

# ***Estrategia intersectorial de prevención del embarazo no intencional en adolescentes***

Documento Fase I  
Mayo 2017

**Uruguay**  
**2016 – 2020**



## **AUTORIDADES**

### **Ministerio de Salud Pública**

Jorge Basso

Ministro

Cristina Lustemberg

Subsecretaria

Jorge Quian/ Director General de Salud

Raquel Rosa/ Subdirectora General de la Salud

Silvia Graña/Asesora Responsable del Área Programática de Salud de Adolescencia y Juventud

Claudia Romero/ Asesora Responsable del Área Programática de Niñez

Ana Visconti/ Asesora Responsable del Área Programática Salud Sexual y Salud Reproductiva

Rafael Aguirre/ Asesor Responsable del Área Programática Salud Integral de la Mujer

Irene Petit/ Asesora Responsable del Área del Área Programática de Violencia de Género y Generaciones

### **Ministerio de Desarrollo Social**

Marina Arismendi

Ministra

Ana Olivera

Subsecretaria

Mariella Mazzotti/ Directora Instituto Nacional de las Mujeres

Santiago Soto/ Director Instituto Nacional de la Juventud

Matías Rodríguez / Director Nacional de Políticas Sociales

Federico Graña/ Director Nacional de Promoción Sociocultural

Pablo Mazzini/ Director de Uruguay Crece Contigo

### **Ministerio de Educación y Cultura**

María Julia Muñoz

Ministra

Edith Moraes

Subsecretaria

Ana Gabriela González Gargano/ Directora General de Secretaría

Rosita Inés Angelo/ Directora de Educación

Sergio Mautone/ Director Nacional de Cultura

Glenda Rondán/ Directora Nacional de Centros MEC

**Administración Nacional de Educación Pública**

Wilson Netto

Presidente

Irupé Buzzetti / Directora General Consejo de Educación Inicial y Primaria

Celsa Puente / Directora General de Educación Secundaria

Nilsa Pérez/ Directora General de Educación Técnico Profesional

María Lopater /Directora General de Formación en Educación

**Administración de Servicios de Salud del Estado**

Susana Muñiz

Presidenta

Mauricio Ardús

Vicepresidente

**Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay**

Marisa Lindner

Presidenta

Fernando Rodríguez/ Director

Dardo Rodríguez/ Director

**Oficina de Planeamiento y Presupuesto**

Álvaro García

Director

Martín Dibarboure

Subdirector

## **ELABORACIÓN DE CONTENIDOS**

### **Grupo de trabajo de elaboración de la Estrategia:**

#### **MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MSP)**

##### **Dirección General de la Salud**

Wilson Benia

##### **Subsecretaría**

Nora d'Oliveira

##### **Área Programática de Salud de Adolescencia y Juventud**

Silvia Graña, Andrea Fabbiani y Lorena Quintana

#### **MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA (MEC)**

##### **Dirección de Educación - Primera Infancia**

Denise Courtoisie

##### **Subsecretaría**

Federico Medina

#### **MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL (MIDES)**

##### **Dirección Nacional de Políticas Sociales**

Melisa Sánchez y Fernanda Ferrari

##### **Dirección Nacional de Promoción Sociocultural**

Micaela Melgar y Nairí Aharonián

##### **Dirección Uruguay Crece Contigo**

Gabriela González

##### **Instituto Nacional de la Juventud**

Nicolás Fiori, Alexandra Lizbona y Verónica Galizia

##### **Instituto Nacional de las Mujeres**

Valentina Caputi

#### **ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE EDUCACIÓN PÚBLICA (ANEP)**

##### **Comisión de Educación Sexual**

Diego Rossi y Yannine Benitez

##### **Estrategia Territorios Socioeducativos**

Rita Ferrari y Fernando Ubal

#### **ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO (ASSE)**

Natalia Pérez y Susana Grunbaum

##### **Red de Atención Primaria**

Yeni Hortonedá

##### **Centro Hospitalario Pereira Rossell**

Verónica Fiol

**INSTITUTO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE DEL URUGUAY (INAU)**

Elena Antelo y Nancy Lema

**OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO (OPP)**

Mariana González Pérez

**FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA)**

Valeria Ramos

**Colaboradoras/es:**

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

**Área Programática de Salud Mental**

Ariel Montalbán, María Porteiro, Denisse Dogmanas, Carolina Fernández y Cristina Moreira

