyectos de vida de estas jóvenes en la maternidad y el “mundo” doméstico.

22 El relevamiento estuvo a cargo de la empresa consultora FACTUM SA.

“EL PAPEL DE LA PATERNIDAD EN LA TRANSICIÓN A LA ADULTEZ ENTRE LOS VARONES JÓVENES URUGUAYOS” (FOSTIK, FERNÁNDEZ Y VARELA 2014)

Este artículo fue realizado por investigadoras del Programa de Población de la Unidad Multidisciplinaria de la FCS-UdelaR con el propósito de indagar acerca del inicio de la trayectoria reproductiva de dos cohortes de varones que transitaron la juventud en el año 1990 y en 2008 de la juventud. El enfoque teórico-metodológico utilizado es el de curso de vida y transición a la adultez.

Si bien este documento estudia la edad al primer hijo para los varones jóvenes, se lo ha considerado para el análisis debido a que -como se mencionara anteriormente- en la conceptualización de la transición a la adultez, los adolescentes están incorporados en esta etapa del ciclo de vida.

Existen muy pocos trabajos tanto a nivel nacional como regional que han explorado acerca de la fecundidad y paternidad masculina, en particular, por las limitaciones que se presentan en la obtención de los datos. Como se destacara en la introducción de este capítulo, es sabido que se desconoce más sobre la descendencia final de los varones, así como su etapa de fertilidad. Ello introduce sesgos por sub-declaración que dificultan la real dimensión de la fecundidad masculina.

El estudio es de carácter exploratorio debido a la escasa existencia de estudios anteriores. Las fuentes de información que se emplean en este trabajo son las Encuestas Nacionales de Adolescencia y Juventud (ENAJ) realizadas en los años 1990 y 2008 por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Estas encuestas son representativas a nivel del país, de la capital (Montevideo) y de localidades urbanas del interior con más de 5.000 habitantes. Se entrevistó a 2.726 varones de entre 15 y 29 años de edad en 1990, y a 1.957 en 2008.

La investigación presenta el perfil sociodemográfico del tránsito a la paternidad de dos cohortes de varones. Las variables de corte analítico empleadas son: i) el nivel educativo alcanzado; ii) la simultaneidad con otros eventos de la transición a la adultez; iii) el nivel socioeconómico de la familia de origen, y iv) el tamaño de la localidad de residencia.

Dentro de los principales resultados de este trabajo se encuentra que los varones jóvenes tienen un calendario reproductivo más postergado que el de las mujeres, ya que tres cuartas partes de los padres se hallan en las edades de juventud tardía (25 a 29) mientras que en el caso de las mujeres lo son un 60% de ellas. Este mayor retraso en el calendario de los varones en relación a las mujeres también se constata para todos los niveles educativos. Sobre esta evidencia, las autoras introducen la hipótesis

que el tránsito a la vida adulta para los varones está caracterizada por otros eventos, como el ingreso al mercado laboral y/o la salida del hogar de origen.

De acuerdo a Varela, Fostik y Fernández (2014) la proporción de jóvenes que realiza el tránsito a la paternidad en la adolescencia es muy reducida, siendo el porcentaje acumulado de alrededor del 9% a los 20 años; y algo menos de la mitad de los jóvenes a los 29 años aún no tuvieron su primer hijo. Cuando se introduce la educación, se observa que cuanto menos nivel alcanzado, más alto es el porcentaje acumulado de varones que son padres en la adolescencia.

En este trabajo también se realizan cortes por zona geográfica, y se identifica entre 1990 y 2008 un mayor retraso en el calendario reproductivo de los varones que residen en Montevideo en relación a otras zonas geográficas. Si se considera la educación de sus madres como proxy al contexto de socialización de los jóvenes, se registran mayores porcentajes acumulados de varones padres cuando ellos provienen de contextos de pobre socialización. En el año 2008 a los 20 años de edad el porcentaje acumulado de padres varones es de 15%, frente a 8% que se registraba en 1990, es decir, el contexto de socialización de los jóvenes es aún más determinante en la actualidad que en los noventa.

Los resultados del análisis de supervivencia complementan el estudio descriptivo, ya que al evento de tener el primer hijo se agregan otros eventos como entrada al mercado laboral, salida del hogar de origen y salida del sistema educativo. Según las autoras, tanto en 1990 como en 2008 los porcentajes acumulados de jóvenes que experimentan el evento de tener un primer hijo son mayores a todas las edades entre quienes ya habían comenzado a trabajar, y entre quienes ya se habían emancipado del hogar. Nuevamente la educación marca la diferencia entre los más jóvenes, a los 20 años los porcentajes acumulados entre quienes habían salido del sistema educativo eran del 10% en 1990 y 17% en 2008 entre quienes ya habían salido del sistema escolar; siendo muy bajos estos porcentajes cuando se trata de jóvenes que permanecen en el sistema.

En conclusión, el estudio muestra diferencias relevantes con las mujeres y a su vez algunas similitudes. Los varones realizan el tránsito al primer hijo más tardíamente que las mujeres incluso cuando se considera el corte por nivel educativo. Sin embargo, se encuentra que al igual que para las adolescentes, la educación tienen un rol fundamental en la postergación del inicio de la trayectoria reproductiva. También se encuentran coincidencias en relación al lugar de residencia. Vivir en la capital del país disminuye el riesgo de ser padre en la etapa adolescente.

*“MATERNIDAD Y PATERNIDAD EN LA JUVENTUD TEMPRANA EN EL URUGUAY”
(VARELA, FOSTIK Y FERNÁNDEZ, 2014)*

Este artículo fue realizado por un equipo de investigadoras del Programa de Población de la Unidad Multidisciplinaria de la Facultad de Ciencias Sociales de la Udelar. El documento sintetiza y estudia comparativamente los resultados de dos trabajos previos que analizan la transición del primer nacimiento en el marco de la transición a la vida adulta. En dichos trabajos se investiga por separado las características de este fenómeno para mujeres y hombres jóvenes, comparando la evolución de dos cohortes separadas entre sí por 20 años (Varela, Fostik y Fernández, 2012; Fostik, Fernández y Varela, 2014). Este trabajo se propone lograr una síntesis de esos resultados desde una perspectiva de género, concentrando el análisis en el comportamiento de la cohorte de jóvenes que transitan la juventud en el año 2008.

Las autoras plantean que estudiar este fenómeno teniendo en cuenta a las mujeres y los varones constituye un aporte importante para la comprensión de un aspecto clave de la dinámica demográfica del país. La transición a la maternidad y la paternidad no debe de tenerse en cuenta solamente a partir del estudio del comportamiento reproductivo de las mujeres. Este evento es uno de los definitorios del pasaje a la vida adulta de los sujetos, implica responsabilidades y nuevos roles que se deberían asumir por unas y otros con la maternidad y la paternidad. El momento y las condiciones en que los individuos experimentan el primer nacimiento son claves en la manera en cómo se produce el tránsito hacia la adultez (Arnett, 2000; Casal et al., 2006).

Se emplea el enfoque teórico metodológico biográfico basado en el análisis del curso de vida. Las fuentes de datos utilizadas fueron la Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (ENAJ) realizada en el año 2008 por el Instituto Nacional de Estadística, y seleccionan el enfoque teórico metodológico de curso de vida. En la ENAJ se entrevistaron 2052 mujeres y 1957 varones entre 15 y 29 años.

Para el objeto de interés de este capítulo, se tiene en cuenta el análisis de las y los jóvenes comprendidos entre 15 y 19 años, vale decir en la adolescencia. Se realiza una descripción del perfil socio-demográfico de los varones y de las mujeres que tenían un hijo al momento de la encuesta. Es decir, se realiza un análisis transversal de las características que diferencian a las mujeres y los varones que ya tuvieron un hijo al momento de la encuesta. También se estudian las diferencias en el ritmo de transición al primer hijo utilizando el indicador de *Kaplan Meier*, que estima la probabilidad de tener el primer hijo a cada edad basándose en los individuos a riesgo de experimentar dicho evento y en los individuos que lo experimentan efectivamente (Kaplan y Meier, 1958).

Las variables seleccionadas para el estudio fueron: máximo nivel educativo alcanzado (menos de 9 años, de 9 a 12 y 12 y más), tamaño de la localidad de residencia y el máximo nivel educativo de la madre de la y el joven. También se analiza el impacto de haber experimentado o no otros eventos característicos del pasaje a la vida adulta: el inicio de la trayectoria laboral, la salida del sistema educativo y la emancipación del hogar de origen. Se trata de variables dinámicas que varían en función del tiempo, cuyo efecto se analiza mediante las técnicas del análisis de supervivencia.

Entre los principales resultados del análisis descriptivo se destaca el mayor porcentaje de madres adolescentes en relación al de padres adolescentes, 10,6% de las mujeres contra apenas 1,8% de los varones.

En relación al evento del primer hijo según máximo nivel educativo alcanzado en el trabajo se identifican diferencias por género. Mientras que en el caso de las mujeres “las brechas en el ritmo de pasaje al primer hijo de acuerdo al nivel educativo se observan desde edades muy tempranas”, entre los varones esto ocurre en edades más avanzadas, debido a su entrada más tardía a la paternidad. Esta situación también se repite cuando se observa según la condición de pobreza e incluso entre aquellas y aquellos que son padres y que presentan condiciones de bienestar social. Esto permite concluir que -teniendo en cuenta la declaración de las y los jóvenes-, son las mujeres las que aparecen iniciando en mayor proporción el tránsito al primer hijo en la adolescencia y la juventud en su conjunto. El nivel educativo de las madres de los jóvenes, como proxy del contexto de socialización es determinante en el comportamiento reproductivo de los varones y de las mujeres, aunque tiene un mayor impacto entre éstas últimas.

La estimación de la probabilidad de tener el primer hijo a cada edad muestra con claridad que los varones jóvenes presentan un calendario más tardío en este evento ya que a todas las edades las mujeres presentan porcentajes acumulados mayores. Las diferencias se observan en la adolescencia y se incrementan a medida que avanza la edad. Estas brechas una vez más se observan al analizarlo de acuerdo a la educación. Se encuentra que entre las y los adolescentes con educación más baja (menos de 9 años), a los 19 años el 60 % de ellas tienen la probabilidad de ser madres mientras que para los varones es del 20%.

El área de residencia tanto sea en la capital del país como en otras localidades urbanas muestra que en ambos casos, las adolescentes presentan mayor probabilidad de iniciar la maternidad que los varones.

Estos resultados permiten que las autoras concluyan que “la brecha de género entre quienes tuvieron hijos y quienes no se observa entonces más allá del contexto socio-económico de los jóvenes. El nivel educativo de los jóvenes y de sus madres,

la condición de pobreza del hogar o la región de residencia implican magnitudes variables en los porcentajes de varones y mujeres que tuvieron un hijo al momento de la encuesta, pero las diferencias por sexo se mantienen al interior de cada categoría socio-económica”. Esto sugiere diferencias que se vincularían con la persistencia en la sociedad de las desigualdades de género.

En relación a los eventos de ingreso al mercado laboral, emancipación del hogar de origen y salida del sistema educativo al momento de tener el primer hijos, muestran que los varones y mujeres que experimentaron alguno de estos eventos registran porcentajes acumulados más altos de transición al primer hijo respecto a quienes no los vivieron para todas las edades, y en particular para las y los adolescentes. Sin embargo, se vuelven a presentar las diferencias por género.

Este trabajo que sintetiza los dos anteriores que estudiaron por separado el inicio de la maternidad y la paternidad, pone de manifiesto las diferencias en la transición al primer hijo entre las y los adolescentes que probablemente se vinculan a los modelos hegemónicos de feminidad y masculinidad donde la maternidad ocupa un lugar fundamental.

LA FECUNDIDAD EN EL URUGUAY (1996-2011): DESIGUALDAD SOCIAL Y DIFERENCIALES EN EL COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO (VARELA, PARDO, LARA, NATHAN Y TENENBAUM, 2014)

En el marco de la explotación de los datos censales 2011, se llevaron adelante una serie de fascículos del Atlas Sociodemográfico y de la Desigualdad en el Uruguay vinculados a diferentes temáticas. Esta sistematización corresponde al fascículo de fecundidad que fue realizado por investigadores del Programa de Población de la Unidad Multidisciplinaria de la Facultad de Ciencias Sociales de la Udelar y del Instituto Nacional de Estadística (INE).

El trabajo analiza el nivel de la fecundidad del país en las mujeres que se encuentran en distintas etapas del ciclo de vida, así como, sus diferencias territoriales, socioeconómicas y las permanencias y cambios operados entre 1996 y 2011. En este sentido se privilegió el comportamiento reproductivo de las adolescentes (15 a 19 años), las mujeres al final de la juventud y que promedian su vida reproductiva (34 años) y de aquellas que están finalizando su período reproductivo (45 a 49 años).

El enfoque teórico-metodológico se basa en el curso de vida. Los ejes temáticos para el análisis fueron:

- La desagregación territorial de la información censal relativa a la fecundidad y maternidad en la adolescencia por departamentos y secciones censales, así como por barrios de Montevideo, con la finalidad de arrojar luz sobre las especificida-

des del comportamiento reproductivo a nivel subnacional más allá de la habitual división Montevideo – Interior.

- El énfasis en el análisis comparado entre dos momentos del tiempo (1996 y 2011), lo que permitió identificar cambios y continuidades registrados durante el período intercensal.
- La diferenciación de la fecundidad de acuerdo a distintos atributos de las madres (nivel de educación, Necesidades Básicas Satisfechas e Insatisfechas -NBS y NBI- y ascendencia étnico-racial), de modo de caracterizar las diferencias en el comportamiento reproductivo de las adolescentes a partir de clivajes socioeconómicos.

La fuente de datos utilizada fueron los censos nacionales de población de 1996 y 2011 del INE. Los indicadores para medir el nivel de la fecundidad fueron la paridez media acumulada y para medir la maternidad el porcentaje de madres adolescentes.

Los principales resultados de este trabajo revelan que entre 1996 y 2011 a nivel del total del país, hubo una disminución tanto del promedio de hijos acumulados (0,19 a 0,11) como del porcentaje de madres adolescentes (de 14 % a 10%). Los autores señalan que el análisis agregado a nivel del total del país oculta los diferenciales en el comportamiento reproductivo que son visualizados cuando se observan de acuerdo a los ejes analíticos mencionados.

El comportamiento reproductivo analizado de acuerdo a las condiciones de bienestar o privación social muestran brechas importantes. Según los datos del Censo de población de 2011, las adolescentes con dos y más NBI, algo más de una cada cinco son madres, mientras que entre las adolescentes con NBS el porcentaje es muy pequeño (3,6%).

En relación a los años de educación, una de cada cuatro adolescentes con hasta 6 años de primaria es madre y las que logran entre 7 y 9 años de educación son una cada diez y aquellas que logran ir más allá del Ciclo Básico de Educación Media apenas un 3%.

El estudio hace referencia a que estas diferencias en la edad de inicio de la trayectoria reproductiva a partir de la educación alcanzada y el grado de privación o bienestar social, también han sido reveladas por diversas investigaciones tanto a nivel nacional como internacional (Pantelides, 2004; Rodríguez, 2005; Rodríguez y Cavenaghi, 2013; Stern, 2004; Varela y Fostik 2011).

Por último, la ascendencia étnico-racial también trae consigo diferencias en relación al inicio de la trayectoria reproductiva en la adolescencia (14% afro y 9% no afro), aunque menores a las encontradas de acuerdo al nivel de bienestar o privación social y a la educación alcanzada.

Los datos sobre fecundidad adolescente a nivel del total del país ocultan diferencias entre departamentos, que si bien registró un descenso, la caída se procesó con distintas intensidades. Se destaca el descenso mayor en Rocha, Lavalleja y Flores (reducción de casi el 50%), mientras que Artigas, Canelones, Cerro Largo, Florida, Maldonado, Rivera, Soriano y Tacuarembó también muestran una caída relevante (entre 33% y 40%). En los restantes departamentos la fecundidad adolescente descendió más de un 20%, sin excepciones.

Otro aspecto a destacar es que, en el período intercensal 1996-2011- disminuyeron las brechas entre departamentos respecto al nivel de la fecundidad y la maternidad en la adolescencia. Sin embargo, persisten brechas importantes que en algunos casos se profundizan y mantienen un nivel de la fecundidad elevado si se compara con el promedio de América Latina y con otras regiones del mundo.

El trabajo detalla también el comportamiento reproductivo de las adolescentes en la capital del país (Montevideo). En esta se muestra que en el período 1996-2011, disminuye la maternidad adolescente, pero persiste una gran heterogeneidad que se traduce en brechas muy importantes entre los barrios recostados a la costa y aquellos de la periferia del departamento. En algunos barrios, el porcentaje de madres adolescentes es cercanos a cero (Carrasco, Pocitos, Punta Gorda y Punta Carretas), mientras en otros se observan porcentajes muy altos. Los valores llegan hasta el 14% en Manga y Toledo Chico o el 17% en Casavalle: proporciones más elevadas que el promedio de América Latina y el Caribe (13%).

Se plantea que la heterogeneidad territorial responde en gran medida a la asociación de los distintos barrios con la situación de bienestar o privación social. La distribución es muy clara: los barrios del cinturón de la ciudad, donde se ubican los hogares con peores niveles de bienestar, concentran los mayores porcentajes de madres adolescentes, mientras que los barrios que se encuentran en la costa de la capital -que alcanzan mejores niveles de vida- tienen un porcentaje de madres adolescentes muy bajo. Esta lógica se observa para 1996 y se mantiene en el 2011 para la cohorte que cursa la adolescencia.

La asociación entre inicio en la adolescencia de la trayectoria reproductiva y condiciones vulnerables de vida y bajo nivel educativo es extensible a todo el país. También señala que -como lo han mostrado diversos estudios a nivel nacional e internacional- la persistencia de este fenómeno se vincula a la persistencia de las desigualdades de género.

En suma este documento muestra que la fecundidad adolescente disminuyó su nivel en comparación con 1996, y sin embargo se mantiene una proporción elevada de madres adolescentes. Se destaca que lo más relevante es que el fenómeno se concentra en aquellas jóvenes que viven en hogares en situación de carencias críticas y con un bajo nivel educativo. La persistencia de esta asociación explica la resistencia a la baja de la fecundidad adolescente.

Se realizan recomendaciones a considerar en el diseño de políticas de fecundidad las que deberían atender los aspectos estructurales -especialmente la disminución de los niveles de desigualdad y exclusión y el aumento de los años de escolarización, dado que tales transformaciones favorecen una ampliación de los proyectos de vida de las adolescentes.

También se hace énfasis en que se deberá mejorar el accesos de las y los adolescentes a los programas en salud sexual y reproductiva y profundizar las acciones que contribuyan a superar la desigualdades de género que entre otras, son promotoras de relaciones afectivas inequitativas, que dificultan la consecución plena de los derechos sexuales y reproductivos.

“FECUNDIDAD ADOLESCENTE EN URUGUAY: ¿LA POBREZA COMO UMBRAL DE RESISTENCIA AL DESCENSO?” (VARELA, TENENBAUM Y LARA, 2014)

Este trabajo realizado por investigadoras del Programa de Población de la Unidad Multi-disciplinaria Facultad de Ciencias Sociales de la UdelaR. A partir del trabajo publicado en el fascículo 3 del Atlas Sociodemográfico y de la Desigualdad en el Uruguay se profundiza el estudio sobre la fecundidad y la maternidad en la adolescencia (15 a 19 años) y la salud sexual y reproductiva de ellas en el período 1996-2011. En particular se indagan los procesos que dan cuenta de las especificidades del comportamiento reproductivo de las adolescentes y la incidencia de los determinantes sociales, los determinantes próximos a la fecundidad, y las desigualdades de género en el estancamiento del descenso de la fecundidad en esta etapa del ciclo de vida.

El enfoque teórico-metodológico para el análisis de la fecundidad y la maternidad en la adolescencia se basa en el curso de vida y la transición a la adultez

La estrategia metodológica utilizada se focaliza en la realización de: i) un análisis descriptivo, y ii) en la aplicación de un modelo econométrico probit para analizar la probabilidad de ser madre antes de los 20 años utilizando los microdatos censales de 2011. Las fuentes de datos utilizadas son los microdatos de los Censos de Población y Vivienda de 1996 y 2011 y de la Encuesta Nacional de la Juventud (ENAJ) de 2008, realizados por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Los indicadores seleccionados para el análisis de la maternidad y la fecundidad adolescente son: porcentaje de madres entre las mujeres de 15 a 19 años y paridez media acumulada.

Los principales resultados del trabajo muestran (como ya se señaló supra, en un trabajo anterior), en primer lugar cambios en relación al nivel de la fecundidad adolescente en el período intercensal 1996-2011, ésta desciende tanto a nivel del total país, como en las diferentes unidades geográficas analizadas. Sin embargo, persisten las brechas territoriales e incluso en algunos casos se profundizan.

En segundo lugar, el censo 2011 revela que la maternidad en la adolescencia presenta una clara diferenciación de acuerdo a la situación social, determinada entre otras, por las condiciones de privación social y por los años de educación. Los dos indicadores de educación utilizados-tanto a nivel de la adolescente como del hogar- confirman una vez más, que cuanto mayor acumulación de capital educativo menor incidencia de la maternidad adolescente. La mayoría de las adolescentes que son madres, así como de los mayores de edad que integran sus hogares, difícilmente superen los seis años de educación.

En tercer lugar, en base a la ENAJ 2008 se constata que la iniciación sexual de los adolescentes –tanto mujeres como varones- comienza mayoritariamente a edades tempranas (antes de los 16 años), lo que conlleva a incrementar el riesgo a la exposición del embarazo en la etapa adolescente en los casos de uso irregular de métodos anticonceptivos. Este fenómeno en el caso de las mujeres, se incrementa cuanto más baja es la educación y en esos casos la maternidad alcanza niveles más elevados. El retraso en la edad de inicio de las relaciones sexuales de los varones, aparece más desvinculada de la educación que las mujeres. Esto podría relacionarse con una mayor aprobación social para ellos en relación al ejercicio de la sexualidad temprana. Los roles de género estarían interviniendo por encima de la educación.

Por último, el análisis mediante el modelo estadístico permite establecer con mayor robustez que aquellas variables que más inciden en la probabilidad de ser madre adolescente y que orientan hacia los principales factores de resistencia al descenso de la fecundidad son: la situación conyugal, la actividad en el mercado laboral, los años de educación alcanzados tanto a nivel de la adolescente como del hogar y los niveles de privación social.

En suma, los resultados de este trabajo contribuyen a avanzar en alguno de los factores que estarían interviniendo como focos de resistencia a la baja de la fecundidad en la adolescencia. El contexto de socialización en hogares con bajo clima educativo, las condiciones de vida vulnerables y la baja educación de las jóvenes, constituyen factores claves en la conformación del piso de resistencia a la baja de la maternidad en la adolescencia. Estos factores estructurales indicativos de la disparidad social y la persistencia en las desigualdades de género, intervienen en el comportamiento sexual y reproductivo de las adolescentes que promueven el inicio de la maternidad en esta etapa del ciclo de vida y estarían conformando el piso de resistencia a la baja de la maternidad en la adolescencia.

4. REFLEXIONES FINALES

Este capítulo ha sintetizado y analizado los principales resultados de la producción demográfica nacional en el período 2005-2014, sobre el comportamiento reproductivo de las y los adolescentes.

Una primera cuestión a destacar es que se ha iniciado el estudio del comportamiento reproductivo teniendo en cuenta también a los varones. La discusión y reflexión que surge del estudio enfocado a mujeres y varones aportará a la evaluación de los programas en salud sexual y reproductiva y a profundizar acerca de las acciones que contribuyan a superar la desigualdades de género que entre otras, son promotoras de relaciones afectivas inequitativas, que dificultan la consecución plena de derechos.

En segundo lugar, la investigación pone de manifiesto que el inicio de la trayectoria reproductiva en la etapa adolescente ocurre más entre las mujeres que los varones, y la maternidad y la paternidad operan fundamentalmente entre quienes tienen bajo nivel educativo y condiciones de privación social. Esto pone de manifiesto que en el período estudiado, se polariza cada vez más este comportamiento entre los varones y mujeres que tienen más y menos años de educación acumulados, así como también entre quienes viven en situación de bienestar social y quienes están bajo condiciones de privación social. También ha mostrado que, si bien la maternidad adolescente ha disminuido en relación al incremento observado en la década de 1990, luego de esta caída, más allá de oscilaciones, se encuentra estancada, con una resistencia evidente a la baja y con un nivel superior al registrado a mitad del siglo pasado. El nivel actual es considerado elevado en comparación con otras regiones del mundo, y en algunos departamentos del país así como también barrios de la capital, sus niveles llegan a superar al promedio de América Latina.

En tercer lugar, se ha generado conocimiento inexistente en investigaciones sociodemográficas anteriores, relativo a los efectos que puede tener el inicio de la maternidad en la adolescencia sobre los desempeños sociales a los que arriban estas jóvenes al finalizar la juventud y entrar a la adultez. Estos demuestran que los logros alcanzados por estas jóvenes en el ámbito educativo, laboral y en la vida pública general son precarios. Mayoritariamente cuentan con bajo nivel educativo, baja inserción laboral y reclusión en el ámbito doméstico.

Por último, los distintos trabajos han ido avanzando en las explicaciones sobre los focos de resistencia de este estancamiento. Los mismos se vinculan con fenómenos estructurales como son las condiciones de vida y el acceso y permanencia en el sistema educativo en esta etapa del ciclo de vida.

Si bien el país cuenta con algo más de una década y media de programas en SSR, estos no han logrado su aproximación efectiva por parte de los/as adolescentes. Evidentemente ello estará vinculado tanto a la modalidad de implementación de los programas en educación y en SSR y fundamentalmente por las condiciones sociales y económicas de vida y a las desigualdades de género que persisten en la sociedad. Estos factores deberían de ser contemplados y serán materia pendiente de revisión y diseño de las políticas en SSR. Todo ello con el objetivo de alcanzar mayor bienestar para el conjunto de las y los adolescentes de forma que puedan realizar una transición a la adultez adecuada y que les permita insertarse en el mundo adulto de forma sólida.

REFERENCIAS

- Amorín, D.; Carril, E.; Varela, C. (2006). "Significados de maternidad y paternidad en adolescentes de estratos bajos y medios de Montevideo", en López Gómez, A. (coord.). *Reproducción biológica y social de la población uruguaya*, Tomo I. Estudios Cualitativos. Editorial Trilce. Montevideo.
- Arnett, J. (2000). "Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties." *American Psychologist*, Vol. 55. No. 5.
- Casal J.; García, M.; Merino, R.; Quesada, M. (2006). "Aportaciones teóricas y metodológicas a la sociología de la juventud desde la perspectiva de la transición." *Papers Revista de sociología*, Universidad Autònoma de Barcelona vol. 79.
- Elder, G.; Giele, J. (eds.) (2009). *The Craft of Life Course Research*, Nueva York: The Guilford Press.
- Greene, M.; Biddlecom, A. (2000). "Absent and Problematic Men: Demographic Accounts of Male Reproductive Roles." *Population and Development Review* 26(1).
- Kaplan, E. L.; Meier, P. (1958). "Nonparametric Estimation from Incomplete Observations." *Journal of the American Statistical Association* 53 (282): 457-481. doi: 10.2307/2281868.
- Lappegård, T.; Rønsen, M. (2013). "Socioeconomic Differences in Multipartner Fertility Among Norwegian Men." *Demography* 50(3): 1135-1153.
- Mora Salas, Minor y de Olivera, Orlandina. "Los jóvenes en el inicio de la vida adulta: trayectorias, transiciones y subjetividades" *Estudios sociológicos*, Vol XXVII, No 79, (2009): 267-289.
- Lopez, A.; Benia, W. Contera, M. Echeveste, L., Guida, C. (2003). *Del Enfoque Materno Infantil al enfoque de la Salud Reproductiva. Tensiones obstáculos y perspectivas. Informe de investigación*. Facultad de Psicología-Universidad de la República; Ministerio de Salud Pública, Montevideo.
- López Gómez, A., Abrancinkas, L., Quesada, S., Arrambide, E. (2006). *Uruguay y las Políticas en Salud Sexual y Reproductiva*. Ed. Comisión Nacional de Mujeres (CNS), Montevideo.
- MYSU (2013). *Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Estudio 2011-2012: Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres adolescentes uruguayas*. Montevideo: MYSU.
- Pantelides, E. (2004), "Aspectos sociales del Embarazo y la Fecundidad Adolescentes en América Latina", *La fecundidad en América Latina: ¿transición o revolución?*, Santiago de Chile: CEPA.

Rodríguez, J.. (2005) “Reproducción en la adolescencia: el caso de Chile y sus implicaciones de política” en Revista de la CEPAL, vol. 86.

Rodríguez, J. y Cavenaghi, S. (2013), “Adolescent and youth fertility and social inequality in Latin America and the Caribbean: what role has education played?” Ponencia presentada en el Congreso Mundial de Población IUSSP, Busan, 26 de agosto al 31 de agosto de 2013.

Stern, C. (2004), “Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México”, en Papeles de Población, México D. F.: Universidad Autónoma del Estado de México, N° 39.

Settersten, R. A.; Furstenberg Jr, F.; Rumbaut, R. (2005). On The Frontier of Adulthood. Theory, Research and Public Policy, The University of Chicago Press.

Varela, C.; Fostik, A.; Pollero, R. (2008). “La fecundidad: evolución y diferenciales en el comportamiento reproductivo”, en Demografía de una sociedad en transición: la Población uruguaya a inicios del siglo XXI. Editorial Trilce. Montevideo.

Varela, C. (2009). “Maternidad y fecundidad en el Uruguay: a quince años de “El Cairo””. Serie documento de trabajo N°77. Unidad Multidisciplinaria. Montevideo.

Varela, C.; Fostik, A. (2011). “Maternidad Adolescente en el Uruguay: ¿transición anticipada y precaria a la adultez?” en Revista de la Asociación Latinoamericana de Población, Año 5, N° 8. Río de Janeiro.

Varela, C.; Lara, C. (2012). “Jóvenes de hoy, adolescentes de ayer en el Uruguay: maternidad y desempeños”, trabajo presentado en el V Congreso de ALAP y en proceso de evaluación de revista arbitrada. Montevideo.

Varela, C., Fernández, M.; Fostik, A. (2012). “Maternidad en la Juventud y desigualdad social”. Cuaderno N° 6. UNFPA. Montevideo.

Varela, C.; Pardo, I.; Lara, C.; Nathan, M.; Tenenbaum, M. (2014). “La fecundidad en el Uruguay (1996-2011): desigualdad social y diferenciales en el comportamiento reproductivo”. Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay, Fascículo 3. Editorial Trilce. Montevideo.

Varela, C., Fernández, M. y Fostik, A. (2014). “El rol de la paternidad en la transición a la adultez entre los varones jóvenes uruguayos”. Revista Notas de Población N° 98. CELADE-CEPAL. Santiago de Chile.

Varela, C.; Lara, C.; Tenenbaum, M. (2014). “Fecundidad adolescente en Uruguay: ¿la pobreza como umbral de resistencia al descenso?, trabajo presentado en el VI Congreso de ALAP y seleccionado para el e-book de ALAP. Lima.



Sección 2

**Acciones desde la sociedad
civil y políticas públicas para
garantizar derechos sexuales
y reproductivos de adolescentes**

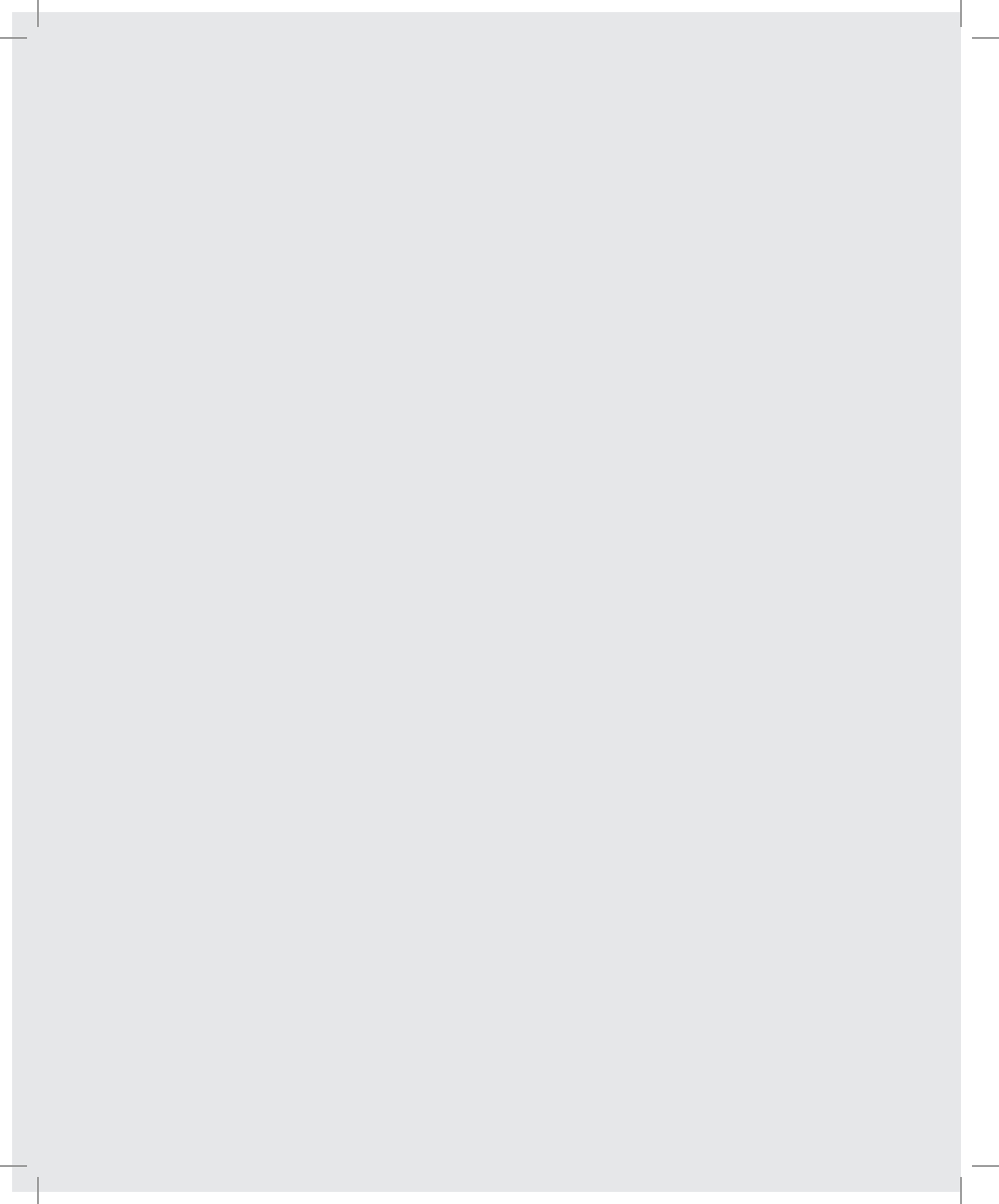




Una mirada a las acciones de las organizaciones de la sociedad civil

Pablo López

SECCIÓN 2



CAPÍTULO 4

Una mirada a las acciones de las organizaciones de la sociedad civil

Pablo López Gómez

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se presenta y analiza la información recabada por el proyecto acerca de las acciones de la sociedad civil organizada en el campo de la sexualidad adolescente. La literatura internacional y los antecedentes nacionales muestran un rol preponderante de las organizaciones de la sociedad civil (OSC) en la promoción, implementación y monitoreo de políticas públicas en ambos terrenos si se analizan por separado la sexualidad (en especial la salud sexual y reproductiva) y la adolescencia. De hecho, la intersección principal de este accionar suele ser fruto de una coyuntura y no la concreción de una intención de generar un espacio de articulación. Vale decir: en nuestro país no existe una organización de la sociedad civil que haya sido creada para impulsar acciones relativas a la sexualidad adolescente. Lo que si existen son organizaciones que trabajan con infancia y adolescencia que tienen acciones vinculadas a cuestiones de sexualidad, y organizaciones que se dedican a la sexualidad o a la salud sexual y reproductiva que incorporan adolescentes como público objetivo, generando acciones concretas pensadas para esa etapa.