**Área Programática de Salud Sexual y Salud Reproductiva**

Ana Visconti, Agustín Bergeret y Cristina Espasandín

**Área Programática Salud Integral de la Mujer**

Rafael Aguirre

**Área Programática de Violencia de Género y Generaciones**

Irene Petit, Estela de Armas y Carla Bellini

**Área Programática de Niñez**

Claudia Romero y Gabriela Amaya

**Área de Atención en Género**

Cristina Grela

**MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA**

**Dirección de Educación - Departamento de Cultura Científica**

Leonardo Laborde y Patricia Píriz

**Dirección de Educación - Centros CECAP**

Isabel Alende

**Dirección de Educación - Educación y Tecnologías de la información y la comunicación**

Patricia Pacheco

**Dirección de Educación - Género y Derechos Humanos**

Natalia Maidana-

**Dirección de Cultura - Fábricas Cultura**

Daniel Ovidio

Centros MEC

Agustina Harriague

**MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL**

**Instituto Nacional de las Mujeres**

Cecilia Caulin y equipo de División de Violencia basada en Género

**ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE EDUCACIÓN PÚBLICA**

**Estrategia Territorios Socioeducativos**

Milton Silveira

**ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO**

**Red de Atención Primaria**

Ana Noble y Gabriela Suárez

**Centro Hospitalario Pereira Rossell**

Mara Castro y Marie Boulay

**INSTITUTO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE DEL URUGUAY**

Paula Canteiro

Sistema Integral de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia/SIPIAV

María Elena Mizrahi

**Comisión de Comunicación**

MSP: Soledad Acuña e Isabel Pérez

MEC: Leticia Ramos

MIDES: Flavia Rovetta/ INJU y Agustina Larrosa/ INMUJERES:

ANEP: Natalia Arralde y Mónica Viera

ASSE: Alejandra Cardozo y Vanessa Rivero

INAU: Marianella Fernández Villa, Florencia Forné y Catterina Strazzarino

OPP: María Amalia Vacca

**AGRADECIMIENTOS:**

Núcleo Interdisciplinario Adolescencia, Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de la Universidad de la República: Carmen Varela, Facultad de Ciencias Sociales y

Alejandra López - Facultad de Psicología.

Facultad de Ciencias Sociales: Verónica Filardo

Fondo de Población de las Naciones Unidas: Juan José Calvo, Daniel Macadar y Juan José Meré.

## ÍNDICE

Introducción.....	8
Fundamentación.....	11
Marco conceptual.....	20
Marco normativo.....	30
Objetivos, líneas de acción y actividades.....	34
Bibliografía.....	61

## INTRODUCCIÓN

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

Esta Estrategia forma parte del Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia 2016 - 2020 y de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. Su diseño e implementación se basan en el reconocimiento que el embarazo no intencional en adolescentes en Uruguay es una expresión y consecuencia de desigualdad y segmentación social. Es parte de una cadena de determinantes asociados a la exclusión y la vulnerabilidad social y de género. En todos los diagnósticos que incorporan perspectiva de género y juventudes, puede visualizarse cómo la desvinculación educativa, el desigual acceso al mercado de trabajo, la emancipación de los hogares a edades tempranas, el entorno social en general, entre otras condicionantes, afectan particularmente las capacidades de elección de las mujeres adolescentes y jóvenes sobre sus proyectos de vida. La maternidad se impone como una situación a atender desde la política pública cuando la escasez de espacios de desarrollo personal, social y el ejercicio de derechos se ve tan restringido que ésta se presenta como el único proyecto personal posible, situación que afecta a muchas adolescentes en situación de vulnerabilidad y exclusión social. Lo que aparece con claridad es que seguir adelante con un proyecto de maternidad temprana no debería redundar en nuevas situaciones de exclusión que restrinjan aún más las posibilidades de desarrollo de las adolescentes.

Incidir en las causas profundas que explican la alta tasa de fecundidad en adolescentes en nuestro país, necesariamente requiere trabajar intersectorialmente desde una perspectiva de igualdad de género, derechos y diversidad. Implica pensar en un componente transversal a las representaciones de todas las y los adolescentes y sus referentes del mundo adulto, como son los mandatos de género y las subjetividades respecto a lo que el “ser varón” y “ser mujer” definen para la generación de proyectos de vida y formas de vivir la sexualidad.