No forma parte de los objetivos de este estudio dar una explicación acerca de este fenómeno, que no es exclusivamente uruguayo (de hecho nos son comunes OSC que trabajen en esta articulación en otras regiones). Sin embargo es pertinente hacer algunas consideraciones al respecto que pueden ayudar a interpretar los datos que se presentarán a continuación.

a) Por un lado, las organizaciones que trabajan sobre sexualidad son principalmente de dos tipos: científicas (en especial sexológicas) y políticas. Estas últimas son las que más interesan porque han sido las principales impulsoras de los cambios que se han producido en el terreno de la sexualidad en los últimos años. Tellería (2006) comenta: *Protagonistas de un mundo en transformación: feministas, ecologistas, antirracistas, grupos culturales, diversidades sexuales y otros identificaron y continúan identificando nuevas formas de opresión, discriminación, exclusión y explotación. (...) Como menciona*

Boaventura de Souza (1995), los llamados movimientos sociales “son testimonios de la emergencia de nuevos y especiales escenarios y actores – en el sentido de una carga emergente de exigibilidad de nuevos derechos”.

Este tipo de organizaciones, orientadas a la “exigibilidad de derechos” (sexuales y reproductivos en este caso) han sido creadas por adultos, centradas en una agenda amplia que puede incluir o no, con mayor o menor énfasis, la cuestión adolescente. Es poco frecuente que sea la sexualidad adolescente lo que motiva su agrupación, así como tampoco es habitual que los adolescentes se “auto-convoquen” alrededor de esta causa. Por otro lado, si existen experiencias de participación de los adolescentes en organizaciones, a punto de partida de un proyecto específico.

b) Por otra parte, las OSC abocadas a adolescencia son, en general, organizaciones que trabajan con infancia en el marco de la Convención de los Derechos del Niño y han surgido de la necesidad de garantizar el bienestar de niños, niñas y adolescentes (NNA) en situación de particular vulnerabilidad. Son iniciativas del mundo adulto, que persiguen un objetivo garantista de derechos (como las OSC presentadas arriba) pero que, dadas sus características evolutivas, no son creadas por las víctimas de esa vulneración. Sin duda generan acciones específicas vinculadas a adolescencia (por sus particularidades como grupo de población) y claramente han ido incorporando la sexualidad dentro de su campo de acción, principalmente como respuesta puntual a emergentes que aparecen permanente en el terreno. Sin embargo, rara vez es la sexualidad adolescente el foco principal de un proyecto (menos aún el objetivo de la organización), puesto que su tradición se ha centrado históricamente en la atención de las consecuencias de la desigualdad social, en especial la pobreza.

Una situación particular de este escenario lo constituyen las organizaciones que se centran en un fenómeno específico que vulnera particularmente los derechos de niñas, niños y adolescentes. Dos grupos de organizaciones interesan particularmente en esta investigación por la vinculación de su temática específica con la sexualidad adolescente: las organizaciones que trabajan con violencia sexual y las que trabajan con maternidad adolescente. Si bien hay una clara conexión entre cada una de estas temáticas y los derechos sexuales y reproductivos, estas organizaciones no surgen centradas en los mismos (en términos políticos), sino en la protección integral del adolescente, que atraviesan situaciones de particular vulnerabilidad para el ejercicio de derechos.

Tomando en cuenta esa realidad, se mapearon las OSC nacionales y se seleccionaron 15 en total, que representan el abanico de posibilidades antes mencionado:

a) en lo relativo a las OSC que trabajan directamente con cuestiones de sexualidad se seleccionaron, como científicas a la Sociedad Uruguaya de Sexología (SUS),

la Sociedad Uruguaya de Ginecología de la Infancia y Adolescencia (SUGÍA), y el Instituto de Formación Sexológica Integral SEXUR; en lo que refiere a organizaciones con vocación política relativa a los derechos sexuales y reproductivos se incluyó a Mujer y Salud del Uruguay (MySU), La Casa de la Mujer de la Unión, y el Plenario de Mujeres del Uruguay (Plemuu). No fueron incluidas organizaciones juveniles que trabajan en el área, porque la presencia de adolescentes es la misma es muy escasa.

b) las organizaciones de infancia incluidas por tener proyectos específicos en el campo de la sexualidad adolescente fueron Gurises Unidos, Iniciativa Latinoamericana y El Abrojo; las relevadas por trabajar con maternidad en la adolescencia fueron Casa Lunas y La Bonne Garde; y las seleccionadas por trabajar violencia sexual fueron Arcoiris, Juventud para Cristo, Somos y el programa el Faro del Foro Juvenil (en 2013 este programa se constituyó en la OSC El Paso que continúa trabajando en la misma línea).

Para llegar a esta selección final se realizaron una serie de pasos previos. En primer término se rastrearon todas las organizaciones de cada uno de los tipos mencionados (científicas, políticas, de infancia). Luego, a partir de una búsqueda primaria en sitios web, documentos online y noticias del período (2005 – 2014), se analizó la afinidad temática para la selección definitiva. Esta afinidad se determinó en base a la búsqueda de acciones divulgadas en los medios mencionados, de acuerdo a los siguientes términos identificadores: sexualidad, educación sexual, salud sexual y salud reproductiva, violencia de género, abuso sexual, VIH y maternidad / paternidad en la adolescencia.

Una vez seleccionadas las organizaciones y recabada la información primaria, se realizó una confirmación y ampliación de la información a través de consultas telefónicas. Se hicieron además dos entrevistas a informantes calificados de las dos OSC de infancia con mayor trayectoria específica en el área adolescencia y sexualidad para el período relevado (Gurises Unidos e Iniciativa Latinoamericana).

PROYECTOS Y/O ACCIONES DESARROLLADAS, EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES Y PARTICIPACIÓN DE LOS ADOLESCENTES

Se presentan primero las acciones desarrolladas por las OSC, puesto que las mismas permiten contextualizar los diversos marcos teórico – ideológicos y modalidades de actuación hallados. Como es de esperarse, la diversidad de las organizaciones relevadas genera una gran amplitud en las concepciones y modos de implementación de los proyectos relacionados con sexualidad adolescente.

En lo que refiere a las organizaciones científicas, aquellas centradas en la sexología focalizan sus acciones sobre todo en la formación. Como una extensión de ese cometido,

estas organizaciones coordinan tanto con el sistema de salud (fundamentalmente ASSE) como con el sistema educativo, acciones principalmente de educación sexual. La SUGIA, por su parte, realiza capacitación de personal sanitario que trabaja con adolescentes e incluyó en los últimos años a profesores de biología del sistema educativo.

Las ONG de infancia tienen como objetivo central la defensa de los derechos NNA y la promoción de su desarrollo integral. En ese marco se nota un progresivo avance dos ideas; a) que los derechos sexuales y derechos reproductivos forman parte de los derechos de los niños y; b) que la sexualidad es parte del desarrollo integral. Si bien dos de las organizaciones de infancia relevadas han trabajado en proyectos cuyo tema específico fue la sexualidad de los/as adolescentes, en las tres aparece la sexualidad como un componente de proyectos que buscan otros objetivos centrales. Esto marca una diferencia con el período anterior probablemente provocada por tres factores clave: a) la implantación del programa de Educación Sexual y la inclusión de la obligatoriedad de la Educación Sexual en toda institución educativa establecida por la Ley General de Educación; b) una presencia mediática del tema mucho más intensa que en el período anterior y; c) el efecto de la acumulación de capacitaciones a actores sociales que desde el decenio anterior vienen haciendo diversas instituciones.

En lo referido a acciones específicas en la temática, tanto Gurises Unidos como Iniciativa Latinoamericana llevaron a cabo proyectos de formación de promotores juveniles en Salud Sexual y Reproductiva. Los mismos tuvieron un amplio alcance, involucrando a más de 800 jóvenes de varios departamentos del país. Estas acciones fueron coordinadas con el Estado (Infamilia, MSP, MIDES) y representan un momento particular del decenio (2005-2010 aproximadamente) donde este tipo de estrategias -que buscaban la participación de los adolescentes en la implementación- ocupó un lugar central en las políticas dirigidas a esta población. Se trata de una participación con importantes grados de autonomía pero que no apostaba necesariamente a la acción política de los adolescentes y cuyos marcos estaban preestablecidos desde el mundo adulto. Las reflexiones que se hacen desde las organizaciones refieren a la pregunta sobre la conveniencia o no del fomento de este tipo de participación. Si bien se admite que sería bueno apostar a mayores niveles de autonomía en teoría, también se constata que en la práctica la iniciativa y el acompañamiento de los adultos resultaba un elemento clave en el éxito o fracaso de las propuestas.

Por su parte, las organizaciones de infancia con temáticas específicas, no han abordado el tema sexualidad en forma general sino exclusivamente aquello relacionado con su cometido específico. Este es el caso tanto de las organizaciones que se ocupan del embarazo en la adolescencia, como de aquellas que se dedican a la violencia sexual. Este enfoque, centrado en el propio tema, lo vienen realizando desde el decenio anterior

y no hay cambios notables respecto del estudio pasado. La principal diferencia aparece en las OSC dedicadas a violencia, donde aparece, con mucho más visibilidad en este período, del tema explotación sexual comercial.

En lo que respecta a las organizaciones feministas, el foco de las acciones es bien diverso y son básicamente una extensión -con mirada generacional- de las actividades que constituyen su misión principal. La Casa de la Mujer de la Unión, que fue fundada originalmente como una organización local abocada a la violencia contra la mujer (si bien actualmente incorpora otro tipo de acciones), ha centrado su trabajo en el área en la prevención de la violencia en el noviazgo e incorpora el tema sexualidad en todas su actividad de capacitación con jóvenes y adultos; Plemmu, cuya misión ha sido la mejora de las condiciones vida de las mujeres con estrategias de atención directa, incorpora el tema sexualidad en su trabajo de capacitación sobre todo a adolescentes mujeres; y MySU, organización con fuerte impronta de monitoreo e incidencia en políticas, ha centrado su trabajo con jóvenes principalmente en esas cuestiones, fomentando la participación juvenil para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos. La participación en este caso tenía mayores niveles de autonomía, pero también apuntaba a una población que incluía al grupo de adolescentes más grandes (18 y 19 años) que trabajaban en conjunto con jóvenes (20 años y más). Posiblemente este tipo de propuesta participativa sólo pueda llevarse adelante con personas de este grupo etario.

CONCEPCIONES DE SEXUALIDAD OBSERVADAS EN EL RELEVAMIENTO

Del análisis de los documentos disponibles en la web (proyectos, informes, manuales, material de difusión), difundidos por las OSC relevadas en el período, se desprende una fuerte presencia del enfoque de derechos. Se hace referencia permanente a los derechos sexuales y los derechos reproductivos y los instrumentos internacionales desde los que surge esta perspectiva (principalmente la CIPD de El Cairo 94 y la CIM de Beijing 95).

La promoción de una sexualidad placentera y responsable aparece como objetivo central de las organizaciones que se han especializado en el área (MYSU, Gurises Unidos, Iniciativa Latinoamericana, la SUS y SEXUR). En las otras organizaciones, la sexualidad aparece como algo concomitante al tema a trabajar (embarazo, integración social) o como un área del desarrollo del adolescente afectada por la problemática trabajada por la organización (como en el caso de abuso y explotación sexual).

En ocasiones, de la lectura de los documentos se desprende la idea de que la sexualidad es algo absolutamente positivo que -mediando las intervenciones correctas- es invariablemente fuente de placer, tanto por su ejercicio en sí, o por sus consecuencias deseadas al formar una pareja o decidir tener un hijo. En el estudio anterior (1995-2004),

algunos participantes de los grupos focales insistían en la necesidad de asociar sexualidad y placer, como estrategia alternativa metodológica a la permanente referencia al riesgo asociado a la sexualidad. En cierta medida, ese discurso que entonces fue incipiente hoy prevalece, pero crea la falsa impresión de que la única fuente de angustia vinculada a la sexualidad es la eventual vivencia de situaciones de privación de derechos (no acceso a servicios de salud, violencia, falta de educación sexual o información, etc.). El discurso de los derechos sin dudas es apropiado para pensar políticas y su garantía es un requisito fundamental para el disfrute de la sexualidad. No obstante la misma, como “parte constitutiva de la personalidad”, está expuesta a todos los avatares de la subjetividad y puede ser fuente de placer y/o de angustia, más allá de esta garantía, en distintos momentos de la trayectoria vital.

En cierto punto lo que se lee -incluso en los discursos más alineados con la perspectiva de derechos- es una ausencia de reflexión acerca de las dimensiones subjetivas de la sexualidad, principalmente aquello que se juega fuera de las dimensiones más racionales y de la esfera pública. Existe evidencia de que esta población, aun contando con la información necesaria, se expone a situaciones relacionadas a su sexualidad que hubiese deseado evitar. Comprender que la sexualidad no es unidimensional y, fundamentalmente, que las elecciones de los adolescentes no son netamente racionales, aparece como un desafío para pensar las políticas en los próximos años.

Respecto a las acciones “preventistas”, siguen presentes en muchos objetivos y actividades de la mayoría de las organizaciones relevadas. Si bien en general, en los documentos divulgados por las OSC puede leerse que se busca ir más allá de la prevención, este objetivo sigue presente. Esto, que representa una postura razonable, en ocasiones fue matizado en los diálogos con los actores, deslizándose la idea de que la prevención no es un objetivo deseable en el trabajo con adolescentes en sexualidad. Probablemente esto se relacione con la insistencia sostenida durante años por los técnicos especialistas de trascender el “enfoque preventista”. No obstante, trascenderlo no significa renunciar a trazar objetivos, concretos y evaluables, claramente orientados hacia la prevención. Vale la pena recordar que, desde la carta de Ottawa (1986), el par promoción y prevención se considera fundamental en cuestiones de salud, lo que incluye desde luego, el campo de la sexualidad adolescente.

INCLUSIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y DIVERSIDAD EN EL DISCURSO Y ACCIONES

Todas las OSC relevadas declaran incluir la perspectiva de género en sus acciones. Esto aparece tanto en los documentos relevados, como en las reseñas orales hechas telefónicamente y las entrevistas. Hay un acuerdo generalizado en señalar este enfoque como indispensable para abordar la sexualidad.

Probablemente este acuerdo se relacione con el trabajo de advocacy realizado durante años por el movimiento de mujeres, la multiplicidad de capacitaciones al respecto realizadas en este decenio y el anterior, la institucionalización del género en el Estado a través de la instalación del INMujeres y la Ley de Igualdad de Oportunidades y Derechos.

En las organizaciones de mujeres esta perspectiva adquiere centralidad y sirve como fundamento para el trabajo en sexualidad con las adolescentes mujeres. Son estas organizaciones las que mayormente mencionan al género, no sólo como una cuestión de socialización y adquisición de características personales, sino como un clivaje central en la distribución social del poder.

En lo que refiera a la perspectiva de diversidad, es un tema con mucha menos presencia, aunque los entrevistados refieren que surge desde los/as adolescentes como tema de interés. Comentan que la diversidad aparece como una temática que emerge, y sobre la cual se debe trabajar, no constituyendo en general una perspectiva transversal. Hay que tomar en cuenta que la visibilidad social del tema es mucho más reciente y, si bien en lo jurídico ha ganado terreno rápidamente, incorporarla como enfoque de trabajo diario requerirá más tiempo. Por otro lado, trabajar el tema sexualidad en el marco del “proyecto de vida” del adolescente, es una de las entradas al tema más reiteradas en el discurso y los documentos. Esto aparece muchas veces asociado a la reproducción (principalmente la postergación de la misma) lo que centra buena parte del discurso en las relaciones heterosexuales. Aun teniendo en cuenta estas limitaciones, la multiplicidad de referencias al tema diversidad, desde una perspectiva de derechos e inclusión, denotan un avance en ese terreno.

COORDINACIÓN, COOPERACIÓN Y ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL

En este decenio aparece, con mucho más fuerza que en el anterior, un formato de intervención coordinado entre Sociedad Civil y Estado (principalmente INAU, MSP y MIDES), en lo que refiere a algunos proyectos sobre adolescencia y sexualidad. Más allá de proveer los recursos para ejecutar las acciones, algunas intervenciones fueron co-coordinadas en su diseño y ejecución. Este es el caso de los dos proyectos específicos de Gurises Unidos y el de Iniciativa Latinoamericana tuvieron este formato.

Por otra parte hay OSC que, por su propia naturaleza, requieren una distancia respecto del Estado. Es el caso de MySU, por ejemplo, que se concentra en el monitoreo de políticas públicas. Sin embargo los niveles de coordinación interinstitucional, sobre todo con otras OSC nacionales e internacionales, fueron altos. Respecto de las sociedades científicas, aparecen poco en coordinaciones interinstitucionales y tienden a aparecer en convocatorias concretas o coordinaciones institucionales de nivel micro.

En general, más allá de la experiencia puntual de Gurises Unidos e Iniciativa Latinoamericana, las OSC de infancia trabajan desde un formato de coparticipación con INAU, el cual financia sus proyectos como forma de dar respuesta a una demanda social a través de estas organizaciones. En este marco, las OSC dedicadas a la violencia son financiadas principalmente por INAU y tienen niveles de coordinación, más o menos satisfactorios, con este organismo. Asimismo, en este decenio, el establecimiento de comités interinstitucionales aparece como un espacio de coordinación que ha ampliado sus posibilidades de incidencia en sus temas específicos. Las organizaciones que trabajan el tema maternidad/paternidad en la adolescencia, en cambio, aparecen más aisladas. Si bien tienen amplia coordinación con otras instituciones a nivel comunitario, y mantienen una relación con INAU a través de coordinación de acciones y derivaciones, no aparecen espacios de trabajo con el Estado a nivel de definición de políticas.

A MODO DE SÍNTESIS:

En el período se ha intensificado la actividad de la sociedad civil y ha variado el alcance de las acciones, apareciendo proyectos que trascienden Montevideo. Las acciones de advocacy continúan, pero la concreción de buena parte de los reclamos del período pasado, ha modificado el foco de las mismas. Actualmente se busca más la garantía del ejercicio efectivo de los derechos y no tanto su reconocimiento legal.

Las acciones relacionadas con participación adolescente se concentraron en el primer lustro del período, con modalidades diferentes y sin haber sido evaluadas a cabalidad. Las impresiones de los actores que participaron son diversas, pero al día de hoy lo cierto es que ninguna de esas iniciativas se sostiene.

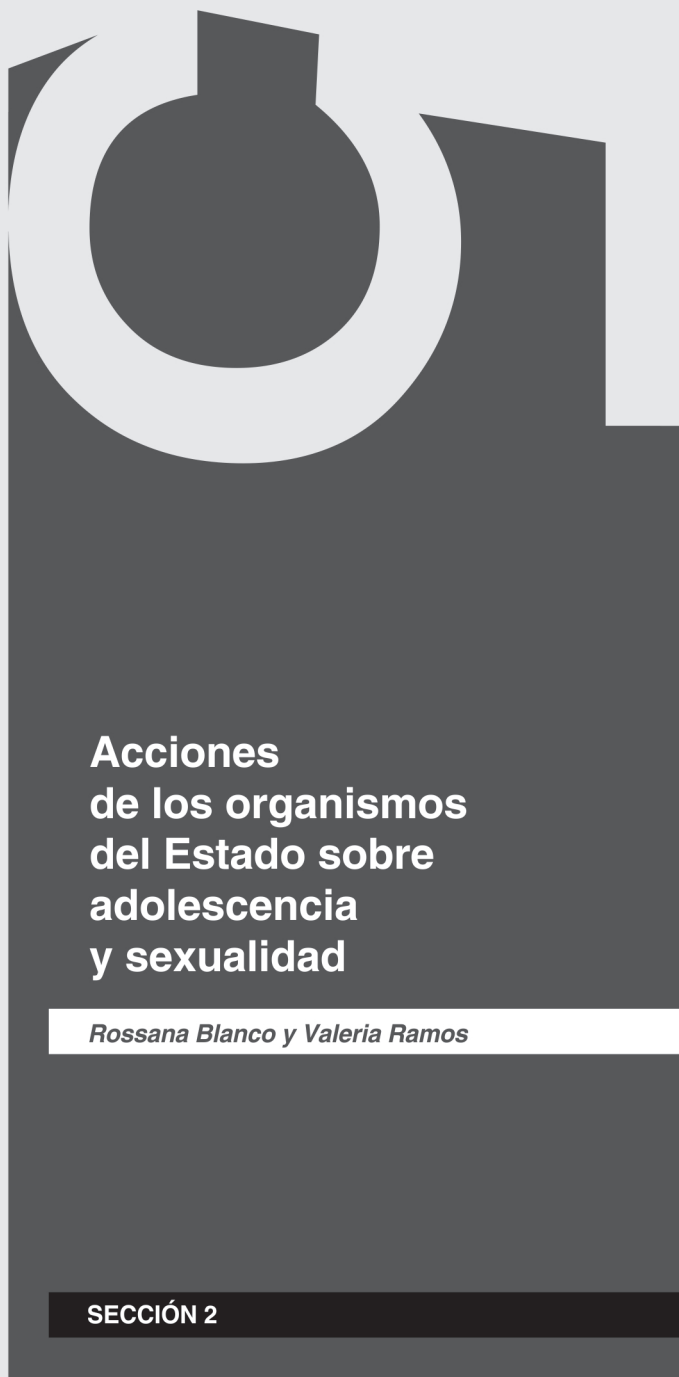
A nivel temático, surgen nuevos tópicos como la explotación sexual comercial y la violencia en el noviazgo, que generaron acciones inéditas en el decenio pasado. El tema maternidad y paternidad adolescente permanece restringido a un número reducido de OSC especializadas y los reclamos acerca de la necesidad de atención particular a la temática a nivel gubernamental tienen poca visibilidad.

Las concepciones de sexualidad han ido evolucionando de un enfoque centrado en la prevención, a un enfoque de derechos. No obstante, sigue existiendo la necesidad de profundizar el trabajo interdisciplinar en el área, que atienda especialmente la dimensión subjetiva de la sexualidad tanto en el diseño de las acciones como en su implementación. La perspectiva de género ha ganado terreno en los documentos y en los discursos de los técnicos, notándose también algunos avances en el tema diversidad.

Finalmente, la evaluación de las acciones sigue siendo un aspecto débil del trabajo en el área. La falta de líneas de base y presupuesto para esta tarea aparecen como las

explicaciones de esa falencia. Resulta indispensable la creación de buenas bases de información para el mejoramiento de las acciones de la SCO en el área. Asimismo, aun habiendo avances en la coordinación interinstitucional (especialmente Estado – SCO), la participación de las organizaciones en el diseño de las políticas sigue siendo escasa. En lo que refiere al monitoreo de la acción estatal, sólo Mysu presenta un trabajo sistemático en el decenio, que si bien no se enfoca en la adolescencia, la toma en cuenta como población específica en varios momentos. El trabajo conjunto SCO – Estado y el control de la acción estatal, sigue siendo un desafío para las OSC que trabajan en el campo de la adolescencia y la sexualidad.

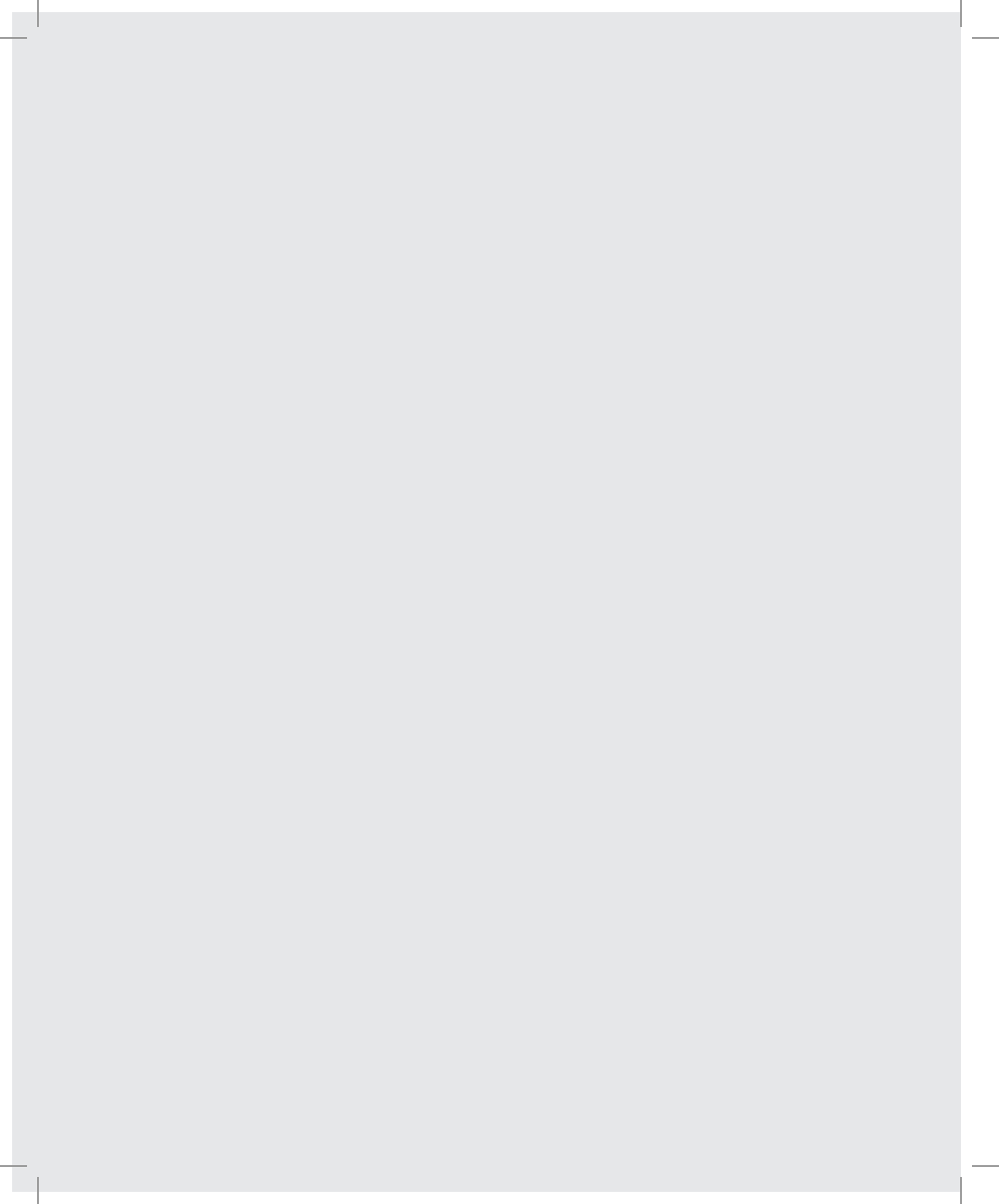




**Acciones
de los organismos
del Estado sobre
adolescencia
y sexualidad**

Rossana Blanco y Valeria Ramos

SECCIÓN 2



CAPITULO 5

Políticas y acciones de organismos del Estado sobre adolescencia y sexualidad

Rossana Blanco²³
Valeria Ramos²⁴

1. INTRODUCCIÓN Y METODOLOGÍA

El capítulo tiene por objetivo presentar el análisis de los contenidos relativos a las prioridades políticas de carácter nacional y las acciones realizadas desde los organismos del Estado, en materia de adolescencia y sexualidad en el período de estudio (2005 – 2014). El criterio de selección de las instituciones incluyó aquellas que contaran desde el nivel central con políticas o programas específicos en sexualidad o salud sexual y reproductiva (SSR) y las que implementaran políticas sociales dirigidas a la población adolescente y juvenil, con foco en aquellas instituciones que abordaran aspectos vinculados a los derechos sexuales y reproductivos (DDSSRR). Si bien se reconoce el desarrollo de políticas locales en este campo, principalmente desde la Intendencia de Montevideo, las mismas no fueron tomadas en cuenta en este estudio, dado el carácter nacional del mismo. Por otra parte, tanto el Programa de Educación Sexual y los Espacios de Salud Adolescente del sector salud son analizados en otros capítulos específicos de esta publicación. La metodología utilizada fue el análisis documental y la realización de entrevistas semi-dirigidas a informantes calificados de organismos gubernamentales del nivel nacional.

23 Magister en Derechos de Infancia y Política Pública (Universidad de la República, Uruguay), Lic. En Psicología (Facultad de Psicología, Udelar). Docente del Instituto de Psicología de la Salud de la Facultad de Psicología, Udelar. rblanco@psico.edu.uy

24 Valeria Ramos Brum es licenciada en Psicología (Facultad de Psicología, Universidad de la República). Magister en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP, FLACSO, Argentina). Doctoranda en Psicología (Facultad de Psicología – Udelar). Oficial Nacional de Programa en salud sexual y reproductiva del Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA. vramos@unfpa.org

Las instituciones relevadas fueron las siguientes:

1. Ministerio de Salud Pública:

- a. Dirección del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), creada a partir de la Ley N° 18.779 en el marco de la reestructura del Ministerio de Salud Pública (MSP) con el fin de potenciar sus capacidades de rectoría sectorial y de conducción del proceso de reforma de la salud.
- b. Departamento de Salud Sexual y Reproductiva de la División de Programación Estratégica en Salud del MSP, instancia encargada de definir los lineamientos generales, normativas y guía clínicas relacionadas con la atención de distintos componentes de la salud sexual y reproductiva, en el marco de las leyes vigentes que la garantizan.
- c. Programa Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes, integrante del Área Ciclos de Vida de la División de Programación Estratégica en Salud del MSP, que tiene por objetivo diseñar e implementar estrategias y acciones dirigidas al abordaje de la salud de los y las adolescentes de forma integral y universal.

2. Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)

- a. Programa Niñez y Adolescencia, asesora a la Gerencia Asistencial en los aspectos técnicos de la asistencia y en el cumplimiento de los programas del MSP, garantiza y realiza las gestiones para que esos programas se cumplan dentro de los servicios de ASSE.

3. Ministerio de Desarrollo Social²⁵

- a. Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), su objetivo es garantizar el ejercicio efectivo de la ciudadanía de todos los niños, niñas y adolescentes del Uruguay, como corresponde a su calidad de sujeto pleno de derecho. El INAU es el rector de políticas destinadas a promover, proteger o restituir los derechos de niños, niñas y adolescentes, articulados en un Sistema Nacional de Infancia en el marco de la Doctrina de la Protección Integral.
- b. Instituto Nacional de la Juventud (INJU) es el responsable de planificar, diseñar, asesorar, articular, supervisar y ejecutar políticas públicas de juventud, además de velar por su cumplimiento. Es competencia del instituto

25 Se buscó realizar una entrevista con el Instituto Nacional de las Mujeres, pero no fue posible.

revitalizar el papel de los y las jóvenes como actores sociales estratégicos y potenciar la participación en las diversas áreas desde una concepción integral, solidaria y de igualdad social.

c. Jóvenes en Red es un programa intersectorial de inclusión social destinado a adolescentes y jóvenes entre los 14 y 24 años que estén bajo la línea de pobreza, que no hayan concluido el Ciclo Básico de enseñanza y que estén desvinculados del mercado de empleo. Funciona desde el año 2012 bajo la órbita del MIDES.

d. Programa de Apoyo a la Infancia, Adolescencia y Familia en Riesgo-INFAMILIA creado en 2002 en la órbita de la Presidencia de la República y asimilado a partir de 2005 al MIDES, que diseñó y coordinó conjuntamente con el MSP y la Administración de Servicios de Salud del Estado el Sub Componente 1.4 “Prevención y Atención Integral del Embarazo Adolescente y salud sexual y reproductiva”.

4. Otros Programas

a. Uruguay Crece Contigo²⁶ es un Programa de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto de la Presidencia de la República, cuyo objetivo principal es consolidar un sistema de protección integral a la primera infancia a través de una política pública que garantice los cuidados y protección adecuados de las mujeres embarazadas y el desarrollo de niños y niñas menores de 4 años, desde una perspectiva de derechos.

Respecto al análisis documental se consideraron documentos de cada una de las áreas, programas e institutos relevados:

- Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género – MSP. 2005.
- Programa Nacional de Salud de Adolescencia y Juventud. 2007.
- Sistematización de políticas y estrategias del Departamento de Salud Sexual y Salud Reproductiva - División de Programación Estratégica en Salud – Ministerio de Salud Pública. Período 2010 – 2014. Informe Técnico. Diciembre de 2014.
- Centros Educativos Promotores de Salud, Estrategia de Espacios de Orientación y Escucha. 2014.

26 A partir de 2015 pasa a la órbita del MIDES.

- Plan Nacional de Juventudes 2011-2015.
- Programa Jóvenes en red. 2012
- Programa Uruguay Crece Contigo. 2012.

Se realizó un total de ocho entrevistas semi-dirigidas con decisores, directores y/o coordinadores de las instancias relevadas entre los meses de octubre y noviembre de 2014. Las entrevistas fueron realizadas por el equipo de investigación de la Facultad de Psicología²⁷ y desgrabadas para su procesamiento y análisis. El contexto de elecciones nacionales que vivió el país durante ese período no facilitó la coordinación de entrevistas con una lista más amplia de informantes, por lo cual en la mayoría de los casos se priorizó aquellos que participaron en organismos públicos en el período 2010-2014. Las y los decisores entrevistados se ubican en puestos claves en los asuntos de política pública destinados a población adolescente, atención en salud y SSR en este último período de gobierno. Se elaboró una pauta de entrevista en base a los objetivos de este componente del estudio, con tres ejes: prioridades e intencionalidades políticas, concepciones sobre sexualidad y sexualidad adolescente y acciones desarrolladas. Dada la ubicación de las y los entrevistados en cargos de alta responsabilidad en la toma de decisiones las entrevistas concluyeron con una pregunta acerca de los desafíos a afrontar en el mediano plazo acerca de la adolescencia y la sexualidad.

2. ANTECEDENTES Y CONTEXTO

El abordaje de la sexualidad de los y las adolescentes en clave de ciudadanía es un campo de especial complejidad, disputa y tensiones. Estas características han estado presentes tanto en los procesos legislativos como en el desarrollo de las políticas públicas.

En este camino han sido clave los compromisos internacionales contraídos por Uruguay al ratificar la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre los Derechos del Niño y las Conferencias Internacionales de las Naciones Unidas, en particular la de Población y Desarrollo (CIPD) y la Cuarta Mundial sobre la Mujer, con sus respectivas reuniones de seguimiento quinquenales, y más recientemente el Consenso de Montevideo en el marco de la primera Conferencia Regional de Población y Desarrollo. Principalmente estas últimas instancias, son de especial importancia pues reconocen a los DDSSRR en tanto derechos humanos fundamentales para la vida de las personas.

27 Docentes Rosana Blanco y Pablo López, y estudiantes: Solveig Rodríguez, Natalia Viera, Jimena López Cossio y Eliana Bengochea.

El período que abarca este estudio coincide con las dos primeras administraciones de gobierno de izquierda en el país (Partido Frente Amplio – Encuentro Progresista) que trajeron aparejadas una serie de reformas enmarcadas en un proceso de reforma del Estado Uruguayo que son contexto de los siguientes antecedentes legislativos y de políticas públicas.

En lo que refiere a antecedentes legislativos, cabe destacar que el debate político, social y parlamentario de la ley de defensa de derecho a la salud sexual y reproductiva iniciado en el año 2002, fortaleció la discusión sobre los DDSSRR e implicó su introducción en la agenda política y social a nivel nacional. En diciembre de 2008 fue promulgada la ley nº 18.426 de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, tras el veto presidencial a los capítulos referidos al aborto. En setiembre de 2010 a través del Decreto nº 293 del Ministerio de Salud Pública, se reglamentó dicha ley, y en diciembre de ese mismo año se publicaron las guías para su implementación a nivel del Sistema Nacional Integrado de Salud a partir del 1 de enero de 2011. En 2012 se aprobó la ley nº 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo, cuya reglamentación sucedió en diciembre del mismo año e incluyó el abordaje específico y el reconocimiento de los derechos de las adolescentes. 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 nº 18.246 de Unión Concubinaria (2007) que incluye las uniones consensuales entre personas del mismo sexo, la ley nº 18.437 General de Educación (2008) que plantea la educación sexual como eje transversal, la ley nº 18.260 (2009) que establece el derecho a la identidad de género y al cambio de nombre y sexo en documentos identificatorios, la ley nº 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 nº 19.075 (2013) de Matrimonio Igualitario, la ley nº 19.161 (2013) de Subsidio por Maternidad y por Paternidad para trabajadores de la actividad privada y la ley nº 19.167 (2013) sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida.

Asimismo, el Ministerio de Salud Pública a partir del año 2005 ha elaborado y publicado normativas y guías clínicas sobre diferentes componentes de la SSR y la atención específica en la adolescencia. También, resulta importante destacar la aprobación de la ley nº 18.335 (2008) y su respectivo decreto (2010) que regula los derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud, pues plantea el derecho a la consulta de los/as adolescentes fuera de la presencia de los padres de acuerdo al principio de autonomía progresiva según consideración del profesional de salud, y protege el derecho a la intimidad y la confidencialidad.

En lo que respecta a equidad de género, en marzo de 2007 fue promulgada la ley nº 18.104 de Igualdad de Derechos y Oportunidades entre hombres y mujeres en la República. En 2008 a través de la ley nº 18.104 se funda el Consejo Nacional Coordina-

dor de Políticas Públicas de Igualdad de Género. En este marco, el Instituto Nacional de las Mujeres del Ministerio de Desarrollo Social diseñó el Primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos aprobado por el Poder Ejecutivo en mayo de 2007. A su vez, a nivel del gobierno de la capital se implementó durante el período 2007 - 2010 el II° Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos entre mujeres y varones de Montevideo. El departamento de Canelones en consonancia con lo sucedido a nivel nacional y de la capital, se encuentra en el desarrollo de un Plan canario de igualdad de oportunidades y derechos- Intendencia Municipal de Canelones/ Comuna Canaria. Ambos planes incorporan a la SSR y el eje adolescencia.

En lo que refiere a políticas públicas, cabe subrayar que el proceso de políticas de SSR no ha sido lineal y el lugar de las/os adolescentes ha sido variable. En este contexto, es imprescindible hacer referencia a las políticas desarrolladas principalmente desde el sector salud, educación y desarrollo social.

En el caso del sector salud los avances en materia de políticas se enmarcan en la Reforma del Sector Salud que implicó la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud compuesto por prestadores públicos y privados, que introdujo cambios en el modelo de atención, gestión, financiamiento y definición de una política nacional de medicamentos y tecnología. La ley nº 18.211 (2007) reglamenta el derecho a la protección de la salud de la población uruguaya y establece las modalidades para el acceso a servicios integrales de salud. A partir de marzo de 2005 se reestructura el organigrama del Ministerio de Salud Pública y se crean nuevos programas de salud, entre los cuales se destacan, a los fines de esta publicación, el Programa Nacional de Salud Adolescente, el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género (el cual tuvo a cargo del subprograma de SSyR) y el de ITS VIH-sida. La incorporación del enfoque de género y la inclusión de la SSR desde un enfoque de derechos ha sido un compromiso explícito de sus autoridades sanitarias, habiéndose desarrollado acciones al respecto a nivel de elaboración de guías clínicas, fortalecimiento de capacidades en equipos de salud, estrategias de comunicación y difusión, metas asistenciales, inclusión de nuevas prestaciones, entre otros. A partir de 2010, con la segunda administración del gobierno del Frente Amplio, se desarrolla otra reestructura a nivel del MSP, creándose el Departamento de Planificación Estrategia en Salud compuesto por áreas y programas. Se crea el Área de SSR, posteriormente asimilada en Departamento y el Programa Nacional de Salud de Adolescentes pasa a integrar el Área Ciclos de Vida y a incorporar a la población joven.

En estos 10 años, las acciones de SSR han incluido a los y las adolescentes. Las políticas y estrategias del Área de SSR han incluido a los adolescentes y las del Programa de Adolescencia han incluido a la SSR. Entre los avances sobre la salud de adolescentes en este período se destacan: la creación de espacios adolescentes a nivel público y privado,

la publicación de guías clínicas para el primer nivel de atención y de protocolos para la evaluación de la Buenas Prácticas en la Atención de Salud Adolescente como estrategia para mejorar la calidad de atención de esta población en los tres niveles de atención de salud del SNIS, cuyo proceso de autoevaluación será en 2015 y culminará con el reconocimiento a las instituciones que lo hayan desarrollado y logrado la mejor calidad de atención, el Carné de Salud Adolescente válido a nivel nacional y gratuito desde 2009, el que deben expedir las instituciones de salud públicas y privadas, basando sus contenidos en el control anual de salud a adolescentes de 12 a 19 años de edad, la Estrategia de Espacios de Orientación y Escucha en salud integral, incluyendo SSR en centros educativos promotores de salud, que se han instalado en el año 2012 en algunas instituciones de Montevideo y Canelones, y dentro de las metas asistenciales²⁸ para adolescentes se encuentran, entre otras, contar con médicos de referencia para esta población, el Sistema Informático de Adolescentes (Hoja SIA), desarrollo de capacitaciones para los equipos de salud y actividades de promoción de salud por parte de los prestadores de salud dirigidas a adolescentes en diferentes temas.

En lo referido a políticas de salud, además del MSP y los respectivos prestadores de salud, otras instituciones gubernamentales han desarrollado diferentes políticas y programas en SSR a partir de 1996. Se destacan las acciones de la Intendencia Municipal de Montevideo a través del Programa de Atención Integral a la Mujer y del Programa Salud Integral de Adolescentes y de sus policlínicas municipales que brindan atención específica a adolescentes en SSR. También, el Banco de Previsión Social contempla el pago de asignaciones para adolescentes embarazadas y madres, que cumplan con los requisitos.

En lo que respecta a las acciones desde el sector educación, se resaltan las referidas a la implementación de la educación sexual. Los impulsos iniciales para su incorporación datan de principios del siglo XX, tras casi un siglo de iniciativas inconclusas en este campo, en el año 2006 el Consejo Directivo Central de la Administración Nacional de Educación Pública resolvió crear una Comisión de Educación Sexual a la cual se le encomendó la coordinación de las actividades necesarias para instrumentar, conjuntamente con los respectivos órganos rectores, un Programa Nacional de Educación Sexual. El mismo viene implementándose desde el año 2008 a nivel de cada subsistema: primaria, secundaria, formación docente y formación técnico profesional. Con diferentes modalidades de implementación, el país cuenta con contenidos de educación sexual en todas las curriculas de educación pública, con horas asignadas a los docentes, un programa de formación, materiales educativos, etc. Asimismo, en el marco de la promoción de derechos reproductivos de las adolescentes, se cuenta con la circular del Consejo

28 Medidas que buscan fortalecer y garantizar la atención integral, accesible y efectiva de la población en su conjunto.

de Educación Secundaria nº 2380 del año 1999 de “Apoyo a estudiantes embarazadas”, la cual busca favorecer la permanencia de las adolescentes en las instituciones educativas a través del otorgamiento de beneficios especiales en las asistencias, las inscripciones y facilidades para el rendimiento de exámenes.

En lo que respecta a las políticas desde el sector social, las mismas se han llevado adelante principalmente desde el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) creado en marzo de 2005. Se destaca el Programa de Apoyo a la Infancia, Adolescencia y Familia en Riesgo - INFAMILIA creado en 2002 en la órbita de la Presidencia de la República y asimilado a partir de 2005 al MIDES, que diseñó y coordinó conjuntamente con el MSP y ASSE el Sub Componente 1.4 “Prevención y Atención Integral del Embarazo Adolescente y salud sexual y reproductiva”. También en el marco del MIDES el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), de la Juventud (INJU) y del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) desarrollaron acciones vinculadas a los DDSSRR de las/os adolescentes. En el primer caso, en tanto órgano rector de las políticas de género y en el marco de la implementación del PIODNA, ha desarrollado acciones principalmente vinculadas al fortalecimiento de capacidades con el sector educación y elaborado y divulgado materiales de apoyo. El INJU incluyó el eje de SSR en el proceso de elaboración de su Plan Nacional de Juventudes comenzado en 2009 y lanzado en 2011. Sin embargo, es de destacar la débil inclusión del componente de SSR y DDSSRR en el documento final de dicho plan (INJU, 2011). El INAU cuenta con una larga trayectoria de estrategias a nivel de sus servicios, de la formación permanente de sus equipos de trabajo así como en los convenios con sociedad civil organizada que datan de antes del 2005. A su vez, el país ha desarrollado una Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia 2010 - 2030 (ENIA) en el marco del Consejo Nacional de Políticas Sociales, que cuenta con un Plan de Acción 2010-2015 (Comité de Coordinación Estratégica de la Infancia y Adolescencia, 2010). En esta estrategia la incorporación de los DDSSRR es muy deficitaria y recae principalmente en los componentes vinculados al embarazo, maternidad y paternidad.

Por otra parte, a nivel de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) de la Presidencia de la República, se creó el Programa Uruguay Crece Contigo cuyo objetivo principal es consolidar un sistema de protección integral a la primera infancia a través de una política pública que garantice los cuidados y protección adecuados de las mujeres embarazadas y el desarrollo de niños y niñas menores de 4 años, desde una perspectiva de derechos. Un muy importante número de las usuarias del este programa son adolescentes, el cual es ubicado desde 2015 en el MIDES.

Finalmente, es necesario destacar el rol fundamental que han tenido las organizaciones de las sociedad civil respecto al desarrollo de estrategias socioeducativas y de incidencia política en el campo de la promoción de los DDSSRR de la población general,

y de los y las adolescentes en particular que han sido motivo para el desarrollo de un apartado específico dentro de este estudio. La mayor parte de estos proyectos han sido desarrollados en convenio con el Estado o con el apoyo de la cooperación internacional. También gran parte de las acciones desarrolladas desde el gobierno en materia de DDSSRR han contado con apoyo técnico y financiero de la cooperación internacional.

3. RESULTADOS Y ANÁLISIS

3.1 Conceptualizaciones acerca de la sexualidad y la sexualidad en adolescentes

La mayoría de las y los entrevistados coinciden en entender la sexualidad como una dimensión de la vida y la personalidad vinculada a la identidad, la afectividad, el placer, la felicidad, las relaciones interpersonales y la reproducción. Estas conceptualizaciones están muy poco plasmadas en los documentos considerados. Si bien a partir de la información analizada no hay suficiente material para identificar los supuestos teóricos, ontológicos y éticos desde los cuales se construye el objeto de la política, la sexualidad en tanto construcción sociocultural no parece predominar en los discursos. Algunos entrevistados refieren elementos específicos, si bien acotados, sobre la dimensión social de la sexualidad.

“La sexualidad es muchas cosas, tiene que ver con el tema del placer, tiene un ancla en la reproducción, que es uno de sus grandes conflictos, y es fundamentalmente una relación interpersonal, creo que esos tres ejes son los que tienen de alguna manera todo este tema de la sexualidad. La tensión entre el deseo, la prohibición, lo posible, lo permisible, cómo, donde y cuando es permitido, cuando no y como no, y con quien. Esto genera un interjuego de significados que le da esta complejidad que tiene”. (Entrevista decisor)

“Es una dimensión de la vida de los seres humanos, que tiene que ver con nuestra identidad, con nuestro lugar en el mundo, con los afectos, con cómo nos vinculamos con los otros, con los derechos, tiene que ver con la reproducción, tiene que ver con el placer, yo te diría que por ahí, cuando pienso en sexualidad, pienso en eso, en vínculos, en afectos, en reproducción, en placer y en identidad. Creo que está todo en juego digamos, y que no solamente se reduce a la relación sexual más tradicional. No se reduce ni al sexo ni a una identidad de género exclusivamente, sino que hace a todos esos campos, y a toda esa mezcla de cosas que tienen que ver con los afectos, con los vínculos, con la identidad, con la reproducción y con el placer”. (Entrevista decisor)

En palabras de otro entrevistado se puede apreciar el rol de la familia, la sociedad y lo generacional sobre la mirada que se imprime a la sexualidad en la adolescencia. La necesidad de control y disciplinamiento.

“Yo no sé si son especificidades de la sexualidad, son especificidades de la etapa que se refleja en otras cosas en la sexualidad. Y creo que es la labilidad, la búsqueda, la necesidad de ensayar, el conflicto entre el rechazo a lo que viene de las generaciones excedentes pero a su vez tomarlo de alguna manera como modelo, la relación con los padres. La sexualidad es uno de los temas en los que más se ha pensado porque hay como una obsesión por el control de la sexualidad. Uno de los temas que más preocupa al entorno es la sexualidad adolescente porque es vista como fuente de peligro, de reproducción no contenida ni encaminada socialmente. Es uno de los grandes tabúes. Pero creo que la sexualidad adolescente es un tema más en los adolescentes”. (Entrevista decisor)

El discurso de este entrevistado es ilustrativo de las dificultades que se pudieron observar para el análisis de la especificidad de la sexualidad en adolescentes y cómo ésta es concebida desde una perspectiva adultocéntrica que permea las definiciones políticas. También remite al tradicional debate sobre la priorización o no de la sexualidad en el campo de las acciones políticas o si éstas se deben focalizar en la salud integral de los/as adolescentes, quedando entonces la sexualidad subsumida al campo de la salud. Esta tensión acerca de la jerarquización de la sexualidad o de su ubicación en el marco de la salud integral es relevante en la medida que se encuentra en la base de la construcción del objeto de la política.

Tanto en el análisis documental como en las entrevistas, se pudo constatar una concepción de la sexualidad ligada al campo de los derechos humanos. Los discursos tendieron a desplazarse al campo de lo normativo formal que ubica la salud sexual y reproductiva en el campo de los derechos humanos en el marco de los avances legales que el país ha realizado en esta materia.

Respecto a lo específico de la sexualidad en la adolescencia, los/as entrevistados coinciden en que la particularidad está dada en las propias características de esta etapa de la vida. Así, la sexualidad es ubicada en su dimensión subjetiva, relacionada con la construcción de la identidad y de proyectos de vida, junto con la exploración, el inicio de las relaciones sexuales y la capacidad reproductiva, en donde las relaciones de noviazgo juegan un rol protagónico. Esta perspectiva parecería descentrarse de la sexualidad en tanto construcción social. Al mismo tiempo, algunos/as entrevistados die-

ron cuenta de la preocupación por las relaciones desiguales de poder y sus efectos en la vida sexual de los/as adolescentes, en particular asociado al problema del abuso sexual. El concepto de autonomía progresiva de los/as adolescentes asociado a la capacidad para tomar decisiones de manera libre e informada forma parte del discurso de derechos de los/as entrevistados.

“Creo que cuando nos planteamos una mirada integral de los sujetos, es una dimensión que hace a la realización personal, que es súper importante, y particularmente en la adolescencia no? Donde hay todo un proceso de descubrimiento, al menos de algunas facetas de la sexualidad, una etapa en la que, en general, los gurises tienen sus primeras relaciones sexuales y comienzan a conformar parejas, en ese sentido es muy presente el tema en la cotidianeidad de los chiquilines”. (Entrevista decisor)

“Definitivamente que hay una especificidad porque es una etapa que justamente se potencian todos estos campos que tienen que ver con los afectos, con la construcción de identidades, con el placer, con la búsqueda del otro y la búsqueda de uno mismo, entonces creo que la especificidad tiene que ver justamente con la centralidad, y el despertar de otras dimensiones que hasta esa etapa de la vida seguramente no estaban. (...) A ver, capaz la especificidad está dada, por... yo creo que la dimensión reproductiva es una dimensión central, definitivamente central, con todo lo que eso supone, cuando hablamos de la dimensión reproductiva de los métodos anticonceptivos hasta la construcción de paternidades y maternidades, y la elección de vida, elección de tener o no; yo creo que la dimensión de la diversidad sexual también tiene que estar presente, las distintas opciones, y el derecho, y las posibilidades, creo que tiene que estar presente, muy presente, la dimensión del placer, dimensión placentera de la sexualidad, de tener buenas experiencias, y por lo tanto hacer buenas elecciones no? Y seguramente como en la adolescencia se tramita la primer experiencia sexual tradicional me parece que ahí esa decisión hay que tramitarla de manera informada y placentera”. (Entrevista decisor)

La concepción de la sexualidad como un componente inherente de los seres humanos y fuertemente presente en la vida de las/os adolescentes, se vincula con el planteo realizado por algunos entrevistados a cargo de las políticas sociales de adolescencia, quienes señalaron que ésta es una demanda que se plantea tanto desde la población adolescente como desde los equipos técnicos que con ellos se relacionan. Ello genera la necesidad de formación específica de los/as profesionales si bien se formula la preocupación por el riesgo de la “sobre - especialización”.

“Como encapsularlo en la educación sexual, encargarse de la educación sexual, y no tomarlo como un tema de vida más. Sobre todo en los espacios no formales de educación, en los espacios formales uno entiende que puede haber una materia, pero cuando hablamos de centros juveniles, cuando hablamos de clubes de niños, cuando hablamos de grupos de adolescentes, hay como una necesidad de reportarlo y de ponerlo en algún lugar y trabajarlo como aparte, y creo que eso es parte de toda una sensación como un poco fóbica que tenemos de la sexualidad. Controlarla, medirla, yo siento que es parte más de toda una curricula oculta informal que debería estar trabajada con otra espontaneidad y en función de las experiencias de vida y las inquietudes y no tanto de una cosa sistemática que se impone un poco desde afuera”. (Entrevista decisor)

La inclusión de los enfoques de género y de diversidad sexual fue valorada como una estrategia relevante por parte de los entrevistados/as así como forma parte de varios de los documentos analizados. Los actores coinciden en que estos enfoques están presentes de manera transversal en sus acciones. A decir de uno de los entrevistados, *“son parte del ABC junto con los derechos”*. Si bien en las entrevistas no se detienen a conceptualizar estas categorías, sí se plantean algunas nociones. La diversidad sexual fue asociada con el respeto por las diferentes opciones, orientaciones y posibilidades sexuales, a la vez que se la visualiza como una barrera para el acceso a servicios, recursos y derechos. Por su parte, el género fue relacionado con el acceso a las oportunidades y derechos, a la violencia basada en género y al empoderamiento de las mujeres. Desde la perspectiva de algunos/as entrevistados, las adolescentes viven dificultades en el reconocimiento por parte de sus parejas u otras formas de violencias de género que limitan y/o inhiben el desarrollo de sus proyectos de vida.

“El programa se enfrentó en muchos casos con la dificultad en el caso de las mujeres adolescentes o jóvenes de no poder desarrollar la suficiente habilitación por ejemplo en sus parejas para participar en las actividades del programa o en la inserción laboral, enfrentándonos también a que en las relaciones de pareja muchas veces aparecía la cuestión de la violencia y del maltrato, físico, psicológico, y de relaciones de poder donde la cuestión de género atravesaba mucho en términos de mujeres jóvenes poco empoderadas en esa cuestión. Entonces, ahí aparecen lo que son como las prioridades en términos de sexualidad. La cuestión de género, el empoderamiento de las mujeres jóvenes ante sus familias y ante sus parejas particularmente y la apropiación de todo lo que es el nuevo marco de derechos vinculados a salud sexual y reproductiva”. (Entrevista decisor)

3.2 Los aportes, prioridades y acciones desde los diferentes sectores al campo de la sexualidad y adolescencia

En el periodo que abarca este estudio la sexualidad y, principalmente, la SSR de las/os adolescentes, fue progresivamente incorporada como objeto de política pública a nivel nacional. En consonancia con ello, se desarrollaron una serie de acciones, planes, normativas y guías técnicas en este campo.

Si bien el abordaje de la sexualidad y la SSR de adolescentes es considerado un asunto importante desde la perspectiva de los/as entrevistados, desde los actores del sector salud es donde estos componentes son considerados de especial relevancia.

Las y los entrevistados provenientes de otros sectores del Estado con responsabilidad en la gestión de políticas integrales hacia esta franja etaria, consideran la sexualidad y la SSR como temas importantes a incluir en el espectro más amplio de la integración social de los/as adolescentes. Si bien, desde estos sectores se realizan acciones, éstas no constituyen objetivo central de sus políticas, las que están más bien relacionadas con la inclusión social, educación, empleo. Las políticas sectoriales de corte universalista sustentadas en una definición del Estado organizado de modo sectorial que provee unos bienes sociales para el conjunto de la población, tienen un énfasis -precisamente- en la provisión del bien en cuestión. Al respecto de estas políticas, Krauscopf (2005) afirma que las acciones son definidas desde un paradigma del sujeto juvenil como ser en *transición a la adultez*.

Al analizar los documentos relevados se evidencia que la sexualidad y la SSR ocupan un lugar de mayor prioridad para el sector salud, que para otros sectores del Estado, donde estos asuntos ocupan un lugar satelital. Es importante destacar que se aprecian diferencias entre un período y otro, seguramente relacionadas con el progresivo reconocimiento de estos derechos a nivel social y en el campo mismo de las políticas públicas. En el tramo 2010 – 2014 se evidencia una mayor incorporación de la SSR en las políticas dirigidas a adolescentes y jóvenes, en comparación con el periodo anterior. El objeto de la política es el sujeto adolescente y joven por lo cual las prestaciones incluyen distintos bienes sociales y materiales (educación, tiempo libre, protección, promoción de hábitos saludables, capacitación para el empleo, etc.) y en ese contexto la agenda de SSR y sexualidad comienza a ser visibilizada.

A su vez INAU e INJU son organismos con distintos grados de autonomía institucional y una construcción disímil del sujeto de sus políticas. INAU es un ente descentralizado, con autonomía presupuestal, que brinda numerosos servicios ligados a la protección de la infancia y la adolescencia construidas en torno a la minoridad (vale decir afectadas por situaciones de vulnerabilidad material social y fragilidad en la afiliación familiar).

INJU, por su parte es un organismo que desde su creación en el año 1990 se ha ubicado en distintos ministerios. En el período de este estudio, el INJU es una Dirección Nacional del MIDES, por lo cual carece de autonomía presupuestal. Si bien a diferencia de INAU, construye al sujeto de la política desde una pretendida universalidad, la cobertura de sus acciones es limitada dado que sus recursos también lo son. Por otra parte, Infamilia, Jóvenes en Red y Uruguay Crece Contigo son programas focalizados en el sujeto de la política que está definido desde la extrema vulnerabilidad social.

En este punto es importante señalar los aportes de Midaglia, Castillo y Fuentes (2011), acerca de que las políticas públicas focalizadas tienen su origen en la conversión de un Estado de Bienestar que regula en base al trabajo a otro que opera sobre la figura de la pobreza. Estas políticas se instalan en la región desde mediados de la década de 1980 y se ubican en forma frágil en diversas dependencias del Estado, en numerosas ocasiones quedando adscriptas al ámbito presidencial por lo cual su sustentabilidad material y temporal depende de correlaciones políticas coyunturales. Si bien como advierten Midaglia et al. (2011), los ministerios de desarrollo social han tenido el sentido político de albergar estas iniciativas basadas en la pobreza así como en otros actores políticos no definidos en torno a la pugna capital- trabajo (como las mujeres, los grupos étnicos y las franjas etarias) otorgándole mayor rango institucional, su situación en el entramado de las políticas continúa padeciendo de una cierta fragilidad y legitimidad.

En lo que refiere al análisis por sectores y actores para este estudio, el MSP es un organismo con un importante aporte en el campo de la SSR de los y las adolescentes, ha construido una política pública nacional en SSR destinada a toda la población del país incluyendo adolescentes, a la vez que una política de salud integral adolescente que incluye la SSR. Se trata de una política sectorial que busca el alcance universal, la cobertura nacional e incluye a todos los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud. El Programa Nacional de Salud de Adolescencia y Juventud tiene como foco la salud integral de esta población mientras la SSR es uno de sus componentes, y ha sido priorizado en acciones de sensibilización, capacitación y difusión. Por otra parte, el Programa de Salud de la Mujer y Género (2005 – 2009), posteriormente transformado en Área de SSR (2010 – 2014) tiene como objetivo central el diseño de las políticas en SSR para toda la población, contemplando a las y los adolescentes. Esta estructura, requiere de un importante nivel de coordinación a la hora de diseñar, implementar, monitorear y evaluar la política pública de SSR dirigida a adolescentes. Las acciones han estado principalmente vinculadas con la SSR y, aquellas específicas relacionadas con la sexualidad en la población adolescente, no son fácilmente ubicables en los relatos de los/as entrevistados:

“En realidad son...los objetivos vinculados a la salud sexual y reproductiva, todos tienen puntos específicos para adolescencia. En realidad nosotros lo que insistimos es esencialmente en que el acceso tiene que ser amplio para todos los adolescentes.

Cada vez que trabajamos interrupción del embarazo, trabajamos interrupción del embarazo en adolescentes, como interrupción del embarazo en privadas de libertad. Trabajamos anticoncepción y anticoncepción para el adolescente y para las privadas de libertad”.(Entrevista decisor)

El MSP ha tenido a su cargo, en tanto organismo rector en materia de salud, de la reglamentación de los marcos normativos relativos a SSR que el país aprobó en los últimos años. A su vez, ha elaborado guías clínicas y normativas sanitarias en distintos componentes de la SSR que orientan el quehacer técnico de los profesionales en los servicios de salud. Entre otros se ha priorizado el aseguramiento de métodos anticonceptivos, la interrupción voluntaria del embarazo, la atención del embarazo y parto, la prevención del HPV y otras ITS como el VIH, y la prevención y atención del abuso sexual. Estas acciones se han diseñado desde un enfoque que busca articular género, derechos y diversidad. Desde este sector se han realizado coordinaciones con el sector educativo, desarrollo social, con asociaciones profesionales, ONGs y con el movimiento de los derechos de los usuarios.

El Área de SSR del MSP implementó instancias de capacitación para la aplicación de sus guías y normativas que incluyeron transversalmente la cuestión adolescente. El Programa de Salud de Adolescentes y Jóvenes desarrolló en su segundo período de gobierno, capacitaciones sobre el contenido, uso y aplicación de las Guías de Abordaje integral a la salud de adolescentes en el primer nivel de atención (2009), dirigidas a equipos y profesionales de salud que trabajan con adolescentes en todo el país. La SSR, la violencia sexual, la diversidad sexual fueron componente priorizados en estas capacitaciones.

“...en el año 2009 se elabora y se difunde lo que es la Guía para el abordaje de la adolescencia, es de la salud en el sentido amplio, no sólo médico en el primer nivel de atención y en el 2010 se empieza a hacer la capacitación para que esas guías la gente las pudiera entender, porque vamos a entendernos...en el país no hay formación para trabajar con adolescentes, o no había, quizás en la Universidad ahora, en algunas facultades, escuelas, se empieza a hablar más, pero en medicina particularmente no había” (Entrevista decisor)

Las prioridades implican, a su vez, definiciones desde las políticas públicas que si bien trascienden la SSR se convierten en puntos de partida sin los cuales ésta no puede ser abordada de modo eficiente. A modo de ejemplo, desde el sector salud se destaca la historia clínica, conocida como Hoja SIA (Sistema Informático del Adolescente) que recoge diversas situaciones de vida del adolescente, un screening de salud con

un enfoque biopsicosocial, emocional, familiar que contempla el área de la sexualidad. Asimismo, el objetivo de generar condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de forma plena implica promover en la población adolescente el conocimiento del marco legal que los ampara. Tal como señala uno de los entrevistados, *“La prioridad número uno es poder dar a conocer la ley, que las y los jóvenes se apropien de sus derechos”*.

También se destaca al Carné de Salud Adolescente como una herramienta específica dirigida a esta población dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). El Carné de Salud Adolescente incorpora preguntas que indagan en aspectos afectivos (vínculos familiares, relacionamiento con los pares, etc.) y sociales (tales como la integración al sistema educativo) trascendiendo de este modo una visión estrictamente biomédica de la salud.

Asimismo, como se planteó anteriormente en estos diez años se generó un conjunto de metas prestacionales de salud en el marco del SNIS, algunas de ellas estuvieron dirigidas a la SSR y otras a su vez a salud de adolescentes:

“Hablando de promoción, dentro de las metas se agregó algo chiquitito pero desde el punto de vista simbólico es muy importante, todas las instituciones tienen que hacer una actividad de promoción en salud cada tres meses, en espacios comunitarios que pueden ser escuelas, liceos, centros deportivos, sociales..., van viendo cuales son temas y ahí se han colocado muchos temas de salud sexual y reproductiva, género, diversidad...”(Entrevista decisor)

Asimismo, en este periodo de estudio se crea el Programa Uruguay Crece Contigo con el objetivo general de consolidar un sistema de protección integral a la primera infancia, a través de una política pública que garantice los cuidados adecuados de las mujeres embarazadas y el desarrollo integral de niños y niñas menores de 4 años desde una perspectiva de derechos. Cuenta con una fuerte estrategia de acompañamiento a familias en situación de riesgo socio sanitario. Si bien no es un programa del sector salud, cuenta con una mirada y enfoque importante desde la salud. Se destaca a su vez que 57% de sus usuarias son adolescentes. En lo que refiere a sexualidad, el programa ha priorizado y realizado aportes vinculados a la SSR.

Por su parte, el Programa Infamilia entre sus diversas acciones ha apuntado a optimizar los niveles de responsabilidad en la SSR de las/los adolescentes. Su estrategia en este campo comprende el acompañamiento de adolescentes madres y padres en el primer año posterior al parto de su hijo; la formación de Promotores Juveniles y la creación de

espacios de atención especializada en salud integral para adolescentes. Ha trabajado fuertemente en la prevención, reducción y atención del embarazo adolescente no planificado, estimulando la construcción del proyecto de vida. Ha formado adolescentes y jóvenes como promotores de salud, con un fuerte énfasis en SSR con el objetivo que sean parte de las políticas públicas como usuarias/os y como gestores de nuevas relaciones con otros. Si bien no es parte del sector salud, la implementación del Programa se realiza en conjunto con organismos co-ejecutores como el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), el Ministerio de Salud Pública (MSP), la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y, en asociación con organizaciones de la sociedad civil.

Las prioridades y aportes de los organismos enfocados específicamente a las políticas sociales de adolescencia, refieren mayoritariamente a inclusión social, educación y empleo. Se caracterizan por un patrón más cercano a la focalización en poblaciones en situación de vulnerabilidad y exclusión desde el punto de vista socio-económico. Los asuntos relativos a la sexualidad son un componente dentro del espectro más amplio de las cuestiones relacionadas con los proyectos de vida de las/los adolescentes. Estos organismos no asumen un protagonismo en la temática sino que “acompañan” la agenda del sector salud. Apuntan a promover transformaciones actitudinales hacia la sexualidad tanto en la población adolescente como en las y los adultos mediante estrategias de capacitación y sensibilización de éstos últimos, reconociendo la insuficiencia y disparidad en la formación sobre estos temas. En esta línea, por ejemplo desde INJU se explicita que los temas relativos a sexualidad y SSR no fueron prioritarios:

“INJU no priorizó este tema, claramente. El INJU priorizó la elaboración de un Plan Nacional de Juventudes, un plan que tuvo su prioridad en la educación, en fortalecer las trayectorias educativas de los jóvenes para que terminen la educación media; en el empleo, desarrollando una Ley de Empleo Juvenil y desarrollando otras acciones que apuntaban a mejorar las oportunidades de inserción laboral de los jóvenes y participación, te diría que las prioridades estuvieron puestas ahí”. (Entrevista decisor)

A pesar de ello, hacia el final del periodo, por ejemplo, el Programa Jóvenes en Red fortaleció la incorporación de la sexualidad y los DDSSRR en su diseño y acciones, en el entendido de que éstos están intervinclados y afectan las dimensiones prioritarias del Programa, permitiendo un enfoque más integral. Estas acciones tuvieron un fuerte componente coordinación interinstitucional, que permitieron generar acciones de capacitación de los recursos humanos y de producción de materiales de difusión.