Trabajar para la prevención del embarazo no intencional en la adolescencia representa un desafío social, sanitario, educativo y económico. En lo social, por limitar

fuertemente el horizonte de posibilidades de desarrollo de las adolescentes y la salida de las situaciones de pobreza. En el plano de la educación, restringe fuertemente la posibilidad de retomar y continuar sus estudios. En lo político limita la ciudadanía libre debido a la reclusión doméstica y territorial y por reproducir mecanismos de desigualdad de género. En el ámbito económico, afecta las oportunidades de inserción actual y la expansión futura de la fuerza laboral. Las desigualdades sociales y de género, que en gran parte explican el embarazo en la adolescencia, se ven reafirmadas por este fenómeno. El que conduce a mayor pobreza, mayor desigualdad, mayor segregación social y pérdida de importantes oportunidades para las adolescentes y el país, particularmente desaprovechando las etapas finales de nuestro bono demográfico.

El embarazo en adolescentes interpela las políticas públicas, exigiendo profundizar en al abordaje de: las limitadas posibilidades de desarrollo y salida de las situaciones de pobreza, las estrategias de inclusión educativa, las medidas de prevención, detección y atención oportuna en violencia basada en género y generaciones, las barreras de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y a la educación sexual, las prestaciones y servicios de cuidados en primera infancia, las condiciones de ejercicio de la ciudadanía debido a la doble reclusión doméstica y territorial de las adolescentes, los modelos hegemónicos de masculinidad y feminidad, las políticas y programas de inserción laboral, la inclusión de los varones y la construcción de dispositivos de investigación y de abordaje a los factores psicoemocionales, vinculados a la subjetividad que genera en las adolescentes decisiones reproductivas.

Esta Estrategia tiene como objetivo general *disminuir la incidencia del embarazo no intencional en adolescentes y sus determinantes, garantizando la promoción y el ejercicio de sus derechos*. Fue diseñada en forma intersectorial y participativa desde un enfoque de derechos y género. Está basada en investigaciones, estudios poblacionales y marcos teóricos de cabal referencia en la temática; sabiendo que es importante continuar profundizando el conocimiento, así como en algunos nudos identificados tales como la incorporación de la variable étnico-racial en el análisis.

Este documento refleja el trabajo realizado y consensuado por los organismos participantes en una primera etapa de elaboración. A partir del mismo se continuará trabajando en una segunda etapa en el diseño e implementación de acciones intersectoriales, incorporando otros actores así como en el desarrollo de las metas e indicadores que serán plasmados en un segundo documento.

La Estrategia se estructura en cuatro componentes con un respectivo objetivo específico, líneas de acción y actividades. Esta estructuración se basa en la necesidad de realizar actividades generales dirigidas a todos los adolescentes para prevenir

embarazos no intencionales, fortaleciendo el ejercicio de derechos y toma de decisiones reproductivas con autonomía (componente 1), a la vez que acciones focalizadas en quienes ya se encuentran en situación de embarazo (componente 2) o maternidad/paternidad (componente 3). Dada la complejidad del embarazo en la adolescencia así como su multiplicidad de determinantes, es sustancial abordarlo desde los diferentes sectores de forma integral e integrada. El valor agregado de esta Estrategia es el trabajo intersectorial coordinado para la implementación de las políticas públicas (componente 4). Este último componente nuclea acciones de coordinación intersectorial incluyendo la participación de adolescentes, formación de profesionales y equipos de trabajo en territorio así como producción de conocimiento para la política pública.

La mesa de trabajo intersectorial para la prevención del embarazo no intencional en adolescentes seguirá funcionando como un espacio de seguimiento y coordinación de la Estrategia. También se ha conformado una Comisión con las Unidades de Comunicación de las instituciones participantes para el diseño e implementación de la campaña comunicacional.

## FUNDAMENTACIÓN

La realidad del embarazo en adolescentes en el país, es una expresión de desigualdad y segmentación social. Es parte de una cadena de determinantes vinculados a la exclusión, la vulnerabilidad y el ejercicio efectivo de derechos económicos, sociales y culturales. Lo que se enfatiza en barreras para el acceso a bienes, servicios y oportunidades, para el futuro tanto desde lo laboral como educativo.

El nivel de la fecundidad de adolescentes en Uruguay es muy alto y resistente al descenso: el país presenta cifras altas (60 por mil mujeres de 15 a 19 años en 2014) en relación al promedio del mundo (45 por mil) y la región (65 por mil).

En el último quinquenio el 17% de los nacimientos totales han sido de adolescentes mujeres menores a 20 años. A pesar de una caída de la tasa global de fecundidad (TGF) hasta mínimos históricos (1.9 hijos por mujer, 2014), los valores alcanzados por la tasa de fecundidad adolescente en los últimos años son similares a los observados en nuestro país en los años 50s y '60, cuando la TGF era mayor a 2,5 hijos/as por mujer<sup>1</sup>. Como consecuencia, el peso relativo de la tasa de fecundidad adolescente sobre la TGF fue aumentando de manera consistente hasta los primeros años de los 2000. El porcentaje de nacimientos en menores de 20 años se ha mantenido entre el 15 y el 16% en las últimas dos décadas<sup>2</sup>.