“Ahí hicimos, a partir de algunos recursos del UNFPA, participamos en la elaboración de algunos materiales y sobre todo de algunas instancias de sensibilización

y formación de adolescentes y jóvenes del programa Jóvenes en Red...se formaron y se sensibilizaron a educadores, se trabajó con los jóvenes y con los adolescentes directamente en la elaboración de materiales audiovisuales en torno a los temas de sexualidad y género, y se elaboró algún material, alguna guía. Después te diría que en el Plan Nacional de Juventudes hubo como una continuidad de algunas acciones que ya se venían desarrollando....Pero no hubo un aporte nuevo nuestro, ahí hay que ser muy sincero, realmente no hubo un aporte nuestro". (Entrevista decisor)

"El principal objetivo era promover en el adolescente una conducta sexual más libre y más responsable. Y promover en el adulto un respeto a eso". (Entrevista decisor)

En el caso de programas como Jóvenes en Red, Uruguay Crece Contigo e Infamilia la coordinación también es fundamental a nivel de los territorios. Por ejemplo, la tarea de re-vinculación a los ámbitos del empleo y la educación que propone el programa Jóvenes en Red implica el acercamiento a los centros de salud, entre otros espacios de lo público. El programa pretende constituir un "puente" desde los adolescentes hacia los centros de salud y de éstos hacia los adolescentes:

"Hay un objetivo bien específico que es que utilicen los servicios de salud, que ahí la función de Jóvenes en Red es ser un puente hacia las instituciones públicas, los servicios públicos, como logramos que estos jóvenes utilicen más frecuentemente y de forma más activa los servicios públicos. Pero también como logramos que los servicios públicos den cuenta mucho más, de poder atender a estos jóvenes". (Entrevista decisor)

En el caso de este programa la coordinación se genera a nivel territorial entre sus equipos de trabajo y los centros de salud. Si bien el programa es una iniciativa intersectorial, MSP y ASSE no son parte del directorio conformado por los distintos organismos por lo cual la coordinación, en este caso se produce a nivel territorial, cuestión que es considerado como un aspecto posible de transformar en el próximo período:

"Es un objetivo del programa para el próximo período incorporar Salud Pública como un eje dentro del programa. De hecho es muy probable que las acciones que estamos pensando desarrollar vinculadas a salud sexual y reproductiva sean en conjunto con el sistema de salud, la idea no es generar carriles paralelos a los que ya existen sino opciones que conecten a los chiquilines con la policlínica del barrio, de hecho las policlínicas son de los servicios que permea más en los barrios populares. Entonces en muchos puntos del país donde trabajamos la policlínica es un aliado". (Entrevista decisor)

Respecto a este punto es pertinente señalar las barreras de acceso de adolescentes en situación de exclusión social a las prestaciones de salud que se brindan a través de los servicios de SNIS. En párrafos anteriores quedó evidenciada la coordinación de acciones en SSR (de capacitación y de atención) entre los sectores de la salud y desarrollo social así como la importancia de los centros educativos en la atención integral de la salud. Las palabras del entrevistado se ubican en un lugar diferente, hablan de otros adolescentes que no acceden a las prestaciones educativas universales y que por lo tanto no les será requerido, por ejemplo, el Carné de Salud Adolescente. Esto señala, a su vez, otra tensión, que es la coordinación de acciones entre las políticas universales y las políticas focalizadas que tienen el riesgo de transitar por “carriles paralelos”. Por lo tanto, en el caso de estos adolescentes el acceso a la documentación y el uso de los servicios queda bajo la acción del Programa Jóvenes en Red y en la tarea concreta de sus operadores en territorio como queda señalado en el siguiente relato:

“...se ha coordinado en territorio, si bien no se ha coordinado a nivel de las autoridades, hay una eficiente articulación a nivel territorial por parte de nuestros operadores con las policlínicas de salud adolescente en los lugares que existen. Nosotros tenemos como una de las bases del trabajo todo lo que tiene que ver con la regularización de la documentación y del Carné de Salud Adolescente...hay un acompañamiento personalizado hacia los servicios de salud entonces en territorio estamos muy en contacto. Faltaría cerrar eso, ponerle el broche, con una mejor articulación a nivel institucional”. (Entrevista decisor)

Por su parte, desde INAU (2005-2008) los aportes específicos en el tema estuvieron asociados a la sensibilización de las y los funcionarios de la institución y en las distintas modalidades de atención a los niños/as y adolescentes que el organismo provee (internados y centros de tiempo parcial):

“En la dinámica de internados el principal aporte era tratar de formar a los funcionarios y mezclar funcionarios de la guardia vieja con funcionarios más nuevos, más jóvenes que tenían como otra cabeza y podían tener como otra forma de escucha en los temas de los adolescentes. En los programas barriales...lugares donde se trabaja con familias...la preocupación era incluir en las actividades cotidianas esta temática”. (Entrevista decisor)

Estas acciones por parte de INAU alcanzaron tanto a adolescentes internados como también a aquellos vinculados a los programas de tiempo parcial que incluyen distintos

formatos (programas de calle, centros juveniles, áreas pedagógicas). Según datos recogidos en las entrevistas se empezó a trabajar desde principios del año 2006 y se siguió hasta el año 2008, continuando muchas de estas acciones hasta el presente. En este mismo período INAU comienza a plantear la posibilidad de hogares mixtos y a proporcionar anticonceptivos orales a las adolescentes que viven en los internados.

En la pauta, se incluyó una pregunta específica sobre el embarazo, maternidad y paternidad en la adolescencia. La mayoría de las y los entrevistados coinciden en la necesidad de dar opciones para que las adolescentes puedan prevenir sus embarazos, ya sea mediante el acceso a anticonceptivos como en el campo de la educación u otras posibilidades para el desarrollo de sus proyectos de vida. Se enfatiza en la posibilidad de elegir, pero teniendo presente que muchas veces esa elección es más un destino en función de sus condiciones de vida y existencia. El embarazo en adolescentes es visto como producto de una cadena de vulneración de derechos. Por otra parte, se plantea el tema de la maternidad adolescente y la necesidad de realizar políticas vinculadas al apoyo de las adolescentes madres y a la prevención del segundo embarazo.

“Creo que tenemos el desafío de construir condiciones de mayor libertad para que los adolescentes puedan elegir tener o no tener hijos, todavía seguimos teniendo creo que el desafío de muchos adolescentes que siguen teniendo hijos tempranamente. La pregunta es si esas son decisiones libres, y me atrevería a decir que no, entonces todavía hay campo de espacio para seguir disputando esa dimensión que tiene que ver con la libertad de elegir, que sean decisiones realmente asociadas a la construcción de un proyecto de vida y no forzado porque es casi la única opción que se me presenta para tener un lugar en el mundo, creo que ese es el desafío que tenemos en términos de construir maternidades deseadas o paternidades deseadas”. (Entrevista decisor)

Asimismo, las/los entrevistados coinciden en la importancia de trabajar sobre cuestiones relativa a la sexualidad tanto con adolescentes como con adultos. Se entiende que estos temas deben ser abordados desde una perspectiva de derechos, y en algunos casos del derecho de los y las adolescentes a una vida sexual placentera.

“La prioridad es poder vivenciar una sexualidad feliz. Y dentro de esa sexualidad feliz, te pongo la placentera, la anticoncepción,...la no violencia...la no violencia en la pareja, no abuso...o sea reconocer que se puede vivir sin violencia. Esto para mí sería lo más importante en cuanto a la sexualidad”. (Entrevista decisor)

El ámbito educativo formal es identificado como un espacio clave para la promoción de una sexualidad vivida desde el placer y los derechos. En tal sentido, se señala la necesidad de profundizar y diversificar las acciones dentro del sector educativo:

“Hay que incorporar con mayor fuerza y presencia en todos los ámbitos educativos los temas de sexualidad... (Hacer) algo más que la sensibilización o...que una aproximación...profundizar mucho más en la información con la que cuentan los adolescentes como para que puedan desarrollar sus derechos más plenamente, para que puedan tener una vida sexual más placentera, más libre, más responsable”. (Entrevista decisor)

Desde los diferentes organismos se presenta como prioritaria la necesidad de analizar críticamente las asignaciones culturales sobre lo femenino y lo masculino que tienen incorporadas las y los adolescentes y que actúan como obstáculos para su integración social y para el desarrollo de su SSR. Es decir, elementos ligados a las construcciones sociales del género, que si bien son consideradas estructurales, o sea, están presentes en todos los estratos sociales se manifiestan como preocupación particular en relación a las y los adolescentes. El género es estructural por construir las prácticas y discursos en todos los sectores sociales, por construir identidades subjetivas pero también por construir instituciones, normas, etc.

“A pesar que INAU en ese periodo se empezó a abrir con políticas más universales, las preocupaciones más directas que llegaban eran de una población muy vulnerable...la lucha con una serie de supuestos culturales en el tema de la ambigüedad por el tema de la libertad sexual, sobre todo en relación a las chicas. Con una idea de que las chicas de clase media pueden ser libres, y las de clase baja tienen que tener cuidado... (Lo que hace a) todo un tema de autorepresión por parte de las chiquilinas porque no querían ser confundidas, sentían que las iban a acusar...otro aspecto...son todas las creencias que giran en torno a la homosexualidad. Las instituciones estaban todas muy estructuradas en sus espacios con un principio organizador en términos binarios: hay hombres y mujeres, entonces en ese escenario el tema de la homosexualidad era todo un conflicto”. (Entrevista decisor)

Por otra parte, la mayoría de los actores entrevistados plantean la importancia de la coordinación intersectorial para la implementación de las políticas y sus acciones. Por ejemplo, se presentan a las figuras de la coordinación intersectorial y de la articula-

ción con asociaciones científicas y ONGs para llevar adelante estrategias relacionadas a la capacitación (sobre adolescencia y/o sobre sexualidad, salud reproductiva, género y diversidad) de los operadores que trabajan con población adolescente. La cooperación internacional se destaca como portadora de una agenda que impulsa la perspectiva de derechos, y como soporte técnico y financiero para la puesta en práctica de estas acciones.

En el segundo período de gobierno se crea la Comisión de Defensa al Derecho a la SSR integrada por el Área de SSR del MSP, la Comisión de Educación Sexual de la ANEP, el INMUJERES del MIDES, sumando más tarde la participación del UNFPA. La misma buscó dar cumplimiento a acciones referidas a salud y educación contenidas en la ley 18.426 de SSR, y al Acuerdo Marco firmado para tales fines entre dichos organismos gubernamentales. Una de las acciones impulsadas por esta comisión fue la de capacitar a los distintos profesionales y operadores que realizan tareas con la población adolescente desde los diferentes sectores. Estas instancias de capacitación incluyeron contenidos sobre derechos sexuales y reproductivos, perspectiva de derechos de infancia y juventud y la especificidad de la adolescencia como etapa vital buscando la instalación de capacidades entre los operadores de estos dos sectores. Se buscó viabilizar la generación de vínculos entre operadores que faciliten la coordinación a nivel territorial. Estas acciones se realizaron en varios departamentos del país y se multiplicaron a otros mediante video-conferencias. También desde esta Comisión se impulsó la realización de materiales didácticos, como el caso de los Morrales²⁹ “Educando en DDSSRR”.

“Específicamente para adolescencia y sexualidad...fue una capacitación en siete talleres, donde se compartió...todo lo referido a la Ley 18.426, referido a los servicios de salud sexual y reproductiva, a los derechos de los adolescentes, insistiendo en la autonomía progresiva, pero además haciendo que el personal de salud y educación se conociera y pudiera trabajar el terreno en forma más coordinada”. (Entrevista decisor)

“Los talleres fueron en un año, en el 2011, después el “Moral” fue en el año 2012 y a partir de eso empezó el relacionamiento más específico en la Asociación de Profesores de Biología y se mantuvo toda la conexión de esa comisión coordinadora. Ahí se hicieron actividades en forma progresiva, desde ahí salieron la implementación de las cajas de preservativos en algunos lugares de las instituciones de educación, de UTU, por ejemplo”. (Entrevista decisor)

29 Set de materiales educativos para trabajar en el abordaje de la sexualidad de los y las adolescentes.

La coordinación de los sectores salud-educación produce también acciones vinculadas a la promoción y prevención en salud realizadas en los locales educativos de la educación formal así como en otros espacios comunitarios a los cuales concurren adolescentes.

“...desde el año 2012, son espacios de orientación y escucha...donde se trabaja adentro de las instituciones educativas, es una pareja de dos profesionales de distintas disciplinas que están... para la escucha de lo que los adolescentes quieran plantear y con la intención de que los problemas que plantean se resuelvan ahí... y que pueda ser accesible a chiquilines que han dejado de estudiar o que pertenecían a ese centro educativo, ¿cuál es la base que está detrás de esto?...nadie tiene ganas de ir a hacerse un control de salud loco de la vida, sin embargo muchos chiquilines tienen problemas por los cuales no van a consultar pero actúan en relación a esos problemas y ahí es donde decimos, tenemos que estar o donde tiene que haber algo de la salud que opere en forma eficaz, entonces decidimos corrernos e irnos a un pre primer nivel de atención”. (Entrevista decisor)

Hacia el año 2014 se crea una mesa de trabajo interinstitucional a nivel gubernamental con la participación de UNFPA, para fortalecer el abordaje intersectorial del embarazo, maternidad y paternidad en la adolescencia.

Es importante subrayar que la conversión del Estado sectorializado, definido por la provisión de bienes sociales y que opera sobre sujetos como portadores de problemáticas complejas irreductibles al diseño sectorial, ha tenido en la figura de la coordinación intersectorial e interinstitucional una estrategia prioritaria para el diseño y la implementación de las políticas. La coordinación es de orden político y técnico conjugando un sentido analítico e instrumental que persigue el propósito de desarrollar acciones integrales y coherentes, minimizando los fenómenos de superposición y duplicación sobre idénticas poblaciones (Molina y Licha, 2005). Si bien la producción de sinergias es un objetivo loable, la figura de la coordinación enfrenta ciertos desafíos y obstáculos a la hora de su puesta en práctica. Shannon (2002) advierte que en los casos en que ciertas políticas están fuertemente arraigadas a un sector, la coordinación puede experimentarse como una amenaza al liderazgo establecido. La autora sostiene que en los ámbitos de coordinación, agentes de políticas no definidos clásicamente en torno a la provisión de un bien social buscan generar acciones de influencia en las definiciones, por lo cual se harían acreedores de réditos políticos.

3.3 Los obstáculos identificados en el desarrollo de las políticas

En cuanto a los niveles de aceptabilidad y obstáculos en relación a las acciones, desde las entrevistas se puede observar una aceptación relativamente importante, si bien existen algunos puntos a resolver en clave de obstáculos que se presentan en distintas dimensiones.

En primer lugar, se ubican aquellos obstáculos relativos a la efectiva coordinación y articulación entre los organismos efectores de política pública. En este sentido, como se planteó anteriormente, dado el ordenamiento sectorial del Estado, el desarrollo de acciones articuladas resulta un desafío.

Por otra parte, según algunos entrevistados, el pleno reconocimiento del ejercicio de la autonomía progresiva y del derecho a la decisión sobre el propio cuerpo por parte de las y los adolescentes es una dificultad importante dada la resistencia que se encuentra en parte del personal médico a la incorporación de estos enfoques en sus prácticas profesionales. Los y las adolescentes siguen dibujándose como objeto de prestaciones más que como sujetos con capacidad de decir y decidir sobre sí mismos. En este sentido, los entrevistados señalan la predominancia de una concepción biomédica de la salud ligada a la enfermedad o la objeción de conciencia frente a la interrupción voluntaria del embarazo. La perspectiva de derechos no se concibe como un tema de salud por parte de algunos integrantes del personal de salud, tal como se señala en estas entrevistas:

“Que los adolescentes siguen no siguen este no son vistos como sujetos de la salud entendés y porque la salud sigue siendo también para atender enfermedades, esas cosas no”. (Entrevista decisor)

“Es más difícil de instalar como un derecho el tema de la autonomía progresiva, no tengo información con respecto específicamente al campo de la sexualidad pero me imagino que ahí es donde más se debe poner en conflicto este tema de la autonomía progresiva y de cuando es el momento en el cual está en condiciones de tomar sus propias decisiones”. (Entrevista decisor)

El lugar de las y los adolescentes como sujetos de la salud y sujetos de derecho es un punto de conflicto especialmente en relación a la interrupción voluntaria del embarazo ya que implica “el derecho de los adolescentes a tomar definiciones” sobre su vida y su cuerpo. Las resistencias al reconocimiento de los DDSSRR y del derecho a la autonomía progresiva de las y los adolescentes generan un círculo no necesariamente virtuoso, sino que más bien configuran un terreno de disputa tanto en el sector de la salud como

en la educación. El problema parecería no resolverse solamente con instancias de capacitación, ni mediante la producción de materiales didácticos, ni con instancias de trabajo entre el personal de la salud y la educación. Las resistencias dan cuenta de concepciones hegemónicas sobre la sexualidad, el lugar de los/as adolescentes, las relaciones de género y se expresan especialmente ante el derecho a decidir sobre el propio cuerpo por parte de los adolescentes. La objeción de conciencia ante la interrupción del embarazo y la resistencia al ejercicio de la autonomía progresiva van de la mano. Al respecto se expresa una de las entrevistadas:

“Las acciones en salud sexual y reproductiva son aceptadas siempre que uno no se introduce en un problema que atenta contra sus definiciones: la interrupción del embarazo, cuando se empieza con la objeción de conciencia genera dificultades, así como también se generan cuando se empieza a insistir mucho en la autonomía progresiva y en el derecho de los adolescentes en tomar las definiciones. Hasta que no ingresa en esos temas complicados ahí no se tiene ningún problema, por lo general el personal de salud y el de educación con el que se trabaja es muy receptivo, es difícil tener discusiones importantes”. (Entrevista decisor)

La autonomía progresiva significa, en principio, brindar la asistencia a los adolescentes y esta es la primera barrera que se debe sortear ya que habilita la posibilidad de las intervenciones posteriores. Lo prioritario es brindar esa asistencia a partir de la cual se habilitarán otras intervenciones que dependerán de las particularidades del caso:

“Porque lo que se pretende con la autonomía progresiva es prestar asistencia, luego vemos que hacemos. Y en salud sexual y reproductiva los métodos anticonceptivos también han mejorado sustancialmente porque hemos dado un paso más, el adolescente puede venir solo, a partir de los quince años, seguro. De catorce a menos lo evalúa mucho más el equipo de salud”. (Entrevista decisor)

De todos modos, parecería que la escena del o la adolescente asistiendo al centro de salud sin acompañante familiar sigue estando en el registro de lo temido. Es necesario que haya otro, aunque sea otro adolescente para quede constancia de la intervención técnica. Por ejemplo, la adolescente que concurre sola a solicitar una interrupción de embarazo genera inquietud en sectores del personal médico asociado al temor a las demandas legales. Así, la adolescente en tanto sujeto de derechos sexuales y reproductivos queda bajo sospecha de sus capacidades para la toma de decisiones y persiste una visión de que las figuras parentales funcionan como constancia y respaldo a los procedimientos técnicos:

“Muchas veces lo que uno insiste en la interrupción voluntaria es que vengan acompañadas, aun siendo por otro adolescente, para tener la constancia de lo que aconte-

teció. Creo que se ha evolucionado mucho y la cuestión del miedo que tenían los profesionales de la salud, o los integrantes del sector salud sobre que necesitábamos que los adolescentes estuvieran permanentes con sus padres, eso ha empezado a quebrarse y cada vez más los adolescentes consultan y asisten en forma sola y espontánea. Otra cuestión importante y que se está quebrando es el miedo por los reclamos médico legales. Al tener legislación que te ampara, se ha disminuido el miedo a los problemas médico legales”. (Entrevista decisor)

Sin embargo, desde las apreciaciones de otros entrevistados, las dificultades no se expresan en el campo de la SSR como sí sucede con otras prestaciones de salud dirigidas a la población adolescente, como por ejemplo la salud mental o la salud bucal.

“... a mi lo que más me reportan como dificultad son los servicios vinculados a salud mental, que eso creo que es un común denominador de las intervenciones con poblaciones vulnerables...odontología para nosotros es un cuello de botella importante... En el área de salud sexual no hemos tenido grandes problemas porque en general todo lo que son consultas ginecológicas y eso, hemos tenido un buen acceso, no ha habido problema, y con la aprobación de la ley ha ayudado”. (Entrevista decisor)

De todas formas, los entrevistados coinciden en señalar que, en un nivel, los obstáculos se expresan en el plano de las subjetividades, en particular en la capacidad de los adultos de validar la palabra y las decisiones de las y los adolescentes en relación a su salud y sexualidad. Las resistencias se manifiestan a partir de los prejuicios de los operadores, quienes actúan más bien posicionados desde su juicio moral que desde una intervención técnica que incorpore los lineamientos de la política.

Los obstáculos identificados por los entrevistados han sido abordados desde el MSP con distintas estrategias, difundiendo los derechos de los/as usuarios, sensibilizando a los equipos de salud y promoviendo los marcos legales que regulan las prestaciones en salud y los derechos de los adolescentes:

“nosotros trabajamos en el tema de difusión de derechos de los usuarios realizando talleres y acciones de sensibilización con usuarios y con equipos de salud, este es uno de los temas que más se debate, el tema de la autonomía progresiva,...tratando de fortalecer para los equipos de salud sobre cuáles son las herramientas jurídicas o sea hasta incluso publicamos una guía (...) dirigida a los profesionales de la salud, (sobre) qué respaldo jurídico tienen determinadas cosas que se promueven como derechos...” (Entrevista decisor)

Por otra parte, más allá de las definiciones políticas que se pueden tomar en los niveles centrales, desde la perspectiva de los actores, se pueden observar obstáculos en el proceso de la efectiva implementación de estas políticas, en particular en el nivel de la organización de las prestaciones tanto en los espacios de la salud como de la educación dirigidos a los/as adolescentes.

“Que después las instituciones o las formas en que se organizan realmente les permitan o se organicen para que realmente sean efectivas, de ahí empiezan a fallar los sectores, en educación y salud, cada vez menos”. (Entrevista decisor)

Finalmente, al mismo tiempo que se pueden registrar resistencias en clave de obstáculos, también se reconoce la posición de equipos técnicos quienes reconocen los derechos de los/as adolescentes y desarrollan su tarea desde este enfoque:

“En general te diría que muy buena aceptación, no tengo como devoluciones de que hayan habido obstáculos o distancias. Estamos hablando de un programa que tiene características, Jóvenes en Red, como que tienen apertura a ese tipo de cosas, son equipos que tienen apertura a trabajar desde un encuadre distinto a lo que puede ser un aula. Me parece que son como equipos muy predispuestos a recibir este tipo de cosas y el trabajo por parte de los jóvenes también, yo creo que hay una avidez, los jóvenes tienen ganas de hablar de estas cosas, interés, necesidad. A veces con más o menos facilidad pero es cuestión de proceso, de ir trabajando determinadas cosas”. (Entrevista decisor)

3.4 La participación de los/as adolescentes en las acciones de la política pública

Uno de los aspectos abordados en las entrevistas fue la percepción y opinión de los actores sobre la participación de los/as adolescentes en el proceso de la política pública. Partimos de la consideración que el derecho a la participación en la toma de decisiones interroga la distribución del poder en el ámbito social y político. En general, los entrevistados coinciden en afirmar que la participación es débil y generalmente está acotada a la fase de implementación de las políticas pero no así en el diseño ni evaluación de las mismas.

“No, en ese sentido no. Ha sido un programa diseñado por las instituciones y sus técnicos. No ha habido, un modulo de participación así, no ha habido..se decidió que así fuera, en ningún momento se planteó la posibilidad de que participaran del diseño. Sin duda es una debilidad si nos posicionamos desde un enfoque de derechos, ese es uno de los derechos fundamentales”. (Entrevista decisor)

“En realidad nosotros hicimos todas las actividades y todas las acciones pero además en forma general para salud sexual y reproductiva e hicimos actividades específicas para los adolescentes pero no buscamos la participación ni de los adultos ni de los adolescentes”. (Entrevista decisor)

En este sentido, por ejemplo, desde el INAU o desde el INJU se buscó incentivar la participación de los/as adolescentes en la implementación de las acciones, desarrollando estrategias de coordinación con otros organismos del Estado:

“Más bien en la implementación, no tanto en el diseño. Participaron de actividades de divulgación, de repartir volantes, información, incluso fueron parte de una campaña contra la explotación sexual, que se hacían volanteadas en las calles. Hicimos una actividad coordinada con el ministerio de turismo en el este también. Participaban más bien de las acciones desde dos lugares, desde el lugar simplemente de adolescentes organizados y también en algún momento hubo un programa de como de becas, que les daban inserción cuasi laboral, por realizar esas prácticas.” (Entrevista decisor)

Más allá de ello, en general, los actores reconocen que los programas son definidos unilateralmente por las instituciones sin la participación de los sujetos “destinatarios” de los mismos.

“No, en ese sentido no. Ha sido un programa diseñado por las instituciones y sus técnicos. No ha habido, un modulo de participación así, no ha habido..se decidió que así fuera, en ningún momento se planteó la posibilidad de que participaran del diseño. Sin duda es una debilidad si nos posicionamos desde un enfoque de derechos, ese es uno de los derechos fundamentales” (Entrevista decisor)

Una estrategia que merece especial destaque y que tuvo lugar entre los años 2005 y 2006 fue la creación de la figura de promotores juveniles en SSR desarrollada desde el Programa Infamilia en acuerdo con el MSP. Esta iniciativa innovadora involucró un número importante de jóvenes que fueron capacitados para el desarrollo de estrategias de promoción de SSR entre pares. El mayor desafío al cual se enfrentó la iniciativa fue la sostenibilidad y el apoyo a las acciones de los promotores desde los equipos técnicos institucionales. Ello resultó especialmente difícil y, en la medida que no logró implementarse, la estrategia no tuvo sostenibilidad en el tiempo.

“...llegamos a tener 270 promotores juveniles en todo el país, pero nadie, como pasa con los gurises en general, nadie se hace cargo de los gurises...Vos generaste los promotores, ya saben pila sobre como cuidarse, sobre los métodos anticonceptivos,

pero son chiquilines que de pronto terminan el liceo y no había ninguna institución que se hiciera cargo...” (Entrevista decisor)

Las experiencias de participación que se pudieron recoger parecerían ser más bien puntuales, coyunturales y discontinuas más allá de la cantidad de sujetos adolescentes involucrados. De todas formas, parecería necesario una evaluación más detenida de experiencias como la de promotores juveniles para identificar lecciones que orienten el diseño de estrategias de participación adolescente.

3.5 La evaluación de las políticas desde la perspectiva de los actores

Uno de los objetivos de la entrevista fue conocer la disponibilidad de evaluaciones institucionales sobre las estrategias desarrolladas durante los años que cubre este estudio.

Las estrategias y acciones desarrolladas a nivel intersectorial así como aquellas específicas de cada organismo se caracterizan por la ausencia de evaluaciones sistemáticas disponibles. Las evaluaciones existentes se refieren a los programas de corte focalizado y a experiencias puntuales. El relato de los/as entrevistados se organiza en base a información que proviene de evaluaciones en proceso o de apreciaciones y consideraciones personales pero no se sustentan en evaluaciones culminadas, validadas y difundidas públicamente.

Ello dificulta disponer de una mirada global de los procesos y de los resultados e impactos de la política, limitando la continua re-orientación de las acciones en base a información objetivable. Los actores, en general, se basan en observaciones empíricas sobre fenómenos puntuales o en evaluaciones sobre acciones concretas que, si bien son importantes, no permiten disponer de una perspectiva global de los avances en la implementación de la política y sus resultados.

“Es un déficit nuestro no el poder evaluar en forma sistemática... nos falta evaluar más y en conjunto...tenemos evaluaciones de repente más como sectorizadas, por ejemplo la de las consejerías... para saber cómo digamos como valorar el producto, si era importante para los directores, para los profesores, evidentemente para los chiquilines no”. (Entrevista decisor)

“Evaluaciones, si se hizo y se presentó a nivel internacional, sobre la capacitación que se realizó en los talleres en el año 2011, hay un documento... Nosotros en este momento en el área estamos haciendo la evaluación de las interrupciones voluntarias del embarazo. Hay un área de información, ahora la evaluación tendría

que tener pautas que nosotros pudiésemos analizar pero no tenemos indicadores, no hay una base de datos...no existe ni evaluación nuestra, ni nacional, solo pequeñas encuestas.” (Entrevista decisor)

“No hay evaluaciones sistemáticas, lo que hay son opiniones que circulan en el sentido de que hay cosas que están buenas, cosas que fueron útiles, opiniones de los propios adolescentes que pasaron por allí, los propios funcionarios. Pero evaluaciones sistemáticas no”. (Entrevista decisor)

El déficit en las acciones de monitoreo y evaluación (M&E), de sistemas de información sobre los resultados e impactos de las políticas así como de mecanismos que enlacen de manera sinérgica conocimiento y política pública, es uno de los principales desafíos a los que se enfrenta la agenda de SSR en nuestro país. Si bien esta realidad afecta a distintas políticas públicas a nivel nacional, en el caso de esta agenda, es particularmente destacable por la precariedad que se puede observar en el proceso de implementación de las acciones en términos de su M&E. El fortalecimiento de la SSR de la población adolescente implica, entre otros asuntos, el desarrollo de políticas informadas que se alimenten del conocimiento disponible en materia de investigación así como de los procesos de M&E y de las lecciones aprendidas que surgen de las experiencias de implementación. Ello implica reconocer la genealogía y desarrollo de las políticas públicas que se han implementado en este campo desde hace casi dos décadas, sus luces y sus sombras para desde allí ubicar los principales retos a los que se enfrenta el desarrollo de la política de SSR en el próximo quinquenio.

3.6 Desafíos identificados

A partir de los datos que emergen del material de las entrevistas y documentos analizados es posible identificar algunos desafíos para el efectivo ejercicio de los DDSSRR por parte de los y las adolescentes uruguayos. Convergen distintos órdenes de obstáculos en la implementación de las acciones lo cual implica diferentes niveles de desafío.

1. Un primer desafío está relacionado con el reconocimiento de la perspectiva de derechos de infancia y adolescencia que supone el respeto hacia el principio de autonomía progresiva. Más allá de las ratificaciones parlamentarias que sustentan un marco jurídico que sitúa a los y las adolescentes como sujetos de derecho y establecen su autonomía para tomar definiciones acerca de su cuerpo y su sexualidad, en las prácticas cotidianas de las instituciones prima aún una visión tutelar. El paradigma de la protección integral no ha permeado de modo sustantivo las práctica de la totalidad los profesionales y operadores que trabajan con los y las adolescentes .

2. En consonancia con lo anterior y, específicamente con relación a la toma de decisiones reproductivas de las adolescentes, se ubica la interrupción voluntaria del embarazo como un punto crítico. En efecto, frente a esta prestación se conjugan dos órdenes de resistencia: aquellas relativas a objeciones de tipo moral vinculadas a la práctica en sí misma y otras relacionadas al derecho a tomar decisiones autónomas por parte de la adolescente. Se evidencia que más allá del marco legal, la figura de la adolescente que concurre sola a interrumpir su embarazo se vuelve amenazante para parte del personal de salud. En este sentido, si bien el asesoramiento jurídico al personal médico es necesario, no es suficiente para reconocer a las adolescentes como sujetos capaces de tomar decisiones sobre el propio cuerpo.
3. Incorporar un enfoque de género, diversidad y DDSSRR de la población adolescente implica trascender una concepción tradicional de cuño biomédico de la salud que sitúa a la enfermedad y a la consulta médica como epicentro, desestimando que las cuestiones relativas al ejercicio de los derechos sean una cuestión de salud.
4. Los organismos específicos de las políticas sobre adolescencia y juventud destacan la centralidad de la vida sexual y reproductiva en la condición humana pero su actoría está vinculada a otros temas (integración social, protección, restitución de derechos, empleo, participación, etc.). La rectoría en salud sexual y reproductiva parecería inscribirse en el sector de la salud mientras que la rectoría de lo adolescente y juvenil está en estos organismos específicos. En este sentido es un desafío profundizar el diálogo y la coordinación interinstitucional a modo de generar acciones sobre un sujeto integral.
5. Agilizar los mecanismos de coordinación que permitan la sinergia entre las distintas acciones: la ampliación de las mismas entre los sectores de la salud, desarrollo social y la educación, la compatibilización entre las acciones fruto de políticas sectoriales y universalistas con aquellas de tipo focalizadas, la coordinación entre el sector de la salud y los organismos específicos de lo juvenil.
6. Desarrollar procesos de M&E que permita el análisis continuo de la implementación de las políticas, identificando sus resultados e impactos así como las lecciones aprendidas para la definición y/o reorientación de las políticas. El enlace entre conocimiento y política pública parece fundamental para el desarrollo de políticas informadas en SSR.

4. CONCLUSIONES

En el periodo de estudio, Uruguay cuenta con avances relevantes en el campo de los derechos sexuales y reproductivos tanto a nivel del desarrollo de su marco jurídico como de políticas públicas. La sexualidad y principalmente, la SSR de las y los adolescentes, se fortalecen y se construyen como objeto de política pública nacional. Se desarrollaron una serie de acciones, planes, normativas, guías, materiales educativos y capacitaciones destinadas al personal técnico que merecen destacarse.

Si bien el abordaje de la sexualidad y la SSR de las y los adolescentes son considerados relevantes en el discurso de los actores, es desde el sector salud o de programas vinculados a éste donde estos componentes se destacan como un ámbito de especial responsabilidad respecto a la puesta en práctica de acciones específicas de política pública. Los actores vinculados a otros sectores del Estado que tienen como mandato generar políticas hacia adolescentes y jóvenes, consideran a la sexualidad y a la SSR como temas importantes a incluir en el espectro más amplio de la integración social de los y las adolescentes. Todos los actores recalcan la importancia de la coordinación intersectorial tanto en lo nacional como a nivel territorial, si bien se identifican obstáculos en su implementación.

Se evidencia que el abordaje de la sexualidad a nivel de las políticas estudiadas se ha focalizado en la SSR y ha sido una prioridad principalmente para el sector salud. Tal vez ello responda a una mirada restrictiva de la sexualidad acotada a la salud, lo cual dificulta que sea identificada como un asunto intersectorial. Desde esta perspectiva, los DDSSRR quedan acotados al ámbito institucional de la salud, perdiendo fuerza una concepción integral e interdependiente de los derechos humanos. Si bien el enfoque de género, diversidad y derechos es reconocido como base de las políticas y sustento que debe orientar su diseño e implementación, se evidencian dificultades para su incorporación efectiva. En consonancia con lo anterior, la participación de los/as adolescentes en el proceso de la política ha sido débil y acotada a la fase de implementación.

A su vez el monitoreo y evaluación de las políticas es uno de los desafíos más importantes en la medida que la falta de evaluación sistemática de las mismas dificulta su necesaria re-orientación y proyección en función de los resultados obtenidos hasta el momento y de las lecciones aprendidas de su proceso de implementación.

REFERENCIAS

Krauskopf, D. (2005). Desafíos en la construcción e implementación de políticas públicas en América Latina. Nueva Sociedad (2:141-153).

Midaglia, C., Castillo M. y Fuentes G. (2010). El Significado Político de los Ministerios Sociales en Argentina, Chile y Uruguay. Revista Chilena de Administración Pública. (15) (pp.123-154). Santiago de Chile.

MSP (2005). Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. Montevideo: MSP.

MSP (2007). Programa Nacional de Salud de Adolescencia y Juventud. Montevideo: MSP

MSP (2014). Informe de sistematización de políticas y estrategias del Departamento de Salud Sexual y Salud Reproductiva. División de Programación Estratégica en Salud – Ministerio de Salud Pública. Período 2010 – 2014. Montevideo: MSP.

MIDES (2010). Plan Nacional de Juventudes 2011-2015. Montevideo: MIDES

MIDES (2012). Programa Jóvenes en red. Montevideo: MIDES

Molina C. Licha I. (2005). Coordinación de la política social: criterios para avanzar. Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto para el Desarrollo Social.

Shannon, M. (2002) Mecanismos de coordinación. En Y.C, Dubé y F. Schmithüsen (Eds.) Impactos inter-sectoriales de las políticas forestales y de otros sectores. Recuperado de <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/010/y4653s/y4653s00.pdf>

UCC, Presidencia de la República (2012). Programa Uruguay Crece Contigo. Montevideo.

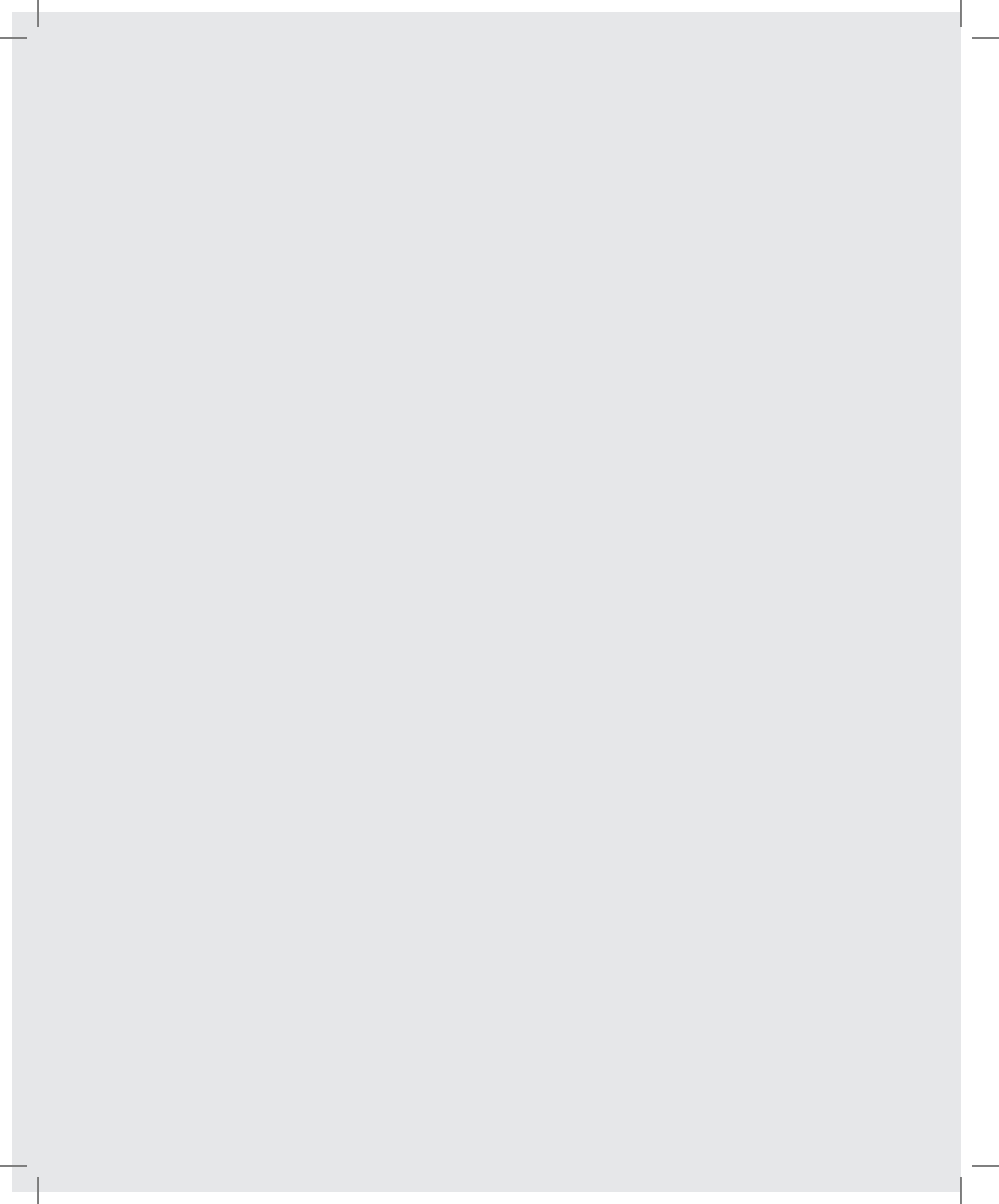




**Espacios de Salud
Adolescente y derechos
sexuales y reproductivos.
Un estudio sobre
las percepciones y equipos
técnicos de servicios públicos**

Sabrina Rossi

SECCIÓN 2



CAPITULO 6

Espacios de Salud Adolescente y derechos sexuales y reproductivos. Un estudio sobre las percepciones de adolescentes y equipos técnicos de servicios públicos

Sabrina Rossi³⁰

1. INTRODUCCIÓN

El foco de este capítulo se basa en algunas preguntas que ubican a los y las adolescentes como sujetos de una política pública, en particular desde la implementación de un programa de salud a través de un servicio público como es el Espacio de Salud Adolescente (ESA) de la Red de Atención del primer nivel (RAP) de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). Los aportes que serán compartidos se basan en los resultados del estudio realizado en el marco de la tesis de maestría realizada por Sabrina Rossi bajo la tutoría académica de Alejandra López Gómez en la Maestría en Psicología Social de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

Las políticas públicas suponen una concepción de Estado y de Sociedad así como del tipo de relación que se establece entre estos espacios con el mercado (Fleury, 2002). En este marco, los regímenes de bienestar que se instituyen otorgan a estos tres agentes un peso relativo diferente que incluye enfoques que dejan librada la protección al mercado otorgando al Estado un papel mínimo ligado a la asistencia a aquellos sujetos que viven en situaciones consideradas inaceptables (régimen de bienestar liberal-residual),

30 Sabrina Rossi Rodriguez es Licenciada en Psicología y Magister en Psicología Social de la Universidad de la República. Docente de esa casa de estudios desde el año 2005, actualmente se desempeña como Asistente en el Programa Género, Salud Sexual y Reproductiva y Sexualidades del Instituto de Psicología de la Salud. Cuenta con otros estudios de posgrado y trayectoria de trabajo en políticas sociales. srossi@psico.edu.uy

hasta los enfoques que atribuyen al Estado un lugar central en la protección y ligando ésta al igualitarismo y al principio de ciudadanía (régimen de bienestar social-demócrata) (Esping-Andersen, 2000).

En la relación que los sujetos establecen con la política, éstos construyen significados sobre las mismas y les atribuyen intencionalidades. Conocer estos significados puede aportar a entender algunas respuestas que las personas desarrollan en el marco de los programas sociales, sus expectativas, percepciones y valoraciones en relación al grado en el que cubren o no sus necesidades y el impacto de aquéllas. También implica, desde la percepción de los sujetos, ubicar el peso relativo de las políticas con relación a otros factores que operan en la vida cotidiana (familia, redes sociales, barrio) y que contribuyen a los procesos de inclusión social. Este punto es de particular interés de modo de recuperar la voz de lo/as adolescentes y jóvenes usuario/as de los servicios de salud y conocer sus vivencias, percepciones y opiniones sobre la atención a sus derechos sexuales desde los equipos y servicios de salud a los que asisten. Cabe destacar que la participación de los/as involucrados tiene un sentido político y ético. Se buscó a través de la investigación conocer su punto de vista con respecto a algo que les atañe directamente en su vida cotidiana y cuya transmisión puede servir como insumo a la hora del diseño de políticas de salud sexual dirigidas a esta población.

La salud de la población adolescente y, en particular, la atención a sus derechos sexuales y reproductivos se puso en la agenda de las políticas en los últimos 20 años. Sin embargo, la fuerza de este asunto es significativamente menor frente a otros problemas que parecen tener mejores resultados a la hora de la adjudicación de recursos y acciones.

En cada una de las etapas de una política pública (no siempre abordadas como secuenciales) -formulación-diseño, implementación-ejecución, evaluación y monitoreo- ésta se enfrenta a problemas políticos, institucionales, económicos y técnicos de distinto orden, atravesados a su vez por lógicas e intereses diferentes. A esto se suman las dificultades propias de adolescentes y jóvenes en organizarse y generar incidencia en los temas que les atañen directamente, al menos en la forma tradicional o que permita generar verdaderos diálogos con aquellos agentes decisores de las políticas. Barba (2003) plantea que los temas vinculados a juventud e infancia ingresan a la agenda por estar vinculados a la pobreza, de hecho en el caso particular de los derechos sexuales en adolescentes y jóvenes éstos son tomados a partir de los derechos reproductivos y con la carátula vinculada al embarazo en la adolescencia y/o de la mano de los movimientos de mujeres.

La opinión de los/as adolescentes, en particular, no aparece relevada en los estudios vinculados a la temática en la región sino es a través de encuestas que, en general, son aplicadas sobre población cautiva en centros educativos, lo cual empobrece la mira-

da sobre el tema ya que son aquellas voces más vulnerables las que quedan silenciadas en la mayoría de los análisis.

La puesta en marcha del Espacio de Salud Adolescente (ESA) en el sector público en nuestro país lleva unos nueve años³¹. En los objetivos de su creación queda claro que se intenta promover la reducción gradual de las brechas de acceso y calidad de los servicios de salud hacia esta población. Son varios los actores que plantean “la poca cobertura” que tienen a pesar de que actualmente funcionan 55 ESA en todo el país dependientes, administrativa y funcionalmente, de diferentes Centros de Salud de ASSE y regidos por el Programa Nacional de Salud Adolescente.

Varios trabajos de otros países de la región coinciden en que los servicios de salud amigables dirigidos a la población adolescente son necesarios pero no suficientes ya que no son identificados por la mayoría de la población como el lugar al cual acudir en busca de orientación sobre sexualidad o salud sexual y reproductiva (Pacheco y otros, 2005; Gonzalez y otros, 2005; Mota y otros, 2010; Luengo y otros, 2012.).

2. LAS POLÍTICAS DE SALUD HACIA ADOLESCENTES EN URUGUAY (2005-2014)

En el año 2005, asume el partido Frente Amplio en el gobierno nacional para el período 2005-2009. Por primera vez en la historia del país, una fuerza política de izquierda asumió la jefatura de gobierno a nivel nacional, lo cual trajo como consecuencia una serie de cambios en la orientación de la política social y en particular, en las políticas de salud, en lo que se dio a llamar “reforma de la salud” (Midaglia y Antía, 2007). La reforma del sector instrumentada a partir de 2008 ha significado un cambio muy importante en términos de aseguramiento y accesibilidad (ley nº18.131). La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (ley nº 18.211) implica, entre otros, un cambio significativo del modelo de atención, privilegiando, el primer nivel de atención, la atención integral y jerarquizando la promoción y prevención. Mediante la reforma del sector se da la descentralización de ASSE (ley nº 18.161) y el Ministerio de Salud Pública (MSP) queda fortalecido en su rol de rector de las políticas de salud. El cambio en el modelo de atención, el cambio del modelo de gestión y el del modelo de financiamiento son los ejes principales que sustenta la reforma del sector.

31 En 2005, el MSP y el MIDES establecen la firma de un acuerdo con fondos BID de apoyo a la niñez y adolescencia en riesgo, que en su línea 1.4 establece tres subprogramas relacionados con Adolescencia: 1) Apertura de 41 espacios adolescentes (que se concretan entre 2006 y 2009), 2) el Subprograma de acompañamiento a las madres adolescentes, y 3) capacitación de promotores juveniles. En el año 2007, el MSP en su Programa Nacional de Salud Adolescente establece como meta proponer la creación y/o adecuación de al menos un espacio adolescente por Departamento.

Respecto a la salud de la población adolescente, desde 2005, se pueden señalar varias iniciativas y experiencias que se han instrumentado desde diversos ámbitos. La Policlínica de Adolescentes del Programa Apex-Cerro de la Universidad de la República (Udelar), las Policlínicas Adolescentes de la Intendencia de Montevideo (IM), constituyen antecedentes relevantes en la creación del Programa Nacional de Salud Adolescente (MSP, 2007). Por su parte, los Espacios de Salud Adolescente son creados en convenio entre el Programa Infamilia (MIDES) y el MSP, comenzando a funcionar a partir del año 2006, instalándose gradualmente a lo largo de Montevideo y el interior del país. Se definen como características de estos espacios, la accesibilidad geográfica, cultural y administrativa, que incluye estar ubicados o vinculados con lugares que sean de interés de la población adolescente, contar con infraestructura adecuada (baños, sala de espera con material audiovisual y folletería, consultorios que garanticen confidencialidad y estén correctamente equipados, etc.) además de la accesibilidad vinculada a los horarios de atención.

En 2009, el MSP define las “Guías para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención”. Allí se establecen las pautas para la atención integral, de calidad y universal dirigida a adolescentes. El modelo de atención integral de adolescentes, privilegia la promoción de estilos de vida saludable, la prevención de riesgos, potencia fortalezas, se centra no solo en la familia sino en el soporte social con el que cuenta el o la adolescente que será a su vez quien tenga una activa participación tanto en los servicios de salud como en los otros ámbitos donde estudian, trabajan o se recrean. Es sumamente importante contar con un equipo multidisciplinario con orientación bio-psico-social. A su vez se destaca la importancia del trabajo en red, el vínculo con la comunidad y las organizaciones e instituciones como modo de poder abordar las diferentes adolescencias y sus necesidades.

En Montevideo, el sector público se organiza en el primer nivel a través de la Red de Atención del Primer Nivel (RAP-ASSE), desplegándose a lo largo del departamento a través de más de 100 puntos de contacto de efectores de salud con la población, con el objetivo de brindar atención integral a la población con aseguramiento de ASSE, desde un enfoque preventivo y con énfasis en la promoción de salud. En algunos centros de salud integrantes de esta Red, se llevan adelante los ESA enmarcados en el Programa Nacional de Salud de Adolescencia y Juventud del MSP, el cual cuando fue creado coincidía en su población objetivo con la franja etárea definida por la Organización Mundial de la Salud de forma operativa como adolescencia (entre los 10 y los 19 años).

A partir de 2011, el Programa pasa a llamarse Programa Nacional de Salud de Adolescencia y Juventud extendiendo la población objetivo hasta los 24 años. Sin embargo, el tramo de edad sobre juventud al que adhieren la mayoría de los autores es hasta los 29 años. A modo de ejemplo, el Instituto Nacional de la Juventud (INJU) en Uruguay promueve políticas dirigidas a jóvenes de 14 a 29 años.

Específicamente, en el campo de la salud sexual y reproductiva, en el año 2008, se aprueba la ley nº 18.426 “Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva”, en tanto ley marco que reconoce y protege los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos. La ley establece consideraciones específicas respecto a la población adolescente. A través del artículo 7º promueve la incorporación al Código de la Niñez y la Adolescencia de un artículo (11 bis) donde se plantea la confidencialidad a la que tienen derecho los y las adolescentes así como su capacidad de tomar decisiones basadas en información clara y oportuna relacionada con su SSR, atendiendo a la noción de autonomía progresiva. A nivel general, plantea los servicios que se deben prestar en los distintos niveles de atención, destinados a toda la población. En el Primer Nivel de Atención, los servicios deberán contener las siguientes prestaciones: asesoramiento y provisión de métodos anticonceptivos; consejería, detección y tratamiento de ITS; control obstétrico en embarazos normales; asesoramiento en situaciones de embarazo no deseado-no aceptado; control ginecológico y screening genito-mamario; promoción climaterios saludables; detección y consejería en situaciones de violencia doméstica; abordaje integral salud mental y social, incluyendo adicciones; y abordaje integral salud de mujeres y varones adolescentes.

La ley fue reglamentada por el MSP en setiembre de 2010 para su puesta en marcha en los servicios del SNIS a partir de enero de 2011. Esta ley le otorgó rango jurídico superior a un conjunto de acciones programáticas, normativas y guías clínicas en distintos componentes de la SSR que se desarrollaban en el país desde años atrás.

3. PERSPECTIVAS SOBRE EL ACCESO A LOS ESPACIOS DE SALUD ADOLESCENTE

La investigación abordó la perspectiva de gestores y decisores de políticas vinculadas a la salud adolescente, integrantes de equipos técnicos del sector público que trabajan en espacios de salud adolescente y usuarios y usuarias. Se entrevistó un total de 15 adolescentes, nueve mujeres y seis varones de entre 15 y 18 años usuario/as de Espacios de Salud Adolescente de RAP-ASSE en Montevideo que hubieran tenido al menos dos consultas en el servicio de salud en los últimos 12 meses y que aceptaron voluntariamente participar del estudio. En cuanto al nivel educativo, se incluyó adolescentes con estudios primarios completos e incompletos y con enseñanza media completa e incompleta. El trabajo de recolección de la información tuvo lugar en el periodo agosto 2013- abril 2014.

Es el Programa Nacional de Salud Adolescente quien delimita las acciones que deben llevar adelante todos los prestadores de salud del sector público y privado, confirmando de esta forma la rectoría del MSP frente al tema. Sin embargo, cada prestador organiza administrativamente sus servicios a la hora de llevar adelante las prestaciones.

En el caso de los ESA estudiados, los cuatro pertenecen a la Red de Atención del Primer Nivel de Salud (RAP) de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). Como fuera mencionado antes, la creación de los ESA refieren a un convenio de trabajo-que fue revalidado en 2010 entre varios organismos (ASSE, MSP, MIDES) que recibieron apoyo de la financiación internacional (Programa Infamilia-ENIA) para su despliegue y funcionamiento. Durante algunos años, en esta coordinación intersectorial, funcionaba un equipo técnico encargado de supervisar y acompañar a los ESA en su instalación, capacitación y actividades. En el área Niñez y Adolescencia de ASSE existe un equipo técnico contratado por MIDES que trabaja en la co-ejecución, acompañamiento, supervisión y monitoreo de los acuerdos con ASSE en relación a los ESA. Este mismo equipo también acompaña las acciones conjuntas con el MSP así como otros componentes del convenio con ASSE vinculados a infancia. Esto genera una situación de “bicefalia” en la conducción de los Espacios, ya que los equipos reciben (o no) orientaciones de diversos actores. En el período de gobierno 2005-2009, se sumaba también la coordinación a través de una referente, integrante de la Unidad de reconversión del modelo de atención (URMA) de RAP- ASSE que tenía a su cargo la supervisión y organización de los ESA en Montevideo. La URMA en el período 2010-2014 fue disuelta.

En lo que hace al trabajo y organización cotidiana, cada ESA depende del Director de su Centro de Salud, quien organiza el servicio y habilita la presencia de los/as profesionales en el equipo destinando parte de su carga horaria para desarrollar tareas en el Espacio. Los equipos deben acordar con la Dirección cuestiones tales como el horario, la forma de agendar a los/as usuarios, los espacios que se utilizan, cuestiones administrativas, actividades “extra muros”, etc.

Todo esto genera referencias múltiples para los equipos a la hora de llevar adelante las tareas y que además han ido variando con el correr de los años, no quedando del todo clara cuál es la tarea o cuáles deben ser los criterios compartidos en todos los servicios

Por otro lado, en lo que refiere a metas programáticas y asistenciales propuestas por el MSP a la Junta Nacional de Salud (JUNASA)³², la Meta 2 establece que los adolescentes varones y mujeres tengan su control de salud integral, con una herramienta que es la historia clínica del sistema informático del adolescente, conocida como la “ficha SIA”. El MSP, como organismo rector en salud de la población, a través del área Ciclos de

32 La JUNASA es un organismo político creado a partir de la reforma de salud, los artículos 23 al 26 de la Ley que crea al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). La misma está integrada por dos miembros del MSP, un miembro del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), un miembro del Banco de Previsión Social (BPS) y representantes de los trabajadores, organizaciones de usuarios así como prestadores integrales de salud.

Vida del Departamento de Planificación Estratégica de la Dirección General de la Salud lleva adelante el Programa Nacional de la Adolescencia y la Juventud que -como mencionamos antes- es el que establece los lineamientos programáticos, pautas técnicas y realiza el seguimiento y evaluación de los mismos. El Programa articula acciones con otras áreas del MSP como por ejemplo, el Área de Salud Sexual y Reproductiva (y los diferentes programas que la integran), para la implementación de acciones y contenidos en este campo.

Queda claro que los primeros ESA fueron creados en el marco del Programa Infamilia en acuerdo con el MSP y desarrollados en el sector público (que luego sería ASSE). Su trabajo estaba regido por una perspectiva que apuntaba principalmente a tres objetivos, por un lado la disminución de los embarazos en las adolescentes, en particular en una estrategia para postergar el segundo embarazo y para esto surgen las figuras de los Agentes Socioeducativos en Salud Sexual y Reproductiva³³. Luego, la formación de promotores de salud adolescente mediante el trabajo de formación de jóvenes que se integrarían a las acciones de promoción junto con los equipos y, finalmente, la creación de 41 ESA, desde la perspectiva de la salud integral pero con un marcado sesgo en la gineco-obstetricia, ya que estaba presente la preocupación de dar respuesta a lo que era considerado el problema principal, o sea el embarazo en la adolescencia. Hoy día el foco de trabajo está en garantizar la atención integral de calidad y de la población adolescente acercándose al cumplimiento de las metas prestacionales.

3.1 Desde los equipos de salud

El Programa Nacional de Salud Adolescente enfatiza la importancia del equipo interdisciplinario, no sólo en los aspectos conceptuales que hacen a la interdisciplina y las derivaciones en la actividad profesional, sino la relevancia del trabajo en equipo, y el papel que juega el perfil personal de sus integrantes en el tipo de atención que se pueda brindar, considerando los prejuicios, los valores y visiones acerca de los/as adolescentes y sus comportamientos, etc. Se pretende conformar un equipo que pueda generar confianza en los/as jóvenes, comprensión y entendimiento.

En cuanto al equipo interdisciplinario en sí mismo se destaca su relevancia y la importancia de su funcionamiento más allá de la simple suma de distintas disciplinas para que

33 Las y los agentes socioeducativos son profesionales que trabajan en el primer nivel de atención cuya carga horaria está dedicada exclusivamente al trabajo con adolescentes. Son profesionales licenciados en Psicología, Trabajo Social, Enfermería o Parteras. Dentro de sus tareas está establecido que dediquen un tercio de su carga horaria al trabajo en salud integral adolescente en los ESA, otro tercio al trabajo de acompañamiento a madres y padres adolescentes y el tercio restantes a actividades de promoción de salud en la comunidad.

pueda funcionar como tal y en función de los objetivos propuestos. *“El trabajo en equipos de salud interdisciplinarios se encuentra en estrecha relación con la construcción de una perspectiva nueva de la salud que cuestiona la omnipotencia profesional y las hegemonías disciplinarias y profesionales.”* (Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud. 2007).

Se pudo observar, a partir de los relatos de las profesionales integrantes de los equipos, procesos de reflexión colectiva sobre la tarea, lo cual permite el armado de criterios o un marco de referencia común. Sin embargo, hay mucha rotación a lo largo de los años en la conformación de estos equipos, lo que permite formularse como hipótesis, que la forma de funcionamiento genera mecanismos de exclusión de los/as profesionales que no se puedan adaptar a esta modalidad de trabajo. Se plantea tener algunas diferenciaciones con el rol tradicional en los servicios de salud, se espera desde los equipos un rol más proactivo en el establecimiento del vínculo con la comunidad y en particular con los y las adolescentes que la integran así como organizaciones e instituciones que los nuclean. El énfasis en características como la accesibilidad, asegurar la confidencialidad con los usuarios/as, trabajo en equipo interdisciplinario y la importancia de las actividades de promoción de salud pueden ser tomadas como distintivas o como horizontes de trabajo también auto-propuestos. Esto es considerado como dificultad en relación a la presencia de recursos humanos con capacidad y voluntad de trabajo en los servicios.

3.1.1 El perfil de la población adolescente usuaria de los servicios desde la perspectiva de los equipos de salud

Es posible aproximarnos a la idea de que los perfiles de quienes concurren a los ESA son variados, desde aquellas situaciones de mayor vulnerabilidad -en especial mujeres adolescentes embarazadas y derivaciones de organizaciones o instituciones de la comunidad- hasta aquellas que parecen ser la mayoría de los consultantes, es decir quienes concurren a realizarse el carné adolescente como requerimiento de su centro de estudios. Esto coincide con la percepción que tienen los equipos sobre los perfiles de los y las adolescentes usuarios de los espacios.

El acceso es a través de la consulta que se programa y este, de forma espontánea. Si hay que hacer un porcentaje, creo que son treinta (30) programados, setenta (70) espontáneos. Esta policlínica sí, mayoritariamente espontánea... Este, si pensamos en los que se programan, en general son gurises que están estudiando, que necesitan el carné para el liceo para la escuela, de los más chicos. Este... y después mezclados, gurises que no tienen... hay muchos gurises que no estudian ni trabajan en la zona. Y ta, más o menos por ahí anda, mezclados. (Médica de familia, Espacio Adolescente policlínica periférica).

Esta diferencia entre quienes consultan de forma programada y de forma espontánea se repite en los discursos de los diferentes integrantes de los equipos de salud y hace claramente a las formas de acceso al servicio, colaborando en la definición de los perfiles.

Una de las cosas que nosotros, por ejemplo, evaluamos es que... por la forma de acceder a las consultas en principio, tiene que ser un adolescente que se acuerde, que sepa, que es primer día de mes y que entonces tiene que ir al centro de salud y hacer la cola. Eso en general, suponemos nosotros que tiene que ver con que haya una familia que sostenga. También, que son gurises, que en general, están estudiando y entonces también por eso una demanda es como en base a tener el carné actualizado porque están vinculados a alguna institución educativa. (Trabajadora Social, Espacio Adolescente Centro de Salud).

3.2 Qué dicen los/as adolescentes

Los/as adolescentes generan diversas formas de relación con los servicios y lapsos de tiempo diferentes en el uso de los mismos. Esto genera distintas miradas y experiencias en relación a los servicios, que en algunos casos permite la construcción de un vínculo longitudinal y de confianza lo cual se da de tres formas:

- a. con el servicio como tal;
- b. con el equipo técnico;
- c. con alguno de los profesionales en particular.

Una particularidad a destacar son las diferencias entre el vínculo que establecen los y las adolescentes usuarios de espacios que funcionan en locales dentro del centro de salud y aquellos que funcionan en policlínicas periféricas o comunitarias, lo cual está vinculado a un servicio realmente inserto en el barrio a pocas cuadras del hogar y el cual es utilizado desde hace más años y por toda la familia y comunidad de pertenencia. Estas diferencias también pueden observarse claramente a la hora de la identificación del uso que realizan de los centros de salud, mientras que en algunos casos aparece la elección y el gusto por concurrir, en otros la utilización del servicio responde a satisfacer una necesidad concreta, en algunos casos “impuesta por el afuera”.

A:—Yo vine a hacerme el carné de adolescencia.

E: — Y por qué viniste a hacerte el carné de adolescente?

A: — Porque me lo pedían en gimnasia... en el liceo.

E: -Y ahí, cómo viniste a la policlínica?

A: – Porque mi hermana me dijo que acá hay un hospital y ta, me mandó acá a hacérmelo. (Verónica, 16 años, ciclo básico finalizado)

E: – Dos años, y ... por qué te atendés acá? Qué servicios usas? Cómo llegaste al ESA?

A: – Siempre me atendí acá. Desde que vine pa' acá, me atendí acá. Solamente, una vez creo que me atendí en la policlínica, pero todas las veces mi madre me trajo acá.

E: – Todas las veces te trajo acá. Fue tu madre la que te trajo?

A: – Si. (Roberto, 17 años primaria completa).

Frente a la pregunta de uso de los servicios la mayoría de los/as adolescentes, brindó respuestas vinculadas a lo que fuera clasificado como motivos de consulta. Los y las adolescentes entrevistados, al ser preguntados por los motivos de la utilización de los servicios mencionaron el carné del adolescente, el acceso a métodos anticonceptivos, la atención de algunas enfermedades crónicas, el “control” de embarazo y la búsqueda de consejería o asesoramiento frente a situaciones particulares.

En general, la frecuencia de uso de quienes se encuentran “sanos” es de una o dos veces en el año, vinculadas en particular con la obtención del carné y de acuerdo a como está establecido en la normativa, o sea, un control anual. Luego están las situaciones donde los/as entrevistados plantearon alguna enfermedad crónica (asma, hipertiroidismo) lo cual requiere de mayores visitas al espacio, en particular a la consulta médica. También estuvieron presentes en las entrevistas aquellas adolescentes que se encontraban cursando un embarazo y éste era atendido en el ESA, lo que generaba mayor frecuencia de visitas en ese lapso en particular. En cuanto al uso surgieron respuestas vinculadas a sucesos específicos en la vida y, en particular relacionados con el inicio de las relaciones sexuales y la búsqueda en el espacio de métodos anticonceptivos (lo cual se implementa al inicio con un seguimiento “más de cerca” por parte de los equipos) así como también otro tipo de situaciones en donde algún técnico/a jugó un rol importante como referente en situaciones particulares.

La primera vez que vine, fue porque estaba medio ahí de novia y papá no quería, por ejemplo. Fue todo una situación ahí, de que papá no quería, que esto y lo otro, y mamá consultó. Y ta, se habló con mi padre y ahí se habló conmigo y ta, como que se acordó o se flexibilizó un poco más la cosa y ta. Y lo tomó más bien. (Virginia, 18 años, bachillerato finalizado)

A: – Si, por ejemplo, cuando a veces cuando estuve mal y eso así. Siempre pude hablar con la doctora, por ejemplo un ejemplo... ningún ejemplo tengo por ahora.

E: – Cuándo estuviste mal de qué?

A: – Cómo te puedo decir... a ver, terminé con una novia o algo así. Estaba mal, o algo, ellas me hablaban y eso... y me decían, me daban consejos, también.

E: – Así que para vos era un espacio como para poder hablar de tus sentimientos y de las cosas que te pasan?

A: – Sí, claro. (Diego, 16 años, ciclo básico completo)

En relación a la valoración que realizan del servicio en todos los casos es positiva, esto es de esperar en este tipo de estudios donde los participantes lo hacen voluntariamente, dedicando su tiempo e interés a la entrevista. Otro aspecto a destacar es que se trata de un servicio público de salud, si bien varios de los y las adolescentes estaban afiliados por FONASA ya que son menores de edad y sus padres son trabajadores activos, otros eran usuarios ASSE por la situación de vulnerabilidad social y económica de ellos y sus familias. De todas formas lo interesante parece estar en el lugar en que se sienten ubicados como usuarios y usuarias que parece ser diferente al del resto de los servicios.

Como que el espacio adolescente ya es otra cosa. Es como que tenes más tiempo, con las doctoras, para sentarte, hablar de temas que te interesan a vos, de temas que te enseñen ellas. Capaz que si voy a otra policlínica, no hay, o sea, más allá de la confianza que tengo con las doctoras. No hay el mismo vínculo. Hay temas que capaz que acá, te lo saben explicar más que en otro lado. O qué, o mismo, no es que yo acá venga hace tiempo. Mismo las primeras veces que vine, te tratan re bien como que tienen esa característica de ser muy gentiles, así muy hospitalarios. Te enseñan todo lo que vos puedas, lo que puedan enseñarte, te lo enseñan. Y las dudas que vos tengas, si pueden te las sacan y sino las consiguen. Es lo que tienen, me encanta. (Flavia, 16 años, Ciclo básico completo)

En aquellos ESA donde además de la atención en salud y las actividades de promoción existe la propuesta de un grupo de participación conformado por adolescentes queda aún más claro que quienes asisten buscan satisfacer varias necesidades y no sólo la atención de su salud. En este caso los y las adolescentes mencionan una serie de actividades que se suman a su vida cotidiana, en algunos casos cumpliendo un rol casi central y fueron estos aspectos los rescatados a la hora de valorar los servicios.

Y el año pasado, ahora no vengo mucho, y el año pasado hacíamos de todo. Íbamos a varios lados, a juntarnos con otros espacios, hablábamos sobre drogas. Hicimos primeros auxilios. Hicimos sobre las quemaduras, sexualidad, varias cosas hicimos. (John, 16 años, primaria completa)

Un aspecto interesante a destacar es que en este estudio no se encontraron diferencias significativas entre varones y mujeres adolescentes a la hora de la valoración y el uso de los servicios, si bien como fuera planteado anteriormente existe una fuerte preponderancia en el número de consultas de mujeres frente al de varones en los servicios de salud, quienes participaron del estudio, cumpliendo con el criterio de inclusión de contar con al menos dos consultas en el último año en el espacio adolescente, no manifestaron aspectos diferenciales en la entrevista.