### Nacimientos en madres adolescentes de 10 a 19 años.

Uruguay 1996-2014

Años	Nº de nacimientos en madres de 10 a 19 años	Total de nacimientos con dato de edad materna	Porcentaje de nacimientos en madres adolescentes
1996	9701	57440	16,9
2000	8474	52177	16,2
2005	7764	46158	16,8
2010	7970	47162	16,9
2012	8163	47999	17,0
2014 *	7951	48368	16,4

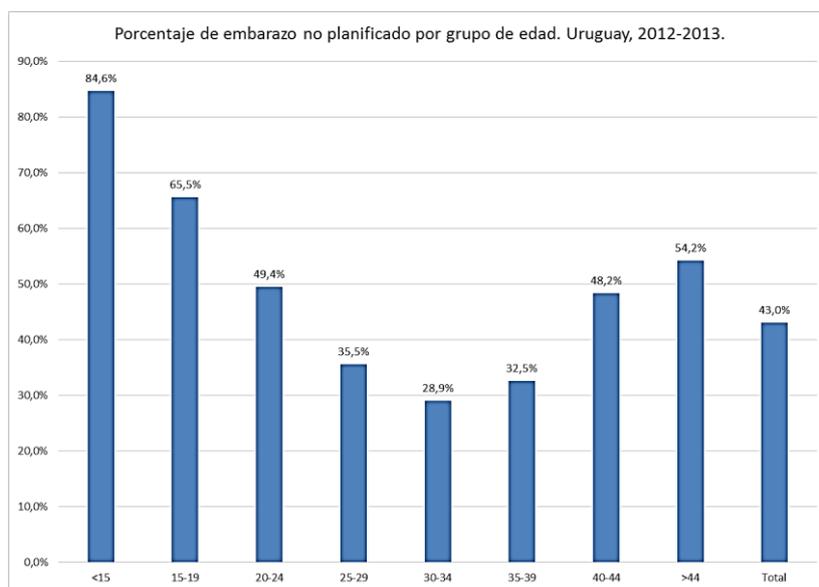
\* Cifras preliminares

Fuente: UINS/MSP

<sup>1</sup> Varela, et al, 2014

<sup>2</sup> Estadísticas vitales. CNV

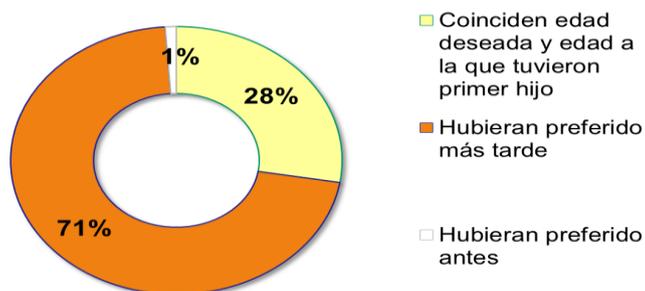
En su gran mayoría son embarazos no intencionales: Dos tercios de las adolescentes embarazadas de entre 15 - 19 años declararon durante el embarazo que éste no fue planeado<sup>3</sup>.



Fuente: Sistema Informático Perinatal

Dato que se reafirma luego del nacimiento de la hija/o cuando el 71% de las madres de 15 a 24 años declara que hubiera preferido postergar la maternidad<sup>4</sup>.

**Porcentaje de madres entre 15-24 años según la coincidencia entre la edad deseada y la edad en la que tuvieron su primer hijo**



Fuente: Varela, De Rosa, Doyenart y Lara, elaboración propia en base a ENAJ Uruguay 2013. Programa de Población FCS-Udelar.