4. EL LUGAR DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.

El concepto de derechos sexuales y reproductivos es relativamente nuevo en términos históricos y está fuertemente relacionado con el concepto de derechos humanos y con la construcción de ciudadanía. Estos derechos fueron considerados como tales a nivel internacional, mediante marcos conceptuales y jurídicos constituidos básicamente por cuatro instancias del Sistema de las Naciones Unidas: Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979); Conferencia sobre Derechos Humanos en Viena (1993); Plan de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (1994) y IV Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing (1995), en particular es a partir de estos dos últimos documentos donde los derechos sexuales y los derechos reproductivos de adolescentes aparecen claramente establecidos.

En Uruguay, los DDSSYRR se encuentran amparados según la ley n°18426, aprobada en el año 2008 y el decreto reglamentario del MSP (2010):

En ellos se universaliza la cobertura de salud sexual y reproductiva, planteándose que todos los prestadores del SNIS deben contar con una atención en SSR universal, integral, amigable, igualitaria y confidencial, entre otras características (Barrios y cols., 2011; p. 22).

Condiciones éstas que se vuelven imprescindibles para habilitar el trabajo entorno al ejercicio de derechos. La información juega aquí un papel fundamental y nuevamente la formación de los equipos de salud tiene un carácter determinante ya que son actores claves para la promoción de derechos.

Como fuera planteado anteriormente, la atención de la salud de la población adolescente en lo que hace particularmente a los aspectos vinculados con la sexualidad, parecería centrarse desde una perspectiva del riesgo y no de derechos. Sin embargo, la perspectiva de derechos fue traída tanto por los equipos como por las gestoras como norte al que se mira en la cotidianeidad del trabajo. Esta convivencia de modelos seguramente está relacionada con los procesos de legitimación social de los derechos, donde tímidamente en algunos casos y con mucha fuerza en otros, algunos derechos comienzan a materializarse al menos desde el punto de vista legislativo o normativo. Al respecto hace algunos años, Amorin, Carril y Güida (2005) planteaban que si bien el paradigma de los DDSSYRR ha permeado los discursos políticos, no se observa aún su incorporación en las prácticas concretas de los/as profesionales.

Es importante diferenciar en el discurso de los/as adolescentes el reconocimiento de sus derechos a nivel formal y las condiciones para su apropiación y ejercicio real (Amuchategui y Rivas, 2004). En el análisis de los discursos de nuestros entrevistados/as esto se manifiesta de forma clara en la dificultad de enunciación de los derechos, si bien algunas de sus implicancias sí parecen estar presentes en el discurso de los y las adolescentes. Al igual que sucedió con la concepción de los derechos humanos, la noción de qué y cuáles son los derechos sexuales y reproductivos casi no fue referida espontáneamente, e incluso para algunos adolescentes fue difícil construir una definición conjunta a partir del intercambio y el diálogo en la entrevista. Entre aquellos/as que sí lograron acercarse a una definición o identificación de los mismos, se destacan algunas ideas que podrían sintetizarse en:

- a. La asociación inmediata con las “relaciones sexuales”.
- b. La relación con la sexualidad.
- c. El vínculo difuso con el auto-cuidado y el cuidado de los otros.

Los derechos son asociados con el poder elegir cuándo y con quién tener relaciones sexuales; no ser violentado/a por la pareja; acceso a los métodos anticonceptivos; tener hijos o no tenerlos cuando se desee; y libertad en la elección y orientación sexual.

5. REFLEXIONES FINALES

El objetivo principal de la investigación fue analizar las percepciones y opiniones que tienen los y las adolescentes usuaria/os de ASSE, acerca de las acciones que se desarrollan en los “Espacios de Salud Adolescente” para la promoción de sus derechos sexuales y derechos reproductivos. En ese sentido es posible afirmar que a la hora de las respuestas vinculadas a la identificación de acciones de los equipos de salud tendientes a promover derechos sexuales y reproductivos, las referencias de los y las adolescen-

tes son acotadas. Los y las adolescentes asocian las acciones de los equipos con la promoción del cuidado y la prevención de riesgos en sus conductas sexuales, destacan y valoran el espacio de apertura y la forma en cómo son abordados estos temas con y desde los equipos. La promoción del uso del preservativo masculino y de la utilización de métodos anticonceptivos son las principales acciones identificadas, cuestión que no llama la atención al tratarse de dispositivos que están insertos en servicios de salud. Algunas acciones vinculadas al abordaje de su afectividad o relacionamiento interpersonal, fueron señaladas por los/as adolescentes, como por ejemplo, el abordaje sobre la iniciación en relaciones sexuales. Un aspecto destacable tiene que ver con la valoración que hacen del vínculo que se construye en la consulta, caracterizado como flexible y abierto a sus inquietudes e intereses. De esta forma se puede afirmar que los usuarios/as encuentran en los ESA un lugar apropiado para conversar sobre su salud sexual y reproductiva aunque no necesariamente es el único espacio para hacerlo.

La promoción de autonomía y de empoderamiento es lo que potencia efectivamente el ejercicio de derechos. En este sentido, son valoradas por los y las adolescentes aquellas acciones relacionadas con brindar información de calidad para poder tomar decisiones en relación a estas áreas de la vida.

Desde los y las adolescentes parece haber una búsqueda de consejo y orientación que ubica a los y las profesionales en un lugar de saber legitimado desde un lugar valorado por su condición profesional y adulto. Desde los equipos de salud se observó un interés en la incorporación de la perspectiva de derechos, así como el cuestionamiento en relación a su capacidad de trabajar desde este abordaje. Las carencias en la formación profesional fue destacada como un obstáculo importante para el trabajo, acorde a las necesidades que presenta la población adolescente.

La implementación y organización de los ESA en los servicios públicos tiene una cobertura limitada, lo cual repercute en que haya en el sistema público una polarización en lo que hace a la atención en salud de adolescentes respondiendo a modelos de trabajo diferentes, a pesar de que se esté trabajando en capacitar a todos los otros/as profesionales que realizan atención a adolescentes pero, que no trabajan desde los ESA.

Los equipos realizan intervenciones con los usuarios y en particular en las acciones de promoción de salud, instrumentalizando a los y las adolescentes para participar. Tomar parte, que requiere tener parte, poseer cierto estatuto de existencia en lo social con la consiguiente posibilidad de incidencia, esto ya aparece un poco más lejano, y si bien está en el discurso de muchas de las profesionales que trabajan hace años en los espacios, los discursos de los y las adolescentes usuarios/as de los servicios no se

manifiestan en la misma línea salvo algunas excepciones. En ese sentido contar con un espacio grupal dentro del propio espacio adolescente, como es el caso de uno de los ESA incluídos en el estudio, podría ser un factor que facilite estos aspectos generándose así una verdadera apropiación de los jóvenes tanto del servicio como de su lugar como promotores o multiplicadores de información. Su participación en la definición y diagnóstico de sus necesidades es particularmente pertinente para conocer los valores, percepciones, actitudes y comportamientos de esta población.

REFERENCIAS

Amorin, D., Carril, E y G Guida, C (2005)

Amuchástegui, A. y Rivas, M. (2004). Los procesos de apropiación subjetiva de los derechos sexuales. Notas para la discusión. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 57, 543-597.

Barba, C. (2003). Los enfoques latinoamericanos sobre la política social: más allá del consenso de Washington. *Revista Espiral, Estudios de Estado y Sociedad*, 11(31), 85-130.

Barrios, A., Canetti, A., Cortázar, M., López Gómez, A. y Rey, G. (2011). *Salud Sexual y reproductiva en Adolescentes y Participación Comunitaria Juvenil*. Montevideo: Universidad de la República. Facultad de Medicina, Facultad de Psicología, Comisión Sectorial de Educación Permanente.

Correa, S. y Petchesky R. (1994). *Reproductive and Sexual Rights: A feminist Perspective, Population Policies Reconsidered*. En G. Sen, A. Germain y L. Chen (Eds.), *Health, Empowerment, and Rights*. Nueva York: Harvard Center for Population and Development Studies and International Women's Health Coalition.

Espiing-Andersen, G. (2000) *Fundamentos sociales de las economías posindustriales*. Barcelona. Ariel.

Fleury, S y Molina, C. (2002) *Modelos de protección social*. INDES. Washington D.C.

Gogna, M. (Coord.) (2011). *Programas de salud reproductiva para adolescentes. Los casos de Bs. As., México DF y San Pablo*. Buenos Aires: CEDES.

Gonzalez, I. Aguirre, L. y Tapia, J. (2005). Caracterización de asistentes a consejería en sexualidad en un centro de salud integral de adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*.

López, A. (Coord.) (2006). *Proyecto género y generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya*. Montevideo: Trilce.

López, A., Benia, W., Contera, M. y Guida, C. (2003). *Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas*. Montevideo: Facultad de Psicología, UdelAR

López, A. (Coord.) (2005). *Adolescentes y Sexualidad. Significados, discursos y acciones en Uruguay. (Un estudio retrospectivo 1995-2004)*. Montevideo: Universidad de la República. Facultad de Psicología.

Luengo, M. X., Millán, T., Zepeda, A. J. y Tijero, M. (2012). Adolescentes urbanos: conocimientos sobre la atención de salud sexual y reproductiva. *Revista Chilena de Pediatría*.

Midaglia, C. y Antía, F. (2007). La izquierda en el gobierno: ¿cambio social o continuidad en las políticas de bienestar social?. *Revista Uruguaya de Ciencia Política* 16.

Mota, V. Tello, G. y Rivas, L. (2010). Asistencia de adolescentes mexicanos a servicios de consejería sobre sexualidad y reproducción. *Investigación y Educación en Enfermería*, 28(1).

Naciones Unidas. (1989). Convención sobre los Derechos del Niño (CDN). Nueva York.

Naciones Unidas (1994). Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD). El Cairo.

Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2010). *Panorama Social de América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL.

Organización Mundial de la Salud (1993). *The Health of Young People; a challenge and a promise*. Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud. (2005). *IMAN Servicios: Normas de atención en salud sexual y reproductiva de adolescentes*. Washington D.C.: OPS.

Organización Panamericana de la Salud (2008). *La salud sexual y Reproductiva de los adolescentes y los jóvenes: oportunidades, enfoques y opiniones*. Washington, D.C.: OPS.

Pacheco, C. Rincón, L. Guevara, E. Latorre, C. Enriquez y C. Nieto, J. (2007) *Significaciones de la sexualidad y salud reproductiva en adolescentes de Bogotá*. México: Salud Pública.

Uruguay. Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, Programa Nacional de Salud Adolescente (2009), *Guías para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención* (Vol. 1). Montevideo: MSP.

Uruguay. Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud. (2007). *Programa Nacional de Salud Adolescente*. Montevideo: MSP

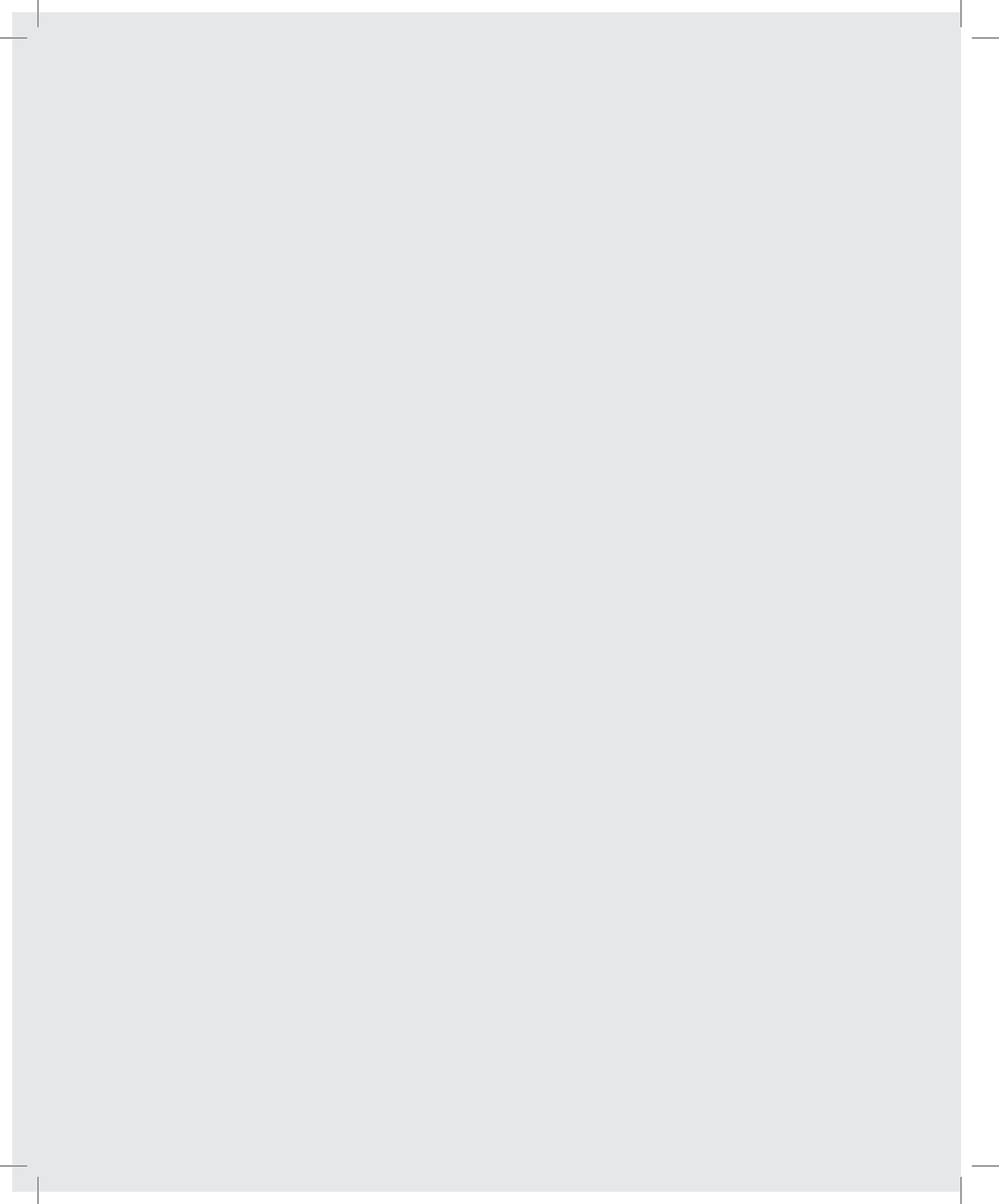
Varela, C., Pollero, R. & Fostik, A. (2008). La fecundidad: evolución y diferenciales en el comportamiento reproductivo. En Varela Petito, Carmen (Coordinadora): *Demografía de una sociedad en transición: la Población uruguaya a inicios del siglo XXI*. Montevideo: Trilce.



**La educación
en el sistema
educativo formal
(2005-2009)**

Leticia Benedet

SECCIÓN 2



CAPITULO 7

La Educación sexual en el sistema educativo formal durante el período 2005-2009. Análisis desde un enfoque de género y de política pública

Mag. Leticia Benedet³⁴

1. INTRODUCCIÓN

En este capítulo se presentan algunos de los principales resultados de un estudio que analizó el *proceso de formulación de la política de educación sexual* en el sistema educativo formal uruguayo durante el período 2005 – 2009, las etapas cruciales de su discusión y negociación entre los actores que le dieron forma a la política, la pusieron en práctica, desde su concepción a su implementación y la sustentaron en el tiempo³⁵. En tal sentido se partió de la premisa de que los procesos de debate, negociación, aprobación e implementación de las políticas son tan importantes como el contenido específico de las mismas. Para dicho análisis se recurrió a dos modelos sociológicos diferentes y complementarios: los Estudios de Género aplicados a las políticas públicas y el Institucionalismo centrado en los actores. El estudio se diseñó desde una estrategia metodológica de tipo cualitativa, en base a la aplicación de entrevistas a informantes calificados y a la revisión documental generada por personas y organismos involucrados durante el proceso.

2. LOS PUNTOS DE PARTIDA

La historia de la educación sexual en el sistema educativo formal uruguayo ha sido una historia discontinua, con sistemáticas interrupciones y con el protagonismo de múltiples

34 Licenciada en Psicología y Magister en Género, Sociedad y Políticas Públicas por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales de Argentina (PRIGEPP - FLACSO). Integrante del equipo docente del Diplomado Superior en Género y Políticas de Igualdad de FLACSO Uruguay. letibene@gmail.com

35 Este artículo se basa en la tesis de maestría elaborada por la autora para obtener el título de Magister en Género, Sociedad y Políticas Públicas por FLACSO, Argentina.

actores sociales y políticos con pretensión de incidir y legitimarse como portavoces de los contenidos de una política pública de educación en sexualidad. Dicha temática aparece por momentos en la agenda pública como un antídoto frente a distintos problemas que toman conocimiento público como los embarazos adolescentes en los sectores más pobres, las infecciones de transmisión sexual especialmente el VIH/ SIDA, el aborto, etc. y por otros, desaparece como si fuera un tema absolutamente irrelevante para la sociedad y la vida de varones y mujeres. Según estudios nacionales (Darré, 2005), la voluntad de incorporar la educación sexual en el sistema educativo formal data de la década de 1920. Desde entonces se registran cinco períodos en los que se intentó introducir la educación sexual en el ámbito de la educación pública formal: en la década de 1920, entre 1930 y 1970, en los años 1990 y 2000 y recientemente en el período 2005 – 2009. Dicha autora refiriéndose a los primeros cuatro períodos plantea que *“cada uno de esos episodios implicó diferentes concepciones científicas dominantes sobre el tema, reflejó compromisos políticos entre diversas instituciones y reveló las políticas de género”* (2005, p.14). Desde entonces, las autoridades de la enseñanza de los sucesivos gobiernos han manifestado su voluntad de incorporar la educación sexual en el sistema educativo formal pero por diversas razones vinculadas a conflictos de poder, posicionamientos ideológicos e incidencia de grupos de veto (como por ejemplo los sectores religiosos) las mismas han sido interrumpidas sistemáticamente sin poder consolidarse.

Durante el período de gobierno 2005 – 2009 se produce un nuevo intento de instalar en el sistema educativo un Programa de Educación Sexual, logrando, contra todos los pronósticos, consolidarse en la estructura educativa. Desde una perspectiva feminista este hecho constituye una conquista histórica que merece ser investigada desde un enfoque de género y de política pública.

3. LA ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN

El estudio se planteó indagar qué hizo posible que - por primera vez en la historia del Uruguay - un programa de educación sexual en el ámbito educativo haya podido implementarse en todos los subsistemas logrando trascender un período de gobierno.

El objetivo general del estudio fue analizar el proceso de formulación de la política de educación sexual desarrollada en el Sistema Educativo Público en Uruguay durante el período 2005 – 2009 desde un enfoque de género y de política pública. Entre sus objetivos específicos incluyó identificar los actores claves que participaron en la formulación de la política de educación sexual, sus facultades, funciones e incentivos y los intercambios o transacciones que emprendieron para poder formular e implementar el programa;

identificar y analizar las oportunidades y restricciones planteadas por las reglas del juego institucional y analizar la integración del enfoque de género como eje transversal y las concepciones de sexualidad contenidas en el diseño del Programa de Educación Sexual.

En función de estos objetivos se diseñó una estratégica metodológica de tipo cualitativa en base a la aplicación de entrevistas con informantes calificados y a la revisión de documentación generada por personas y organismos involucrados en el proceso de formulación de la política de educación sexual durante el período estudiado. A los efectos de recoger las percepciones, opiniones y enfoques conceptuales de las personas entrevistadas, se elaboraron tres pautas de entrevista semi-estructurada que incluyó las siguientes dimensiones de análisis: *actores* involucrados en el proceso, *escenario institucional* en el que se instaló el programa y *enfoques conceptuales* que guiaron la elaboración de la propuesta. Para la selección de la muestra de informantes calificados se utilizó como criterio entrevistar a aquellos actores que hubieran tenido participación en el proceso de formulación de la política de educación sexual desde distintos ámbitos y perspectivas³⁶.

4. ALGUNAS CONSIDERACIONES CONCEPTUALES

4.1 El proceso de formulación de políticas públicas

Una política pública “*designa el proceso por el cual se elaboran y se implementan programas de acción pública, es decir dispositivos político-administrativos coordinados, en principio, alrededor de objetivos explícitos*” (Muller y Surel, 1998, p. 13). Asimismo advierten que los propósitos de la acción no son totalmente explícitos, sino que deben ser objeto de identificación y reconstrucción mediante por ejemplo el análisis de los debates que han tenido lugar durante la elaboración y diseño de la política. Sáez las define también como “*el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios*” (1997, p. 281).

Las políticas públicas resultan del proceso de formulación de políticas (PFP) que engloba todo el proceso de discusión, aprobación e implementación de las políticas públicas. Dicho proceso puede entenderse como una sucesión de intercambios y negociacio-

36 Personal jerárquico de la Administración Nacional de Educación Pública, docentes de las distintas ramas de la enseñanza que hubieran participado de la Comisión de Educación Sexual; personal técnico y/o jerárquico del organismo rector de las políticas de género; personal técnico y/o jerárquico de organismos de cooperación internacional.

nes entre actores políticos que interactúan en escenarios formales e informales (Stein y Tomasi, 2006). Araujo, Guzmán y Mauro plantean que:

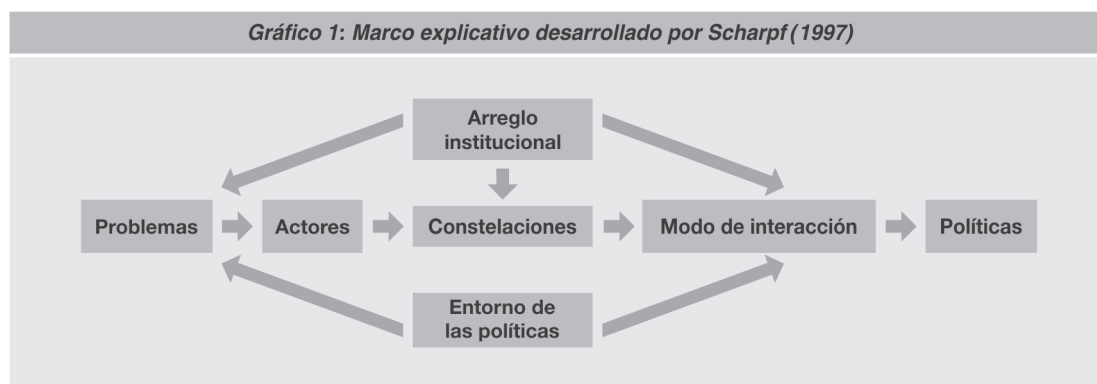
En un ciclo ideal, una política se inicia con la tematización y problematización de una experiencia por parte de distintos actores que la conciben como inaceptable. El paso siguiente es la elaboración del tema como problema público, para lo cual es necesario que se le defina, se planteen hipótesis sobre sus causas y se adelanten soluciones posibles. El ciclo continúa con su incorporación en las agendas institucionales. El ingreso del problema a la agenda institucional obliga a traducirlo a las distintas lógicas político institucionales antes de que dé lugar a normativas legales, programas o servicios públicos (2000:134).

Según Guzmán (2001), la construcción de problemas públicos y la elaboración de agendas son el resultado de procesos sociopolíticos complejos cuya comprensión remite a la constitución de sujetos sociales, a la elaboración de nuevos marcos de interpretación de la realidad social, a las relaciones de poder entre distintos actores sociales y el establecimiento de alianzas y estrategias políticas. Los distintos marcos interpretativos no son necesariamente coherentes entre ellos, compiten entre sí, acompañan o promueven conflictos, avalan o desafían las interpretaciones hegemónicas y sugieren cursos de acción alternativos.

El institucionalismo centrado en los actores, es un modelo de análisis para comprender el proceso de formulación de las políticas públicas que coloca el análisis en la relación entre el agente y la estructura. Es un concepto flexible, diseñado para capturar el complejo juego entre actor e institución en el proceso de elaboración e implementación de las políticas públicas. Dicho modelo destaca la incidencia que tienen las instituciones, por un lado, sobre las percepciones, las preferencias y las capacidades de actores individuales o colectivos y, por otro, sobre las formas en que estos actores interactúan. Las instituciones son la principal fuente de información de los actores y el principal factor que influye sobre sus decisiones, en el sentido de que reducen los incentivos para seguir ciertas estrategias de acción y aumentan los incentivos para realizar otras. Las instituciones varían en las distintas sociedades y también cambian a lo largo del tiempo (Scharpf, 1997, citado en Zurbriggen, 2006). Sin embargo, las instituciones no influyen en las decisiones de una manera determinista, puesto que siempre existen distintas posibilidades de acción que dejan un amplio margen para que los actores elijan entre diferentes opciones tácticas y estratégicas (Scharpf, 1997, citado en Zurbriggen, 2006). Ello implica reconocer que los resultados de políticas no son un simple cumplimiento de reglas institucionalizadas, sino que es una acción que el actor desarrolla con una intencionalidad: la de obtener resultados preconcebidos. Pero, a su vez, requiere reconocer que tales metas perseguidas no son externas y asumidas como tales (Scharpf, 1997, citado en Zurbriggen, 2006).

Según estos autores, cada actor está institucionalmente constituido, pues emerge basado en reglas preexistentes. Tales reglas no sólo habilitan su constitución, sino que son las que aseguran su permanencia y actuación. Así definen criterios de membresía, recursos disponibles, la esfera de sus actividades legítimas, el alcance de sus representantes, sus principios rectores. *“Las instituciones no sólo operan como facilitadores de elecciones posibles, sino que también delimitan cómo debe evaluar el actor implicado en los resultados de tales elecciones y determinan, de esta forma, las preferencias del actor respecto a las alternativas posibles”* (Scharpf, 1997. p. 39 citado en Zurbruggen, 2006). Así como las instituciones permiten la estructuración de cada actor, también constituyen una fuente de información para predicciones mutuas respecto a cómo actuarán o no actuarán los otros actores implicados en determinado escenario político.

Gráfico 1: Marco explicativo desarrollado por Scharpf (1997)



Tal como lo muestra el esquema, los elementos básicos del marco analítico que propone este modelo son: los *actores* (con sus preferencias, percepciones y capacidades), las *constelaciones de actores* (conjunto de actores que intervienen, sus opciones estratégicas, los resultados asociados a estas y la percepción que de ellos poseen), los *modos de interacción* (formas específicas en las que interactúan los actores en determinadas constelaciones situadas en marcos institucionales específicos) y el *arreglo institucional* (conjunto de reglas constitutivas que delimitan cursos de acción, modos de interacción y resultados deseables).

4.2 Perspectiva de género en las políticas públicas

El feminismo ha contribuido al desarrollo de un amplio conjunto de categorías analíticas (patriarcado, división sexual del trabajo, ámbito público vs. ámbito privado) entre las que se destacan los estudios de género. Scott (1986), propuso un modelo interpretativo de

la realidad en la que definió al género como un elemento constitutivo de las relaciones sociales y una forma primaria de relaciones significativas de poder. De acuerdo a esta autora, esta categoría contiene cuatro elementos que constituyen lo sustancial del sistema de géneros en las sociedades: i) los símbolos o representaciones simbólicas que se apoyan en las representaciones del imaginario social sobre lo femenino y lo masculino y sus relaciones, ii) lo normativo que refiere al conjunto de reglas instituidas que se apoyan en lo simbólico expresándose en doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas; iii) lo político institucional, el género es un elemento que se expresa en las instituciones y en la política; iv) la dimensión subjetiva, esto es, la apropiación singular que hacen los sujetos respecto de los significados que la cultura ofrece, mediante su pasaje por las instituciones familia, educación, entre otras.

Los estudios de género aplicados a las políticas públicas plantean que el Estado ha jugado un papel crucial en la producción, reproducción y ocultamiento de la realidad de la discriminación de género, recompensando cierto tipo de destrezas y habilidades sobre otras, así como cierto tipo de actores, generalmente aquellos que están libres de trabas impuestas por los cuerpos, las familias y las identidades sexuales. Para revertir esta situación, en la IV Conferencia mundial de la Mujer de las NNUU (1995) se acordó la estrategia de *Institucionalización del género o Transversalización del Género* como herramienta para alcanzar la igualdad de género a través del análisis de las implicaciones para los varones y las mujeres de las acciones planificadas en las intervenciones de desarrollo en todas las áreas y niveles, y la inclusión de las preocupaciones y experiencias de las mujeres y los varones como dimensión integral de las políticas y los programas, a fin de que ambos se beneficien igualmente y evitar que la desigualdad se perpetúe (Women Watch, 1997; PAHO, 2005). La aplicación de esta nueva estrategia se relaciona con un nuevo marco interpretativo que centra la atención no sólo en las relaciones desiguales entre los sexos sino también en las estructuras que generan la desigualdad.

4.3 La sexualidad como objeto de políticas públicas

La sexualidad humana ha sido conceptualizada desde dos paradigmas diferenciados: *Esencialista* y *Constructivista*. Según autores como Vance (1984) y Weeks (1986) el *paradigma esencialista* considera la sexualidad como algo “dado” por la naturaleza, inherente al ser humano, inmutable, producto de una esencia humana, cual impulso interior irrefrenable a ser reprimido por la cultura. Desde esta perspectiva las expresiones de la sexualidad no son una construcción social sino que son moldeadas socialmente para ser encauzadas hacia una vida social aceptable. El *paradigma construccionista*, en cambio define a la sexualidad como un proceso complejo, que todos los seres humanos sin excepción, construyen a lo largo de toda la vida y que tiene aspectos bio-psico-sociales

y culturales que deben contemplarse de manera integral. Es entonces una construcción y producción socio histórica, cultural, subjetiva y política que implica una variabilidad social de formas, creencias, prácticas y significados a ellas asociadas. Desde esta perspectiva se incluyen tres dimensiones para el análisis de la sexualidad: significados, prácticas y discursos. A su vez la relación entre estas tres dimensiones debe ser analizada como producto de relaciones de poder de clase, género, raza/etnia, generación, orientación sexual (López Gómez, 2005). Esta perspectiva ubica las relaciones de poder en el eje de la producción de lo que sería considerado normal o anormal, permitido o prohibido, aceptable o rechazable con relación a la sexualidad. Estos paradigmas entorno a la sexualidad se ven reflejados también a la hora del abordaje de la *educación sexual* en el aula. Los enfoques tradicionales, identificados con el *paradigma esencialista*, se caracterizan por un abordaje biologicista de la sexualidad, con énfasis en la reproducción y la heteronormatividad. Están asociados también con abordajes sanitaristas y de prevención de riesgos en el ejercicio de la sexualidad. Los enfoques identificados con el *paradigma construccionista*, se caracterizan por un abordaje de la sexualidad desde un enfoque de derechos, haciendo énfasis en el placer y el disfrute de la sexualidad; para lo cual se requiere ser consciente de las necesidades y derechos de cada uno/a.

5. LA EDUCACIÓN SEXUAL EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE LA REGIÓN

El rastreo bibliográfico de estudios similares arrojó pocos resultados. Este hecho podría deberse a que los programas de educación sexual a nivel gubernamental son muy recientes en todo el mundo. La sexualidad fue un tema tabú tanto a nivel social, familiar como individual, convirtiéndose en un tema público recién a finales de la década de los 60. En la década del 80, aparecen nuevas preocupaciones en torno a la sexualidad pero vinculados a los altos índices de infecciones de transmisión sexual, especialmente el VIH SIDA y el embarazo en adolescentes, instalando en los discursos públicos y en las instituciones el vínculo entre sexualidad, riesgos y enfermedades. Es en este contexto que se implementaron los primeros programas de educación sexual tanto en Estados Unidos como en Europa dedicados a promover la abstinencia en las relaciones sexuales hasta edades más avanzadas y en el marco del matrimonio. La generalización de la educación de la sexualidad en América Latina surge recién en la década de los 90 en el marco de las Reformas Educativas y de las Conferencias de Naciones Unidas. De todos modos *“la sexualidad parece quedar subsumida dentro de una de sus funciones - la reproductiva - con lo que quedan relegadas a un plano secundario otras de sus importantes facetas que contribuyen al pleno bienestar físico y espiritual de las personas... como son las potencialidades que posee cada ser humano de separar el erotismo de la reproducción...”* (Castellanos, Falconier, 2001, p. 5). Desde entonces los contenidos de educación sexual han sido integrados en la gran mayoría de los países en los currículos

de la escuela básica en el marco de las Reformas Educativas, abordándose con mayor o menor amplitud y profundidad la sexualidad humana a través de dos estrategias: la *transversalización curricular* y la incorporación de los contenidos en determinadas *asignaturas o áreas del conocimiento*. El *enfoque de género* en los programas de educación sexual y las concepciones de la sexualidad, es escaso y en aquellos donde existe es concebido desde un enfoque muy restrictivo debido a que se problematiza solo en la equidad de género en términos de las diferencias entre mujeres y varones y cómo estas diferencias han sido y aún siguen siendo interpretadas como desigualdades sobre las que se sostienen las prácticas sociales de discriminación. No se hace mención a las diferencias sexuales en sentido amplio, predominando una visión heteronormativa. La sexualidad ligada a la heterosexualidad y a la reproducción continúa siendo la mirada predominante.

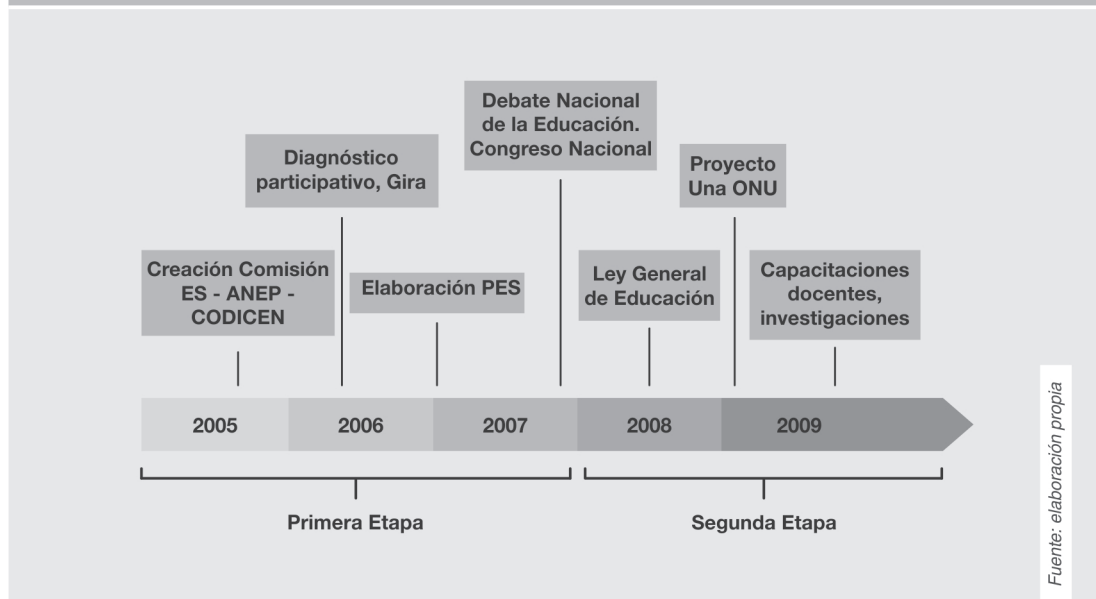
6. ALGUNOS HALLAZGOS A PARTIR DEL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El análisis de los resultados se realizó a partir del desarrollo de las dimensiones mencionadas: escenario institucional, actores y enfoques conceptuales. Para el análisis de las dos primeras dimensiones se utilizó el modelo propuesto por el institucionalismo que toma en cuenta como variables centrales, el escenario político, el escenario y diseño institucional y los actores intervinientes. Las concepciones de género y de sexualidad de la propuesta del programa de educación sexual fueron analizadas a la luz de los documentos producidos y de lo expresado por los actores participantes durante las entrevistas; recogiendo también los debates que tuvieron lugar entre los diferentes actores a la interna de la Comisión de Educación Sexual, identificando consensos, tensiones y contradicciones.

6.1 Escenarios

El proceso de formulación del programa de educación sexual se produce a partir de la llegada al gobierno, en 2005, por primera vez en la historia política uruguaya, del partido político Frente Amplio. Dicho partido alcanza el gobierno con una mayoría legislativa propia, inédita en los gobiernos precedentes. Por tanto, las condicionantes políticas e institucionales de la llegada de la izquierda al gobierno en Uruguay fueron muy favorables a sus intereses. En el programa del gobierno electo, la educación en general y la educación sexual en particular formaban parte de las políticas prioritarias: “la administración que asumió en 2005 recogió una larga aspiración del cuerpo docente y de la sociedad civil e integró la educación sexual entre sus políticas prioritarias”(ANEP – CODICEN, 2010, p.113). En el marco de las mayorías parlamentarias, el Parlamento aprobó la Ley General de Educación (N° 18.437) que otorga marco normativo a la educación sexual. En la nueva ley se define a la educación sexual como una de las ocho líneas transversales que se deben contemplar en las diferentes modalidades de enseñanza asegurando de ese modo, al menos a nivel jurídico, la incorporación de la temática en toda la estructura educativa.

Gráfico N° 2: Principales hitos en el PFP de Educación Sexual

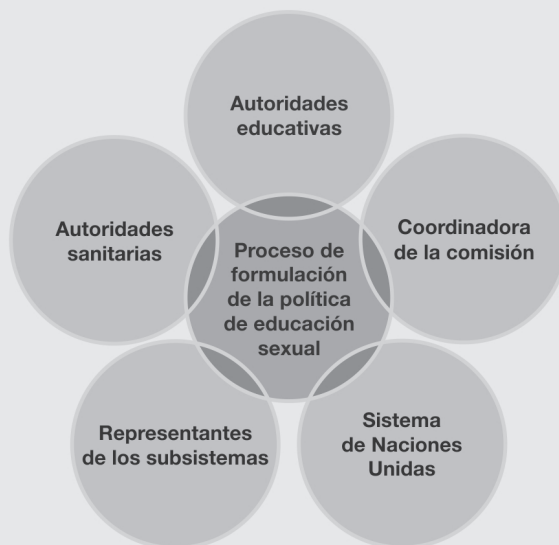


El Proceso de Formulación de la Política (PFP) de Educación Sexual se inicia a partir de conversaciones entre las autoridades educativas y sanitarias (Ministerio de Salud Pública) con la participación de un actor externo en calidad de especialista en la temática. En algunas reuniones participaron además, en calidad de observadores, representantes del Sistema de Naciones Unidas. En diciembre de 2005, las autoridades educativas aprueban mediante Resolución N°4 (Acta Ext. N° 35, 2005) la creación de una Comisión con el cometido principal de “elaborar un proyecto programático que apuntara a la incorporación de la educación sexual en el proceso educativo integral de las y los alumnos, basado en un contexto de desarrollo, salud y derechos que potencie la construcción de ciudadanía”. Dicha Comisión estuvo integrada por una coordinadora, una secretaria técnica y representantes de los Consejos de Educación Primaria, Secundaria y Técnico Profesional, de la Dirección de Formación y Perfeccionamiento Docente, de la Dirección de Educación para la Salud del Consejo Directivo Central y de la Dirección General de Salud del Ministerio de Salud Pública. Dicha Comisión es quien elabora y lidera la implementación de la propuesta “La incorporación de la educación sexual en el sistema educativo formal”. El diseño institucional del programa se estructuró en 3 áreas estratégicas: implementación curricular, formación docente y producción del conocimiento. Se implementó desde el inicio, en el conjunto de los subsistemas, insertándose en toda la estructura y a nivel nacional. Fue puesto en marcha por cada subsistema de manera

distinta de acuerdo a la autonomía conferida por ley. La educación sexual fue concebida como un *eje transversal* en el currículo. El programa contó con financiamiento público y de organismos internacionales.

6.2 Actores

Gráfico N° 3: Actores Claves en el "espacio de la política"



Fuente: elaboración propia

El PFP del programa de educación sexual durante el período 2005 – 2009 se desarrolló en alianza entre el sector educativo y el sector salud. Esta alianza no es casual, ya que el vínculo entre sexualidad, riesgos y enfermedades ha estado históricamente en los discursos públicos y en las instituciones generando que los programas de educación sexual se instalen en uno u otro organismo con articulaciones entre sí. En representación del MSP se designa a la directora del Programa Nacional de prevención del VIH SIDA de manera implícita, el ejercicio de la sexualidad a los altos índices de infecciones de transmisión sexual, dando cuenta de algunos de los problemas públicos que se pretenden resolver con esta política. Esta decisión del Estado no es neutra sino, por el contrario, revela el grado de reconocimiento y legitimidad que hace de los distintos actores. Esta alianza excluye del proceso de elaboración de la propuesta a otros actores con competencia en la temática: i) el organismo rector de las políticas de género (Inmujeres) cuyo plan de

acción tenía como medida “formular e implementar el Programa de Educación en sexualidad en todo el sistema educativo formal incluyendo a alumnos/as, docentes y adultos referentes” (PIODNA, 2007, p. 73); ii) a las organizaciones de mujeres y feministas que históricamente han reivindicado el derecho a la educación sexual y al pleno ejercicio de derechos sexuales y reproductivos; iii) a la academia, especialmente la Universidad de la República (UDELAR), que cuenta con experticia en la temática.

Desde la perspectiva del institucionalismo, las autoridades educativas y sanitarias optaron por una integración tradicional de la Comisión, horizontal (entre actores de un mismo nivel gubernamental) y no por una propuesta en red, esto es, una nueva forma de coordinación del Estado con la sociedad determinada por el carácter horizontal entre los actores, lo que permitiría la multiplicación de intercambios y la combinación de recursos técnicos (ligados a la experticia de los actores) y recursos políticos (asociados a la posición de los actores en el sistema político). Esta decisión fue cuestionada por los representantes de los subsistemas de la educación sin posibilidades en la primera etapa de revertirla. Otro dato muy relevante es que el PFP de educación sexual contó, durante todas sus etapas, con la firme voluntad política de sus máximas autoridades (Presidente y directores de los desconcentrados).

Otro actor clave, no estatal, fue la coordinadora de la Comisión y posteriormente del Programa de Educación Sexual (PES). Ella contaba con atributos personales muy valorados por el partido gobernante: médica de profesión como el Presidente de la República y como el Presidente del CODICEN, militante de izquierda, exiliada en Cuba, formada en la temática en ese país y fundadora del Programa Nacional de Educación Sexual de Cuba, pionero en Latinoamérica. Contaba también entre sus antecedentes profesionales, haber participado en la implementación frustrada del programa que se intentó desarrollar durante el período 1990 – 1995, quedando desde entonces en la memoria de muchos como una de las grandes luchadoras en la temática. Al decir de una de las entrevistadas “era casi que la personificación de la batalla por la educación sexual” (Entrevista, representante subsistema, 2013). También asesoraba en la materia a diversos organismos internacionales (OPS, SNU, GTZ) y por tanto contaba con conocimiento sobre programas de educación sexual en la región y con vínculos y contactos que podían contribuir con la implementación de la iniciativa.

A su vez, debe destacarse el papel de los representantes de los subsistemas o desconcentrados de la educación que participaron de la Comisión de educación sexual que lideró el proceso. Las personas elegidas para representar a sus subsistemas eran personas comprometidas con la temática, formadas en la misma y con décadas de trabajo en el sistema educativo lo que les permitía conocer en profundidad la estructura institucional en la cual se pretendía insertar el programa. Contaban con legitimidad interna para llevar

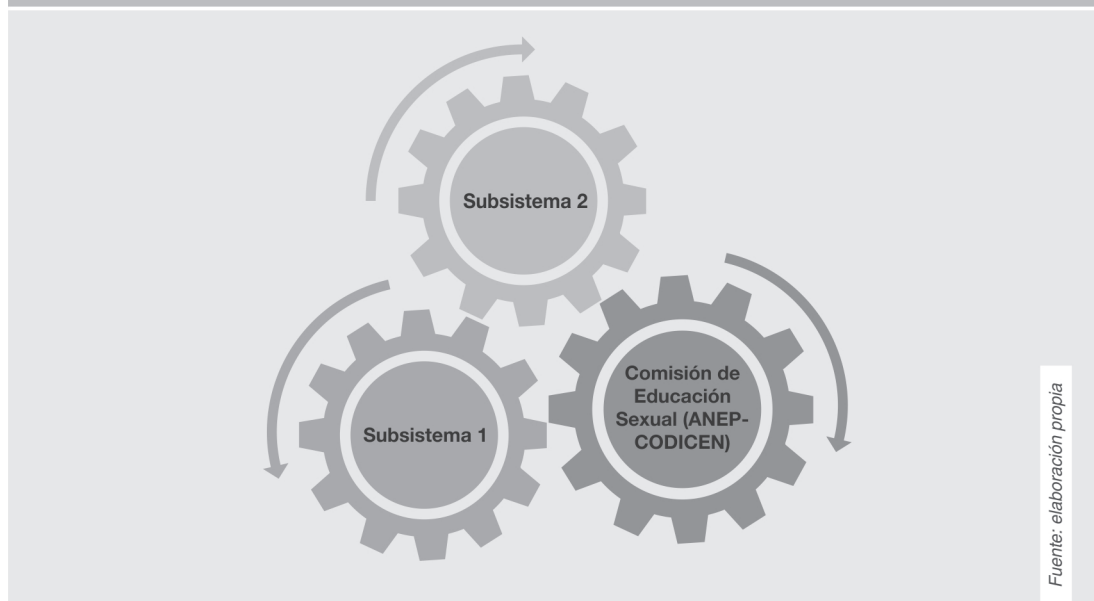
a cabo la tarea y abordaban el desafío desde la interdisciplinariedad (profesores de biología, de química, de filosofía, maestros).

Los organismos internacionales fueron actores relevantes, mediante el apoyo técnico y financiero a la implementación del programa en todos los subsistemas estableciendo como condición para dicho apoyo la incorporación transversal del enfoque de género en la planificación de acciones a desarrollar. Las organizaciones de la sociedad civil, la academia y otros actores estatales si bien participaron en algunas etapas del proceso ocuparon un rol secundario.

Los históricos “grupos de veto” de los programas de educación sexual (jerarquías de la iglesia católica y otros grupos religiosos) no obstaculizaron el desarrollo del proceso. Inicialmente solicitaron participar en la Comisión pero esta resolvió no incluirlos y aceptaron dicha decisión. Según una de las entrevistadas “la iglesia pidió para ingresar a la Comisión y también representantes de los colegios privados. Por eso la aprobación dice “para el sistema formal público”. Eso fue una vuelta que le encontramos para evitar una rebaja de la propuesta en virtud de la incorporación de los privados” (Entrevista, representante subsistema, 2013).

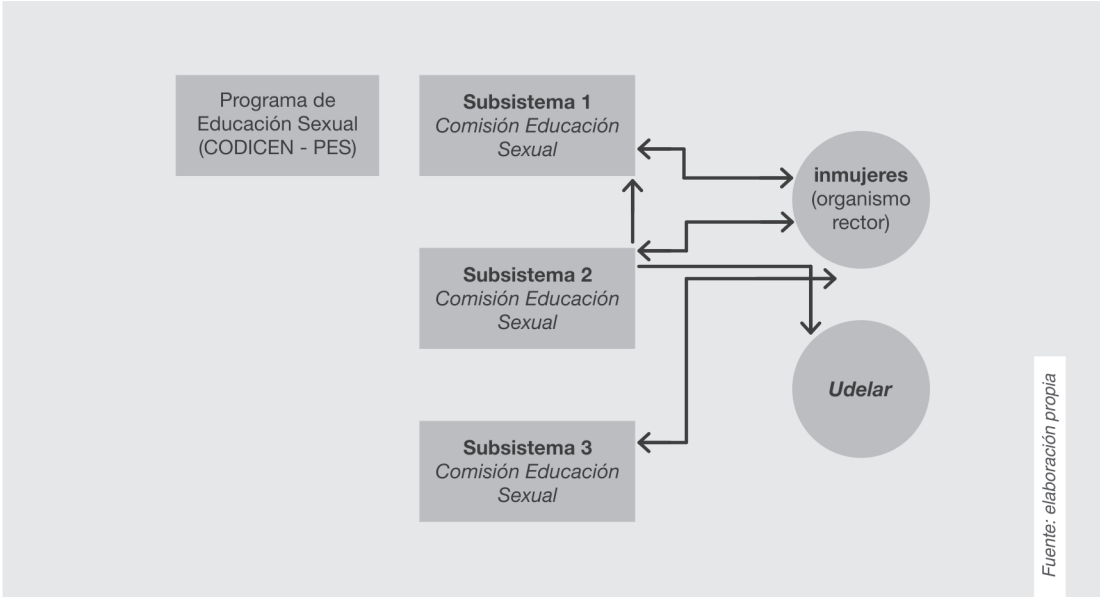
6.3 Arreglo Institucional y modos de interacción entre los actores

Gráfico N° 4: Interacción entre los actores durante la primera etapa (2005 – 2007)



De acuerdo al testimonio de los entrevistados, en el PFP de educación sexual se pueden identificar dos etapas: una inicial que va desde el año 2005 al 2007 y una segunda desde el año 2008 al 2010, diferenciadas por las tareas a llevar a cabo y por la modalidad de interacción entre los actores. Etapas diferenciadas por la cohesión entre los integrantes de la Comisión (primera etapa) y por episodios de conflictos y ruptura (segunda etapa). La primera etapa estuvo centrada en la elaboración del proyecto de programa de educación sexual. La comisión durante este período estuvo cohesionada, funcionando en equipo con un buen engranaje (ver Gráfico N° 3) existiendo el consenso grupal de que lo más importante era lograr una propuesta con tal grado de legitimidad que no fuera fácil eliminarla en el siguiente período de gobierno, tal como había sucedido en las iniciativas anteriores. Se abocaron a la elaboración de un diagnóstico participativo, cumpliendo también con el lineamiento trazado por las autoridades educativas de asumir *la participación como principio rector*, logrando evidencias de que la incorporación de la ES en el sistema educativo era una necesidad sentida por la comunidad educativa y por la sociedad. Representantes de la comisión participaron a su vez del debate educativo formando parte de su Comisión Organizadora (CODE) y del Congreso Nacional de la Educación. Asimismo fue una etapa marcada por el voluntarismo y la falta de recursos ya que las integrantes de la comisión en general contaban con muy pocas horas para dedicarse a la tarea, logrando de todos modos, los ambiciosos objetivos trazados.

Gráfico N° 5: Interacción entre los actores durante la segunda etapa (2008 – 2009)



La segunda etapa estuvo abocada a la implementación de la propuesta de programa de educación sexual que había sido aprobada por las autoridades educativas (diciembre 2007). Asimismo había sido legislada la Ley General de Educación que daba marco legal a la propuesta. Fue una etapa marcada por: i) la presencia de importantes recursos materiales y humanos; ii) la emergencia de los conflictos y la fragmentación entre los actores que participaban de la Comisión; iii) la emergencia de nuevos actores (Inmujeres y UdelaR). A través del relato de las distintas personas entrevistadas también se puede identificar en los conflictos de la segunda etapa, una disputa de liderazgo y de conducción política entre actores con distintos grados de legitimidad y recursos.

6.4 Enfoque de Género y de Sexualidad

La incorporación del enfoque de género en el diseño del programa si bien no aparece explicitado en el marco teórico es incorporado a lo largo de todo el documento. Cuando se le preguntó a la coordinadora del programa acerca de este enfoque en la propuesta planteó “cuando hablo de la sexualidad hablo de todo, porque me molesta profundamente que, desde la academia - me suena como un chirrido- hablen de la sexualidad con perspectiva de género. Cuando no puede haber educación de la sexualidad sin perspectiva de género, es absurdo, es como decir que a un ser humano hay que incorporarle el sistema respiratorio, si no respira se muere. Sin dimensión de género no puede haber educación de la sexualidad”. Si bien esta afirmación puede explicar la ausencia de la explicitación de este enfoque en el marco teórico, de todos modos, desde otras perspectivas, el abordaje de la sexualidad no va necesariamente de la mano de este enfoque, depende del marco interpretativo de quienes diseñen e implementen el programa. En general, el paradigma esencialista no lo incorpora, fundamentalmente porque su sustrato interpretativo está en la concepción de la sexualidad como algo inmutable, producto de la esencia humana, concepción que se encuentra en las antípodas del enfoque de género. El enfoque de género surge justamente confrontando con el esencialismo, el naturalismo y la falta de visión histórica de las definiciones tradicionales sobre la mujer y el varón y la sexualidad. Fundamenta que la sexualidad es una construcción socio histórico y cultural y por ende cuestiona el concepto de las identidades sexuales como fijas y expresión directa de las características biológicas. El enfoque de género acompaña, en general, las propuestas pedagógicas en sexualidad que se fundamentan en un paradigma constructivista. De acuerdo a los entrevistados y al análisis de la propuesta de programa de educación sexual, hay una intencionalidad y una voluntad política de ubicar la educación en sexualidad en un paradigma constructivista. Más allá de dicha voluntad, es posible identificar la coexistencia de un enfoque sanitarista y de prevención de riesgos junto con un enfoque de género y de derechos. La promoción de una sexualidad plena, feliz y responsable

queda por momentos diluida en la mención de todos los problemas que la educación sexual podría evitar. Esto podría explicarse, por la histórica alianza que se puede observar a nivel regional y nacional entre las autoridades educativas y sanitarias en la elaboración de políticas públicas en sexualidad. Más allá de que en la propuesta aparece por momentos una asociación entre sexualidad, riesgos y enfermedades, en las entrevistas realizadas a los integrantes de la Comisión todos expresan una voluntad contraria a dicha asociación. Al decir de uno de ellos “la educación sexual es abordada desde un enfoque no biologicista, no desde la patología sino que se aborda fundamentalmente el desarrollo saludable de los chicos y las chicas... por tanto no se centra en aspectos biologicistas, ya que entendemos que eso es hacer un recorte muy parcial de la educación sexual” (Entrevista, representante del PES, 2013).

En cuanto a la *perspectiva de género en la concepción de sexualidad* podría plantearse que predomina un enfoque restrictivo debido a que se problematiza fundamentalmente en la equidad de género en términos de las diferencias entre mujeres y varones y cómo estas diferencias han sido y siguen siendo interpretadas como desigualdades sobre las que se sostienen las prácticas sociales de discriminación. En tal sentido, se hace muy poca mención a las diferencias sexuales en sentido amplio. La sexualidad ligada a la heterosexualidad y a la reproducción sigue siendo la mirada predominante. Este fue uno de los temas que generó debate entre los integrantes de la comisión que elaboró la propuesta debido a que había quienes querían incluir las conceptualizaciones de las teorías Queer. Estos debates y problematizaciones en torno a las concepciones de género y de sexualidad evidencian que los marcos interpretativos de los actores no son homogéneos ni necesariamente coherentes entre ellos, a veces compiten entre sí, acompañan o promueven conflictos, avalan o desafían las interpretaciones hegemónicas y sugieren cursos de acción alternativos.

7. CONSIDERACIONES FINALES

El análisis desarrollado permite interpretar cuáles fueron las razones que hicieron posible que por primera vez en la historia un programa de educación sexual en el ámbito educativo pudiera implementarse en todos los subsistemas logrando trascender un período de gobierno. Entre ellas se confirman las hipótesis iniciales y se agregan otras como resultado del análisis: la educación sexual en el ámbito educativo formaba parte del plan de gobierno y de las prioridades programáticas de las autoridades educativas y sanitarias. La alianza estratégica entre ambos sectores otorgó legitimidad a la propuesta. Los actores que participaron de la elaboración del programa se alinearon a las definiciones políticas del gobierno, participando del debate educativo y de la construcción de la ley general de

educación, asegurándole al programa su marco normativo (capítulo VII, artículo 40). Otro de los factores que hicieron posible la implantación del programa en todos los subsistemas fue que contó con un importante apoyo económico de organismos internacionales. A todo esto se suma también que, los históricos actores de veto (grupos religiosos) no encontraron eco en las autoridades de la educación como en períodos anteriores y que su voluntad de participar fue neutralizada por los actores que lideraron el proceso. Asimismo, el enfoque sanitario y de prevención de riesgos asociados al ejercicio de la sexualidad junto con un enfoque de derechos y de género clásico como marcos conceptuales elegidos para sustentar la propuesta no generaron rechazo en la comunidad como con otros programas del pasado.

REFERENCIAS

Araujo, K; Guzmán, V; Mauro, A (2000): El surgimiento de la violencia doméstica como problema público y objeto de políticas. Revista de la CEPAL N° 70, 133 – 145.

ANEP –CODICEN (2006): Educación sexual: su incorporación al Sistema Educativo. Montevideo, Uruguay.

ANEP –CODICEN (2010): Síntesis de las principales políticas del quinquenio 2005 – 2009. Documento de trabajo para la transición. Montevideo, Uruguay.

Castellanos, B; Falconier, M; (2001): La educación de la sexualidad en países de América Latina y el Caribe. UNFPA. Comisión de Educación Sexual, ANEP - CODICEN (2006): La incorporación de la Educación Sexual en el Sistema Educativo Formal: una propuesta de trabajo.

Darré, Silvana (2005): Políticas de Género y Discurso Pedagógico. La educación sexual en el Uruguay del siglo XX. Ediciones Trilce. Montevideo, Uruguay

Foucault, M. (1977): Historia de la sexualidad. Siglo XXI editores, Madrid, España.

Ley General de Educación N° 18.437. República de Uruguay, 2008

López Gómez, A; Amorín, D; Benedet, L; Carril, E; y otros (2005): Adolescentes y sexualidad, significados, discursos y acciones en Uruguay, un estudio retrospectivo 1995 – 2004. Uruguay.

Resolución N° 4, Acta Ext. N° 35 del 14 de diciembre 2005.

Stein, E.; Tommasi, M. y otros (2006): la política de las políticas públicas. Informe BID. Editorial Planeta.

UNFPA (2005): Antecedentes, situación actual y desafíos de la educación de la sexualidad en América Latina y el Caribe. México, D.F.

Zurbriggen, C. (2006): El institucionalismo centrado en los actores: una perspectiva analítica para el estudio de las políticas públicas. Revista de Ciencia Política/Volumen 26/ N°1/67 – 83.

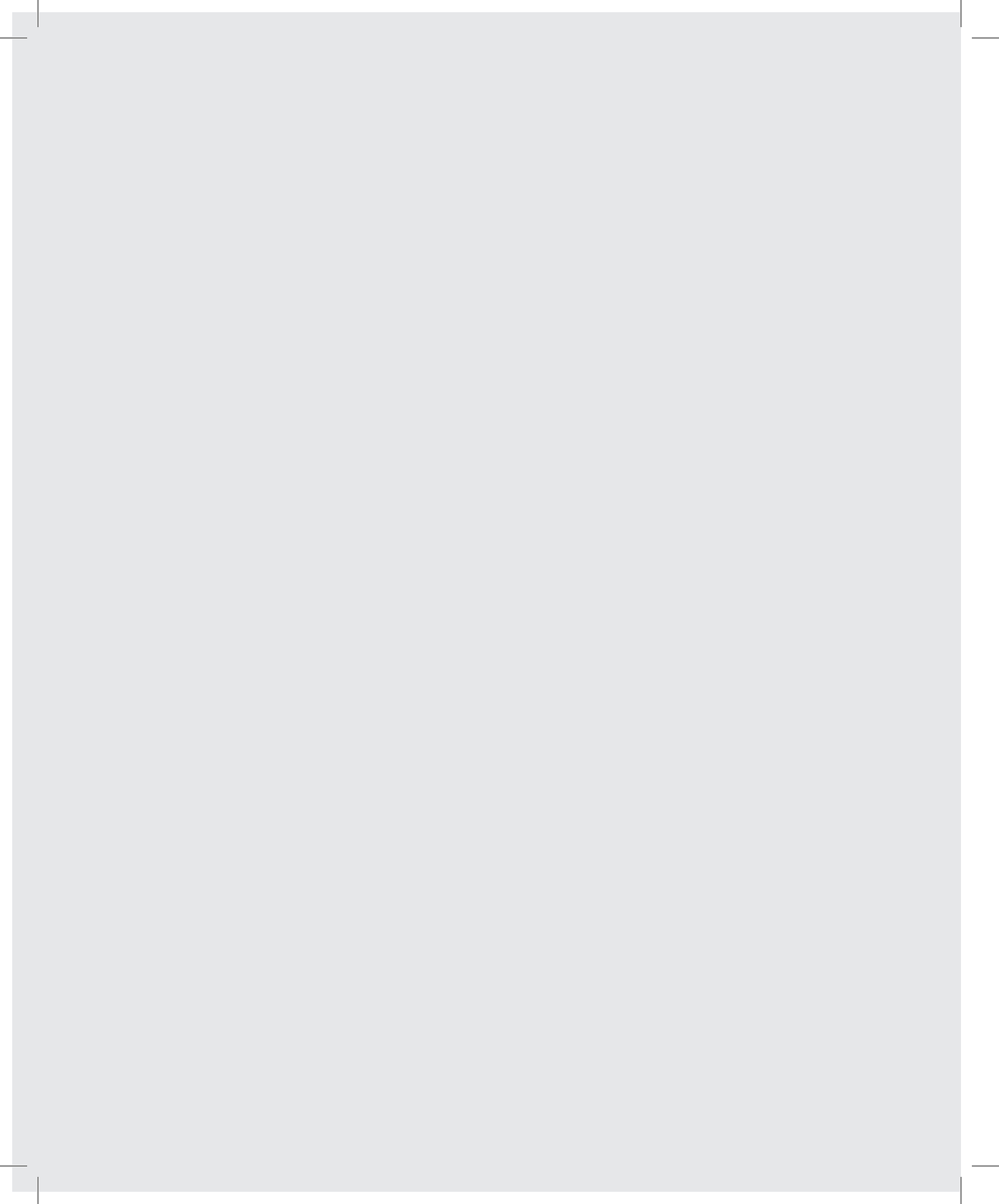




La educación sexual como política pública en Uruguay

Beatriz Abero

SECCIÓN 2



CAPITULO 8

La Educación Sexual como Política Pública en Uruguay (2010-2014)

Prof. Beatriz Abero³⁷

1. INTRODUCCIÓN

Para el análisis de algunas de las dificultades que se detectan e intentan superar en la implementación y curricularización de la Educación Sexual en el sistema educativo público uruguayo se utilizan, en esta presentación, conceptos de la Psicología Social, de la epistemología de Bachelard y de la Pedagogía Crítica.

La Psicología Social nos permite analizar una situación interactiva singular y hacer una hipótesis sobre cómo un concepto universal organiza las interacciones de los integrantes de una situación. Poniendo en evidencia los sentimientos que derivan de sus escenas inconscientes, cuyas representaciones reprimidas, olvidadas y censuradas condicionan y pautan las representaciones actuales y las acciones de los involucrados en una situación concreta y en un marco histórico-socio-cultural específico. La noción de obstáculo epistemológico, es introducida por el filósofo francés Gastón Bachelard con el objetivo de identificar y poner de manifiesto elementos psicológicos que impiden o dificultan el aprendizaje de conceptos revolucionarios al interior de las disciplinas; estos se presentan en todos los sujetos que se enfrentan a nuevas realidades las cuales se caracterizan por no tener una referencia directa a experiencias concretas. En un sistema educativo que, por otra parte, privilegia lo enciclopédico y la acumulación cuantitativa de conocimientos generales por sobre la formación de procesos mentales que permitan la investigación, estos obstáculos se configuran desde el comienzo, por la prohibición implícita de dejar la subjetividad sin objetivar. En las áreas abordadas en la Educación Sexual, un obstáculo epistemológico se configura como la carencia de una actualización de los conocimientos y procedimientos científicos.

37 Profesora de Filosofía desde 1981 (IPA). Maestranda en Género y Políticas Públicas (PRIGE-PP-FLACSO). Fue integrante de la Comisión de Educación Sexual (ANEP-CODICEN), desde 2010 a 2014.

Para la incorporación de las temáticas de sexualidad, género y derechos humanos es necesario desterrar visiones positivistas de la ciencia y comenzar a pensar desde otros marcos epistemológicos. “Los conocimientos situados son el lugar desde donde se habla. Es decir, la materialidad corporal de un sujeto modelado en un proceso histórico cultural en última instancia semiótico-“ (Adam 2006;170). Son múltiples las variables que forman parte de esa materialidad y de esa historicidad, Haraway (1995) selecciona tres en tanto son para la autora los que marcan el carácter de los que dominan y de los que son dominados, y son: *raza, género y clase social*.

Por el lado epistemofílico, hay interferencia de sentimientos obstaculizadores del procedimiento mental que se está aprendiendo, se pueden encontrar residuos de aprendizajes perturbados del pasado, en las actitudes autoritarias o negligentes de los docentes. Estas temáticas despiertan en el inconsciente sentimientos desproporcionados de vergüenza por la propia dificultad de aprender o la hostilidad hacia personajes de la propia infancia vivenciados como invasores o maltratadores.

Si a esto se suma que vivimos en una sociedad patriarcal, y entiéndase patriarcal bajo el concepto que nos brinda Marcela Lagarde: “El patriarcado es un orden social genérico de poder, basado en un modo de dominación cuyo paradigma es el hombre. Este orden asegura la supremacía de los hombres y de lo masculino sobre la inferiorización previa de las mujeres y de lo femenino” (1997:27). Esto define modelos hegemónicos de ser mujer, de ser varón, de roles de género, de identidad de género y de las expresiones de género y orientación sexual. Estos modelos definen jerarquías y desigualdades. Sin deconstruir esas concepciones es imposible trabajar en Educación Sexual desde una concepción democrática, desde una perspectiva de derechos y construcción ciudadana.

2. DESCRIPCIÓN DE LA EDUCACIÓN SEXUAL COMO POLÍTICA PÚBLICA EN URUGUAY

En Uruguay la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP) es el organismo estatal que elabora, coordina e instrumenta las políticas educativas vigentes en todo el territorio nacional. En el año 2005, este organismo, a través de su Consejo Directivo Central, crea la Comisión de Educación Sexual para elaborar una propuesta de incorporación de la temática en el sistema educativo formal, creando en el 2008 el Programa de Educación Sexual de la ANEP. Como herramienta para cumplir con los compromisos que las leyes implican, a partir del año 2008 se crea el Programa de Educación Sexual encargado de la Coordinación general, articulando las acciones con la mencionada Comisión. A partir del 2009 y en adelante, el Programa y la Comisión de Educación Sexual,

enmarcan su trabajo en el cumplimiento de los compromisos generados a partir del escenario político-institucional, que emerge de la promulgación de:

- Ley General de Educación, N° 18.437, donde se definen un conjunto de Líneas Transversales a tener en cuenta en todos los niveles educativos, explicitando en forma específica a la Educación Sexual y a otras afines como la Educación en Derechos y la Educación para la Salud ,
- Ley Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, N°18.426
- Las Declaraciones internacionales firmadas por nuestro país.

Es importante aclarar que la propuesta es elaborada y desarrollada en un marco de participación y consulta permanente a docentes, sociedad civil y otros actores institucionales relevantes.

3. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

La propuesta es planeada, construida e instalada en un ámbito de complejidad, donde se toman en cuenta los cambios socio-culturales del presente, que inciden en la realidad cotidiana de todas las personas y re-configuran las etapas vitales que involucran a las poblaciones estudiantiles del sistema educativo: infancia, adolescencia, juventud y adultos.

La incorporación de la Educación sexual es un proceso que partió de los siguientes supuestos:

- ser dinámica, flexible y diversa en su integralidad;
- estar expuesta a continuas validaciones para adecuarla a las cambiantes necesidades y requerimientos del entorno en que está inmersa y se desarrolla;
- ser capaz de rescatar la mejor historia de la docencia que en el país, forjó las bases de la convivencia democrática y del desarrollo e integración social y cultural; y
- resignificar el valor social de los profesionales de la educación, en tanto esta propuesta jerarquiza los aspectos didácticos- pedagógicos involucrados en la tarea.

Este marco teórico –conceptual, ubica a la Educación Sexual en la confluencia de vertientes conceptuales que articulan Sexualidad, Educación, Desarrollo y Salud Integral y Derechos Humanos.

3.1 Algunos enfoques y perspectivas claves

Sexualidad

“La sexualidad es una dimensión constitutiva de los seres humanos, integradora de la personalidad y en estrecha conexión con la vida afectiva, emocional y familiar de las personas que se proyecta y expresa en las relaciones sociales y en los diversos vínculos que establecen los integrantes de la sociedad en un momento histórico, económico, social y cultural determinado.” (Resolución N°4 del CODICEN (Resolución N° 4 Acta Ext. N° 35 14/12/2005).

Actualmente se ubica la sexualidad humana en tres campos o dimensiones determinadas por: “lo público”, “lo privado” y “lo íntimo”, espacios donde se generan y desarrollan, no sin conflictos, los procesos de socialización, crecimiento y incorporación de valores, comportamientos y estereotipos de género, vigentes y aceptados en la cultura. Partiendo de esta conceptualización es sustancial el abordaje integrador de la sexualidad ya que:

- constituye un eje clave del desarrollo en la infancia y adolescencia
- reconoce su papel protagónico en el proceso de organización de la identidad y subjetividades de las personas y de sus relaciones vinculares
- constituye un Derecho Humano inalienable a garantizar

Género

La categoría de género es una categoría en debate, sin embargo se asume como concepto integrador tal cual lo expresa Joan W. Scott: “El género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basado en las diferencias que se perciben entre los sexos; y es una manera primaria de significar las relaciones de poder” (1986; 91). Como categoría de análisis contiene cuatro elementos:

- los símbolos o representaciones simbólicas –múltiples y contradictorias- que se ofrecen desde la cultura
- una idea de normalidad que desde distintos discursos estipula la interpretación adecuada de dichos símbolos
- se constituye en las relaciones sociales y
- es una dimensión subjetiva, o sea la apropiación social y singular que hacen los sujetos respecto de los significados que la cultura ofrece, mediante su pasaje por las instituciones familiares y educativas. (Scott, 1986)

Identidad Sexual

La constitución de las identidades sexuales es un proceso dinámico y complejo que se extiende a lo largo de toda la vida. Define una buena parte de la condición subjetiva de las personas y hace posible reconocerse, aceptarse, asumirse y actuar como seres sexuales.

En este sentido la educación sexual incorporada al sistema educativo formal pretende integrarse al proceso de construcción de subjetividades, aportar al autoconocimiento, la autoconciencia y la reflexión; hacer posible un tránsito más responsable y autónomo.

Se señalan tres componentes de la identidad sexual:

- Identidad de género: convicción íntima y profunda que tiene cada persona acerca de su pertenencia sexual independientemente de sus características cromosómicas o somáticas.
- Rol de género: expresión de femineidades o de masculinidades que presenta una persona, de acuerdo con las normas de la cultura de su grupo y/o sociedad.
- Orientación sexual: refiere a la orientación del deseo de cada persona para establecer vínculos erótico-genitales.

Derechos Humanos

La vigencia de los Derechos Humanos, depende, en buena medida, de la existencia de un orden jurídico que los reconozca y garantice. Los derechos fundamentales han seguido una evolución histórica que puede ser descrita, según Bobbio (1960), a través de los siguientes procesos: positivación, generalización, internacionalización y especificación. Siendo este último proceso el que permite la extensión y definición de reconocimientos de derechos a sectores específicos, como mujeres, niños, adolescentes, minorías vulnerables y excluidas de diversa índole.

Uruguay ratificó en 1990 La Convención de Derechos del Niño la que posee jerarquía constitucional. En el entendido de la Protección del Interés Superior del Niño, se considera:

- la condición de sujetos de derecho de niñas, niños y adolescentes.
- los derechos sexuales de niñas, niños y adolescentes
- el derecho de las/os niñas, niños y adolescentes a recibir información, a ser oídos y a formarse su propia opinión.

Por su parte, a nivel nacional se aprobó la Ley General de Educación N° 18.347 la cual ha reafirmado los derechos humanos como uno de los principios fundamentales de la educación nacional. En ella se reconoce a la educación como derecho humano fundamental (art. 1), establece que la misma debe estar orientada hacia, entre otros valores, a la vigencia de los derechos humanos (art. 3); ubica a los mismos como referencia para el ejercicio del derecho a la educación (art. 4), incluye como principios asegurar los derechos de los colectivos minoritarios o en especial situación de vulnerabilidad, la igualdad de oportunidades y la inclusión social (art. 8) y la participación (art. 9). También se establecen en su art. 13 como fines de la política educativa nacional, entre otros, la promoción de la justicia, la solidaridad, la libertad, la inclusión social, la formación de personas reflexivas, autónomas, solidarias, no discriminatorias, la promoción de la pluralidad de expresiones culturales, la búsqueda de soluciones alternativas en la resolución de conflictos y una cultura de paz y de tolerancia. En su capítulo IV al señalar los “principios de la Educación Pública Estatal”, en el art. 18 “(de la igualdad de oportunidades o equidad) se establece que “El Estado brindará los apoyos específicos necesarios a aquellas personas y sectores en especial situación de vulnerabilidad, y actuará de forma de incluir a las personas y sectores discriminados cultural, económica o socialmente, a los efectos de que alcancen una real igualdad de oportunidades para el acceso, la permanencia y logro de los aprendizajes. Asimismo, estimulará la transformación de los estereotipos discriminatorios por motivos de edad, género, raza, etnia u orientación sexual.” Fija a su vez, en el art. 40, entre otras líneas transversales para el Sistema Nacional de Educación, a la educación en derechos humanos, la educación para la salud y la educación sexual.

El Estado a través del Sistema Educativo, debe garantizar estos derechos, promoverlos y proteger a los más vulnerables. Una forma de cumplir con esa obligación, es hacer avanzar y profundizar la Educación Sexual.

Diversidad

El modelo hegemónico en nuestra cultura patriarcal, sustenta la concepción binaria y heterosexual. Esto implica respetar los derechos de quienes responden a ese modelo y vulnerar los derechos de quienes no poseen esos rasgos preestablecidos. Como consecuencia de la hegemonía de ese modelo, se producen en las aulas, situaciones y/o episodios, no sólo de exclusión, sino también de violencia.

La Comisión y el Programa han promovido el trabajo y la formación de los docentes en el marco de una concepción que aborda las diversidades producidas, existentes en nuestra sociedad y reconoce en consecuencia los derechos correspondientes.

Salud integral y autonomía

Se promueve la construcción de una imagen corporal sana, valorizada, cuidada, reconocida y aceptada, y una cultura del cuidado en Salud como derecho y garantía de protección y equidad entre todas las personas. Analizar los procesos de construcción de subjetividades y hacer foco en los agentes de transformación, es sustancial para pensar qué sucede con la educación, la sexualidad y la salud, en el campo educativo formal. En esta construcción conceptual, en relación a la salud, cobran relevancia aquellos factores protectores, que contrariamente a los de riesgo, previenen o protegen ante situaciones adversas.

Se incorpora el concepto de Desarrollo al de Salud Integral, con lo que se enriquece y profundiza el valor de la Educación en la construcción de la calidad de vida de las personas. Desde donde se construye una visión positiva y productiva de la salud, que facilita la promoción de la salud en determinados momentos y contextos del desarrollo personal. Esta postura promueve la adquisición de los recursos necesarios para hacer frente a los riesgos a los que se enfrentarán en su vida cotidiana, mucho más que a intentar evitar enfrentar esos riesgos. Se trata de promover las condiciones de autoestima, asertividad, información, habilidades de comunicación y negociación, para que los estudiantes resuelvan saludablemente las situaciones a las que cotidianamente todos estamos expuestos.

Educación

Destaca Foucault que el ejercicio del poder crea conocimiento y que el conocimiento induce, a la vez, efectos de poder. Todo discurso, en lo dicho o lo no dicho, implica supuestos tácitos, consecuencias insospechadas, ocultas en cuestiones éticas y epistemológicas. “Todos los discursos son portadores de efectos del poder”, afirma Peter McLaren, (1994; 17-20) y señala la necesidad de trazar una visión de la sociedad que coloque a los maestros como trabajadores de la cultura: “como productos y, al mismo tiempo, como productores de la historia en la lucha contra la profunda inquietud moral y política que actualmente nos rodea”. Entendiendo además que “los estudiantes no ingresan desnudos en la dinámica corriente de la historia. Se hallan siempre investidos de las disposiciones del lenguaje y del poder”. (1994:17-20)

No tener una política educativa en Educación Sexual fue, durante muchos años en nuestro país, un modo de posicionamiento, una política en sí misma. Y eso también tuvo lugar en las aulas, donde lo “no dicho”, las prácticas instituyentes, concretas, que conforman el denominado algunas veces “currículum oculto”, construyeron y construyen aún subjetividades, generan consecuencias en el ejercicio de derechos y en definitiva legitiman y promueven la desigualdad social. Tematizar en educación sobre estos problemas es de fundamental importancia no solo para la educación sino también para la sociedad.

Sin embargo no todos los abordajes apuntan a los objetivos antes señalados; por un lado, hay modelos concretos en educación que habilitan reduccionismos legitimados por la tradición, y por otro, hay formaciones deficitarias, tanto académica como ideológicamente, para abordar desde una mirada multidimensional lo referente a sexualidades, derechos, femineidades, masculinidades, de modo que se podrían configurar, estos plurales, en una dificultad en sí mismos. Todo ello justifica no sólo el seguimiento y la evaluación del proceso, sino también la actualización y profundización de la formación del cuerpo docente. Abordar la educación en esta transversalidad e integralidad contribuirá al desarrollo de individuos habilitados para la apropiación del conocimiento, como herramienta de transformación.

4. SITUACIÓN ACTUAL DE LA EDUCACIÓN SEXUAL EN EL SISTEMA EDUCATIVO URUGUAYO

Al día de hoy la Educación Sexual en el sistema educativo se curriculariza e implementa de la siguiente manera:

EN FORMACIÓN DOCENTE: se dicta un seminario curricular obligatorio en el Núcleo de Formación Profesional Común (NFPC) del plan 2008, para formación de Maestros, Profesores y Maestros Técnicos en todo el país. Se realizan año a año en todos los institutos y centros cursos extracurriculares para estudiantes de todo el país, en temáticas específicas como Mapa de Ruta de maltrato y abuso infantil y temáticas relativas a Derechos Humanos y Género. Se actualiza y profundiza año a año la formación de los docentes responsables de la Educación Sexual en Formación Docente. Desde el 2014, se realiza en el Instituto de Perfeccionamiento y Estudios Superiores (IPES) la segunda actualización de post-grado en Educación Sexual para docentes.

EN EDUCACIÓN INICIAL Y PRIMARIA: se incorpora en el diseño curricular a través del Programa de Educación Inicial y Primaria del año 2008. Se designan inspectores regionales y se profundiza la formación de los docentes a través de la Formación en Servicio.

EN EDUCACIÓN SECUNDARIA: se incorpora en primeros, segundo y terceros años de Ciclo Básico y 1er año de Bachillerato, en todas sus modalidades: diurnas, nocturnas, extra- edad, urbanas y rurales. Está a cargo de un/a Profesor/a Referente en Educación Sexual quien trabaja, en forma transversal, con docentes de las diferentes asignaturas en cada centro liceal, además de hacerlo con madres, padres o representantes de adolescentes y en Talleres específicos con estudiantes. Referentes que se encuentran ordenados en listas departamentales, cumplen 10 horas semanales de labor por cada liceo.

EN EDUCACIÓN TÉCNICO PROFESIONAL: actualmente la asignatura se dicta en talleres curriculares de dos horas semanales en los primeros y segundos de Ciclo Básico

Tecnológico. Se cuenta a partir del 2012 con un docente referente en todas las Escuelas Agrarias con 4 horas semanales y en 13 Escuelas Técnicas con 4 y 6 horas semanales. Esta nueva figura trabaja de forma transversal con otros docentes en el aula y en talleres con la comunidad educativa.

El Programa de Educación Sexual profundiza sus tres líneas estratégicas:

- Formación de docentes de todos los subsistemas, coordinando con las respectivas comisiones.
- Producción de conocimientos (publicación de la investigación “El derecho de las niñas, niños, adolescentes y jóvenes con discapacidad a la educación sexual integral: un aporte a la inclusión”).
- Centros de Referencia y Grupos Departamentales Se realiza un acompañamiento y articulación de las actividades de los centros educativos, en cada uno de los departamentos del país y la redefinición de los roles, acciones y actividades de los grupos departamentales (integrados por los distintos sub-sistemas de ANEP y otros actores estatales y no estatales). Ambas actividades se llevan adelante en coordinación con el Programa de Educación Sexual de la ANEP.

La Ley General de Educación, N° 18.437 en su artículo 40 inciso H, establece la Educación Sexual como una de las líneas transversales a todo el Sistema Educativo, por lo tanto el Programa de Educación Sexual y la Comisión de Educación Sexual actualmente, señalan dos objetivos fundamentales a desarrollar:

- La profundización y la extensión de la implementación de la Educación Sexual, en todas sus dimensiones, en el sistema educativo nacional.
- La elaboración y coordinación de líneas estratégicas a nivel nacional que permitan desplegar acciones interinstitucionales, potenciando los recursos locales.

Para ello es necesario avanzar en acciones que permitan:

- Continuar el monitoreo de la implementación y la formación en términos de perfeccionamiento y actualización para todos los docentes del sistema educativo.
- Producir y distribuir material didáctico.
- Desarrollar y fortalecer los “Grupos Departamentales”, establecidos en la Resolución N° 1 del Acta Extraordinaria N° 35 del CODICEN, de fecha 16 de noviembre de 2006.
- Profundizar y acompañar el desarrollo y fortalecimiento de las acciones de los Centros de Referencia de cada uno de los departamentos del país.
- Articular acciones con otros programas de la ANEP.

Actividades interinstitucionales

A partir de la promulgación de la Ley N° 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva y de los compromisos generados por la Ley de Educación N° 18.437 en lo relativo a las líneas transversales y las Declaraciones Internacionales refrendadas por nuestro país, se firma entre la ANEP y el MSP un convenio marco en torno a Derechos Sexuales y Reproductivos. El mismo permite llevar adelante acciones de información y sensibilización, las que son abordadas desde una perspectiva de género, derechos humanos y promoción de salud. En articulación con el Instituto Nacional de las Mujeres (Mides) y la Dirección de Derechos Humanos de la ANEP, se trabaja en la implementación de la Red de Género de la ANEP.

En la profundización y actualización de la formación se articula el trabajo con Institutos y Cátedras de la Universidad de la República.

4. LA INSTITUCIONALIDAD COMO UNA RESISTENCIA

Por las consideraciones anteriores es claro que la formación de los docentes es clave en la incorporación de las temáticas de sexualidad, género y derechos humanos, podríamos ahora decir de todas aquellas que implican la no discriminación y la promoción de igualdad. Desde el año 2005 queda claro que es una aspiración del cuerpo docente y de otros sectores académicos, la constitución de una Universidad Pedagógica, o si se quiere en su expresión más tibia del necesario carácter universitario de la formación docente. Las universidades son instituciones claves en el sistema de educación superior en términos de contribuir a resolver los compromisos complejos de la sociedad, por eso, para nuestro ámbito, una Universidad sería la responsable de implementar una formación docente humanística, científica y tecnológica vinculada a la realidad nacional y regional. El carácter universitario jerarquiza la profesión, por el tipo de formación que implica. La creación de una Universidad, responde a la necesidad de unificar y ampliar la formación de los profesionales de la educación y de asumir la profesión con los rasgos que la definen como tal (autonomía, responsabilidad social y control del propio trabajo; libertad de pensamiento, capacidad de crítica y autocrítica, capacidad de cambiar creencias no sólo en el ejercicio de la profesión, manejo de conocimientos sólidos, generación de lazos de cooperación con los demás docentes y una ética compartida. Esta institucionalidad permite producir conocimiento nacional en el campo educativo, repensando saberes y formas de hacer desde una perspectiva crítica, recurriendo a referentes empíricos para contrastar teoría y práctica y producir reformulaciones teóricas. Contribuye a democratizar el acceso a la cultura y al conocimiento en todas sus manifestaciones, promoviendo situaciones educativas de reflexión crítica y producción de conocimiento teórico práctico, Genera ámbitos de reflexión y análisis sobre la Educación, sus temáticas, problemáticas y tensiones.

Garantiza, a través de la investigación, el diseño y desarrollo de la producción de conocimiento que articule, en el caso específico de la Educación Sexual, el trabajo de los centros de referencia y documentación y los Grupos Departamentales con las problemáticas generales. Permitiría abordar desde allí las acciones de extensión en el establecimiento y desarrollo de relaciones dialógicas en la sociedad con el fin de trabajar juntos en la definición, abordaje y superación de las diversas problemáticas sociales a partir de la construcción conjunta de demandas. Esto sin duda implica un cambio en la institucionalidad de la formación docente, cambio que ha sido, sin duda, resistido por múltiples actores de la realidad nacional entre ellos el sistema político. Por otra parte es necesario seguir profundizando las acciones en los diversos subsistemas, generando institucionalidad específica que garantice permanencia, estabilidad, mayor carga horaria y recursos específicos. Tenemos que continuar el trabajo con los emergentes que se presentan diariamente en las instituciones educativas pero a la vez hay que generar estrategias institucionales que involucren a toda la comunidad en forma sistemática para poder superar las resistencias resultantes de un largo proceso de constitución de la institucionalidad educativa. También el aula debe ser concebida de manera tal de poner al alcance del estudiante las diversas visiones que están en juego en términos de diálogo y debate democrático.

En ese sentido hay que concebir el aula y la institución educativa como:

- un espacio de tensión de deseos.
- un espacio de tensión de poderes,
- tensiones que se modifican pero no se eliminan, y
- un espacio donde ocurre permanentemente una deconstrucción y construcción de significados.

5. REFLEXIONES FINALES

Pretendemos enmarcar la Educación Sexual en un planteo teórico-pedagógico habilitante, de una educación centrada en “insertar la construcción del significado en el mundo de la vida de quienes toman parte en la educación y en la especificidad de las tendencias históricas y de las formas culturales que dan configuración a su subjetividad”. Lo que significa poner “a los individuos en condiciones de investigar su realidad y las circunstancias sociales que determinan su vida cotidiana” (Peter McLaren, 1994:28)

Las visiones afines hoy a los procesos de necesaria transformación implican, desde este punto de vista, desnaturalizar la binariedad, tomar distancia de la adscripción presente al sistema hegemónico sexo-género, en definitiva abrir a nuevas ontologías ajenas a la legitimación de la heterosexualidad como única opción, y más aun, a formas específicas de esa heterosexualidad. Abandonar la idea de que hay identidades que pueden ser re-

conocidas y otras que deben ser excluidas, en relación al género, tal como se entiende desde la concepción hegemónico-patriarcal. La binariedad consolidada a través de la categoría de género, por un lado, y la legitimación del deseo heterosexual –y de una forma específica de él- como única opción, por otro; “borran” la diversidad a la que esa categoría debiera describir, reduciéndola a ciertos modos de “ser mujer” o “ser varón” acordes con su descripción, haciendo ilegible toda vida que no cumpla con estos requisitos. En las nuevas perspectivas, por el contrario, lo único que hay son cuerpos que ya están contruidos culturalmente. Es decir, no hay posibilidad de un sexo “natural”, “biológico”, porque cualquier acercamiento teórico, conceptual, cotidiano o trivial al sexo se hace a través de la cultura y de su lengua.

Butler (2006) entiende que el sexo-género es un resultado, una parodia. No debe ser descriptivo, ni expresivo, ni prescriptivo. La sexualidad y el sexo no son naturales, sino que deben ser definidos en términos culturales. De modo tal que son las construcciones (narrativas) genéricas las que constituyen los sexos. Como afirma Foucault (2003; 2) “la función determina el sexo y no a la inversa”. Por tanto, no hay identidad de género por debajo de las expresiones *performativas* de género. Sólo hay “disciplinamiento heterosexual del deseo.”

Para Bourdieu los conceptos de género se han establecido como un conjunto objetivo de referencias, estructurando concreta y simbólicamente la percepción y la organización de toda la vida social. “La di-visión del mundo, basada en referencias a diferencias biológicas y sobre todo a las que se refieren a la división del trabajo de procreación y reproducción, actúa como la mejor fundada de las ilusiones colectivas” (1980;103). Lo más complejo, en el campo de la educación, sin embargo, quizá sea su repercusión subjetiva, o sea, la apropiación singular que los sujetos realizan de esta di-visión. Por ello, es necesario colocar en el centro de la cuestión al sujeto.

En la medida que los modelos hegemónicos de género, implican junto con el reconocimiento que confieren, “deshacer” a la persona al reconocerle -según la posesión o no de ciertos rasgos preestablecidos-, el reconocimiento brindado, es productor en las aulas, no sólo exclusión, sino también de violencia. La pregunta es ¿podemos efectivamente trabajar hacia subjetividades críticas y ciudadanos participativos y comprometidos, sin deconstruir en los docentes y estudiantes los elementos constitutivos de la concepción hegemónica en torno al género, la sexualidad y el patriarcado? Estamos trabajando sobre la hipótesis de que no es posible y por lo tanto generando una política de formación y debate que ponga en cuestión dichas concepciones.

Asumimos el compromiso en el entendido de que, ingresar la complejidad y la diversidad en las aulas, sin que se investigue y analice el modo en que la diferencia o la diversidad se constituyen en *opresivas relaciones asimétricas de poder*, como señala Giroux “suele revelar un romanticismo ingenuo y una exorcización de “*lo otro*” (1992; 62)”, que a la vez que peligrosas son ajenas al propósito de la presente reflexión.

REFERENCIAS

- Abero, B. y Perez I. (2013). "Jóvenes su educación y desarrollo" Cap 3 En: La Educación Sexual: Democracia y Ciudadanía. Montevideo: Camus Ediciones.
- Adán, C. (2006) Feminismo y Conocimiento. De la experiencia de las mujeres al Cyborg. La Coruña: Edicións Espiral Maior. Spirilia Ensayo.
- Bachelard, Gastón. (1981) El nuevo espíritu científico. México: Editorial Nueva Imagen.
- Bourdieu, P. (1980) Le sens pratique, Paris
- Butler, J. (2003). Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del sexo, Buenos Aires: Paidós Ibérica
- Butler, J. (2006) Deshacer el género, Barcelona: Paidós Ibérica.
- Butler, J. (2007). El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad, Barcelona: Editorial Paidós.
- CODICEN. Comisión Educación Sexual (2006) "La Incorporación de la Educación Sexual al sistema educativo formal. Una propuesta de trabajo", Montevideo.
- Foucault, M. (2003) Historia de la sexualidad. Buenos Aires: XXI Editores.
- Harding, S. (2002). "¿Existe un método feminista?" En Bartra E. (compiladora), Debates en torno a una metodología feminista, México: PUEG/UAM Xochimilco.
- Haraway, D. (1995). Ciencia, ciborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza, Madrid: Editorial Cátedra.
- Mc Laren, P. (1994). Pedagogía Crítica, resistencia cultural y la producción del deseo, Buenos Aires: Aiqué Grupo Editor.
- Poder Legislativo (2008). Ley General de Educación 18.437. Montevideo.
- Poder Legislativo (2008). Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva 18.426, Montevideo.
- Scott, Joan W. (1986). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En Lamas, M. (Comp.): El género: la construcción cultural de la diferencia sexual, México: PUEG, UNAM.



Anexos





Tabla nº 1: Relevamiento de producción científica sobre adolescencia y sexualidad en Uruguay (2005-2014).

INSTITUCIÓN	TIPO	TITULO	AÑO	FECHA LUGAR	AUTOR/A	EDITORIAL
Universidad de la República	Artículo	Factores culturales asociados a las conductas sexuales en estudiantes universitarios de Uruguay y España: Estudio Preliminar	2014	Montevideo, 2014	Bagnato. M.J; Jenaro. C; Flores. N; Guzmán.K	Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad, 4 (1), Facultad de Psicología
Universidad de la República	Artículo	Qué saben las adolescentes acerca de los métodos anti-conceptivos y cómo los usan. Estudio en una población adolescente de Piedras Blancas	2006	Montevideo, 2006	de Dios Moccia, A; Medina Milanesi, R	Revista Médica del Uruguay 22; 185-190
Red Uruguay contra la Violencia Doméstica y Sexual	Documento de trabajo	Maltrato y Abuso Sexual en la Infancia y Adolescencia	2013	Montevideo, 2013	Batista. M; Lacasa. C; Navarro. G	RUCVDS
Ministerio de Desarrollo Social	Documento de trabajo	Políticas Públicas y diversidad sexual. Análisis de la heteronormatividad en la vida de las personas y las instituciones. Informe final	2013	Montevideo, 2013	Gainza. P	MIDES
Ministerio de Desarrollo Social	Documento de trabajo	Necesidades educativas de madres adolescentes. Una mirada comunitaria, 2010.	2010	Montevideo, 2010	Silva Laguardia, M., Pérez, P y Escobar, M.	

Ministerio de Desarrollo Social	Documento de trabajo	Adolescencia y juventud en Uruguay: elementos para un diagnóstico integrado. Viejas deudas, nuevos riesgos y oportunidades futuras	2009	Montevideo, 2009	Rossel, C.	INJU, MIDES
Universidad de la República	Documento de trabajo	Los Jóvenes en Uruguay: Salud y Redes Sociales Uruguay 2004	2005	Montevideo, 2005	Ferre, Z; González, C; Rossi, M; Triunfo, P	Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República
Ministerio de Salud Pública	Presentación en evento	Estado de la situación sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en Uruguay	2011	Montevideo, 2011	Bayer; MSP	Equipos Mori / Ministerio de Salud Pública
Mujer y salud en Uruguay	Libro	Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres adolescentes uruguayas	2014	Montevideo, 2014	López. A; Fernández. V	Observatorio Nacional en género y salud sexual y reproductiva en Uruguay. MYSU
Universidad de la República	Libro	Montevideanxs. Textos diversos en torno a los resultados de la investigación exploratoria "Derechos, jóvenes LGBT y VIH/sida".	2011	Montevideo, 2011	Cavalleri, F., Meré, JJ, ModzelewskiH, Freitas, P., Puiggrós, M, Leoni Birriel, M., Domínguez, S., Calvo Núñez, M.	Colección Interdisciplinarias 2012. Universidad de la República, Espacio Interdisciplinario
Universidad de la República	Libro	Salud sexual y reproductiva en adolescentes y participación comunitaria juvenil	2011	Montevideo, 2011	Barrios, A., Canetti, A., Cortázar, M., López Gómez, A., Rey G.	Comisión Sectorial de Educación Permanente, Universidad de la República. Editorial BiblioMédica

ANEP	Libro	El cuidado de sí en niñas, niños y adolescentes	2010	Montevideo, 2010	Darré, S	ANEP
Universidad de la República y Ministerio de Desarrollo Social. INJU	Libro	Jóvenes y políticas sociales en foco	2010	Montevideo, 2010	Filardo, V	INJU
Ministerio de Desarrollo Social. INJU	Libro	Uruguay: jóvenes y adolescentes dicen. Informe ENAJ 2008	2009	Montevideo, 2009	Autores varios	Ministerio de Desarrollo Social
Ministerio de Salud Pública	Libro	Miradas diversas sobre jóvenes, sexualidad y vih/sida: pistas para la acción	2009	Montevideo, 2009	Vidal, J; Osimani, M; Belamendia, M; Grunbaum, S; Meré, J	Ministerio de Salud Pública
Universidad de la República.	Libro	Mujeres y varones adolescentes en situación de embarazo en los servicios de salud	2009	Montevideo, 2009	Benedet, L. y Ramos Brum, V	Universidad de la República, CSIC
Ministerio de Desarrollo Social	Capítulo de libro	Percepciones de los/as jóvenes sobre violencia doméstica, violencia de género en el noviazgo y abuso sexual.	2009	Montevideo, 2009	Rostagnol, S (coord.)	En: No era un gran amor. 4 investigaciones sobre violencia doméstica Instituto Nacional de las Mujeres

Fuente: elaborado por Alejandra López y cols para esta publicación

Tabla nº 2. Relevamiento de publicaciones sobre fecundidad adolescente, maternidad y paternidad en adolescentes en Uruguay (2005-2014)

TIPO DE PUBLICACIÓN	INSTITUCIÓN	TÍTULO	FECHA Y LUGAR	AUTOR/A	EDITORIAL
Capítulo de libro	Facultad de Ciencias Sociales y Facultad de Psicología, Udelar.	Significados de maternidad y paternidad en adolescentes de estratos bajos y medios de Montevideo	2006, Montevideo, Uruguay	Amorín, David; Carril, Elina y Varela, Carmen	Trilce

Capítulo de libro	Facultad de Ciencias Sociales, Udelar.	La fecundidad: evolución y diferenciales en el comportamiento reproductivo	2008, Montevideo, Uruguay	Varela, Carmen; Pollero, Raquel y Fostik, Ana	Trilce
Documento de Trabajo	Facultad de Ciencias Sociales, Udelar.	Maternidad y fecundidad en el Uruguay: a quince años de "El Cairo"	2009, Montevideo, Uruguay	Varela, Carmen	Unidad Multidisciplinaria
Artículo científico	Facultad de Ciencias Sociales, Udelar.	Maternidad Adolescente en el Uruguay: ¿transición anticipada y precaria a la adultez?	2011, Río de Janeiro, Brasil	Varela, Carmen y Fostik Ana	Revista de la Asociación Latinoamericana de Población, Año 5, N° 8
Ponencia en congreso arbitrado	Facultad de Ciencias Sociales, Udelar.	Jóvenes de hoy, adolescentes de ayer en el Uruguay: maternidad y desempeños (presentado en el V Congreso de ALAP y en proceso de evaluación de revista arbitrada)	2012, Montevideo, Uruguay	Varela, Carmen y Lara, Cecilia	
Cuaderno de trabajo	Facultad de Ciencias Sociales, Udelar.	Maternidad en la Juventud y desigualdad social (Cuaderno N° 6)	2012, Montevideo, Uruguay	Varela, Carmen, Fostik, Ana y Fernández, Mariana	Fondo de Población de Naciones Unidas
Informe	MYSU	Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres adolescentes uruguayas	2013, Montevideo, Uruguay	Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva, con el apoyo de UNFPA y OMS	MYSU
Artículo científico	Facultad de Ciencias Sociales, Udelar.	El rol de la paternidad en la transición a la adultez entre los varones jóvenes uruguayos	2014, Santiago de Chile, Chile	Fostik, Ana, Fernández, Mariana y Varela, Carmen	CELA-DE-CEPAL
Ponencia en congreso arbitrado	Facultad de Ciencias Sociales, Udelar.	Fecundidad adolescente en Uruguay: ¿la pobreza como umbral de resistencia al descenso? (presentado en el VI Congreso de ALAP y seleccionado para el e-book de ALAP)	2014, Lima, Perú	Varela, Carmen, Lara Cecilia y Tenenbaum, Mariana	

Libro	Facultad de Ciencias Sociales, Udelar.	La fecundidad en el Uruguay (1996-2011): desigualdad social y diferenciales en el comportamiento reproductivo (Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay, Fascículo 3)	2014, Montevideo, Uruguay	Varela, Carmen, Pardo Ignacio, Lara Cecilia, Nathan, Mathías y Tenenbaum, Mariana	Trilce
Ponencia en congreso arbitrado	Facultad de Ciencias Sociales, Udelar.	Maternidad y paternidad en la juventud temprana en el Uruguay (presentado en el VI Congreso de ALAP)	2014, Lima, Perú	Varela, Carmen; Fostik, Ana y Fernández Mariana	

Fuente: elaborada por Carmen Varela y Cecilia Lara para esta publicación

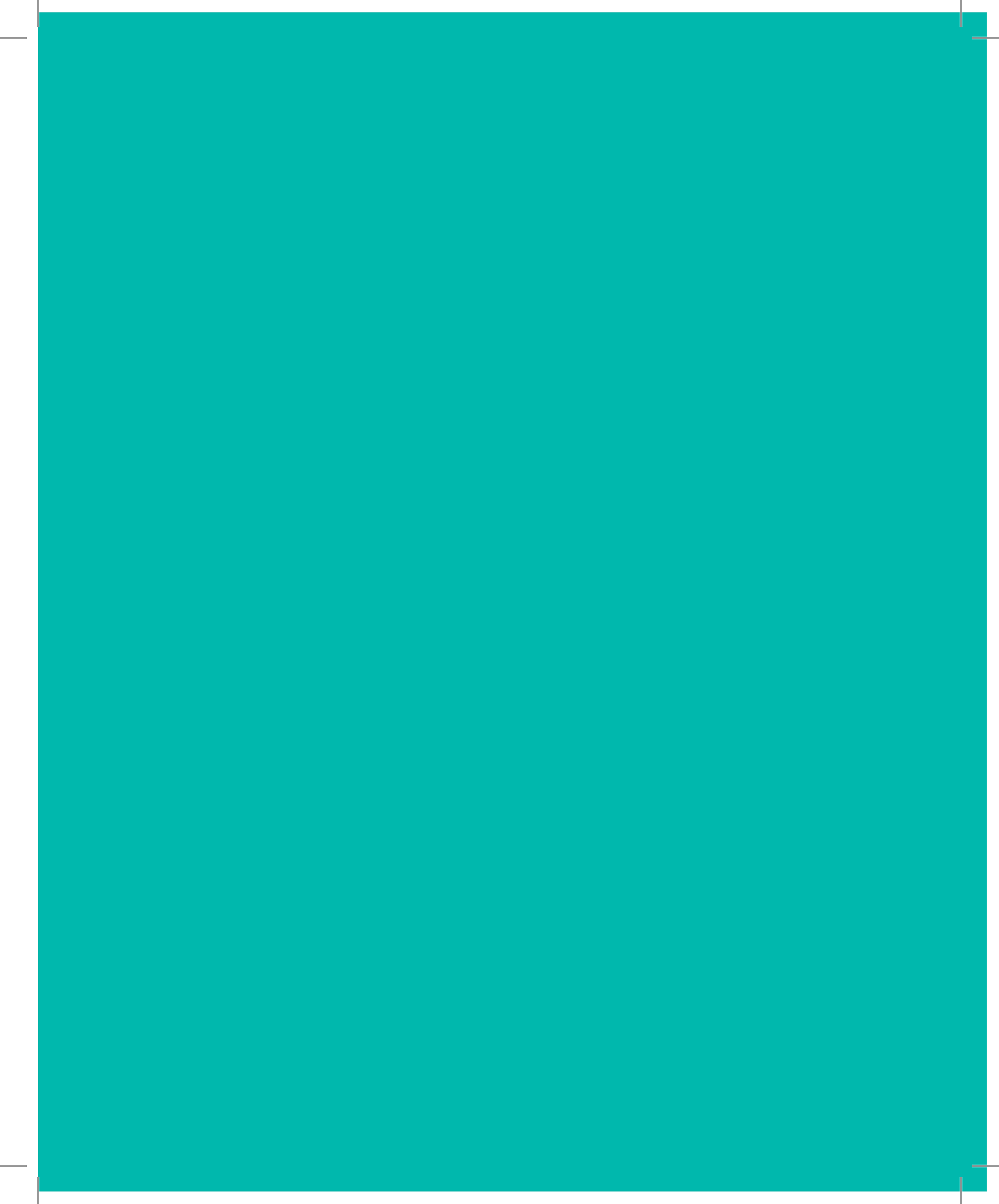














UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Instituto de
**PSICOLOGÍA
DE LA SALUD**
*Programa Género, Salud
Reproductiva y Sexualidades*