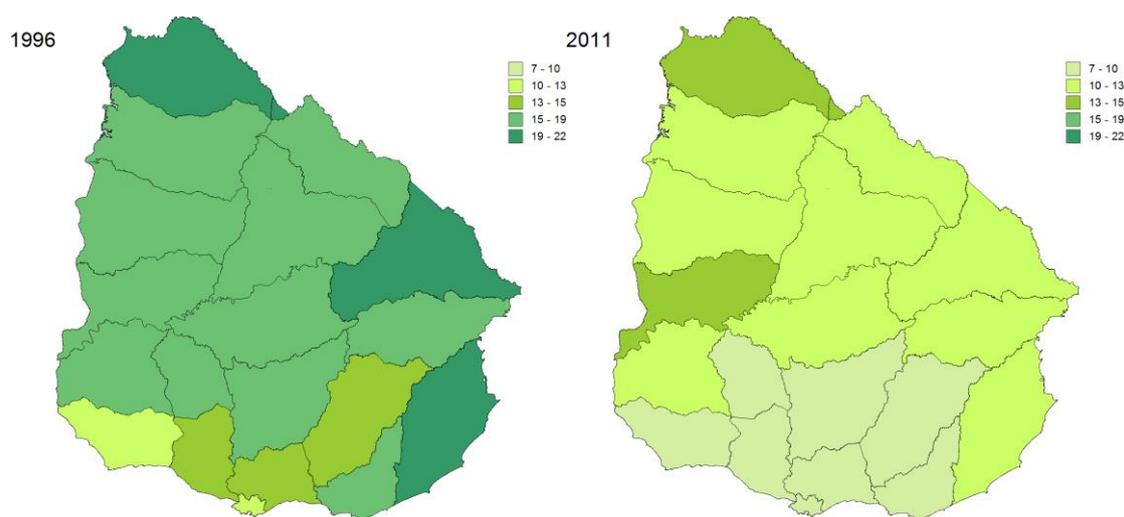
<sup>3</sup> Sistema Informático Perinatal (SIP) 2012, 2013. Conceptualmente en la Estrategia se ha adoptado el uso del término embarazo no intencional, en este caso la categoría “no planeado” refleja la forma en que se pregunta.

<sup>4</sup>Varela, De Rosa, Doyenart y Lara, elaboración propia en base a ENAJ Uruguay 2013. Programa de Población FCS-Udelar.

La maternidad y paternidad en adolescentes incide principalmente en las mujeres: ellas inician su calendario reproductivo más temprano que los varones. El porcentaje de adolescentes entre 15 y 19 años que iniciaron la maternidad es un 10%, mientras que los varones adolescentes que declaran haber iniciado su paternidad son el 2.65% en varones<sup>5</sup>. Por lo que se podría hipotetizar que la mayoría de los progenitores de hijas/os de adolescentes son adultos. Sin embargo, no se tienen certezas sobre esto debido al posible subregistro. Esto remite a aspectos relacionados a la socialización de género y a las relaciones desiguales de poder.

La fecundidad en adolescentes en Uruguay muestra una profunda segregación territorial: como ya fue planteado, el país cuenta con 60 por mil adolescentes de 15 a 19 años que son madres, pero hay departamentos con indicadores similares a países en situación de extrema pobreza, entre 70 y 86 x 1.000.

Uruguay: Porcentaje de madres adolescentes (15-19 años) por departamento, 1996 y 2011.



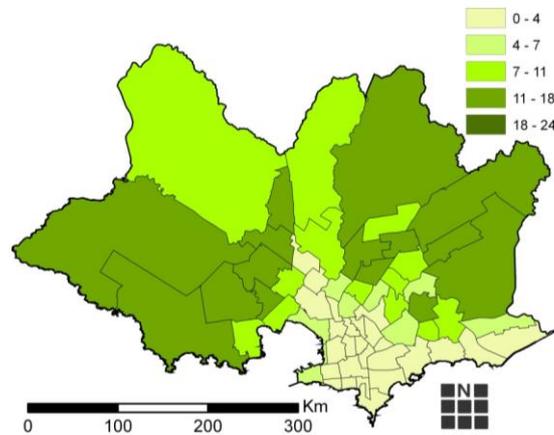
Fuente: Programa de Población, FCS/ UdelaR, elaboración propia a partir de los Censos de Población de 1996 y 2011, Uruguay.

Esta segregación también se expresa en Montevideo, donde la paridez media acumulada (Nº hijos/Nº mujeres, por edad) de las adolescentes de 15 a 19 años presenta enormes diferencias por barrios. A modo de ejemplo, mientras en Carrasco no hay hijas/os de madres adolescentes, en Casavalle hay un/a hijo/a cada 5 adolescentes. Asimismo, en las jóvenes de 20 a 24 años, la cifra es 21 veces superior en Casavalle que en los barrios de la costa este de Montevideo como Carrasco, Punta Gorda, Pocitos, Malvín<sup>6</sup>.

<sup>5</sup>Varela, C, elaboración propia en base a ENAJ, 2013. Programa de Población FCS - Udelar.

<sup>6</sup>Varela et al, 2014 Atlas Sociodemográfico y de la Desigualdad del Uruguay. La Fecundidad en el Uruguay, (1996-2011) Fascículo 3.

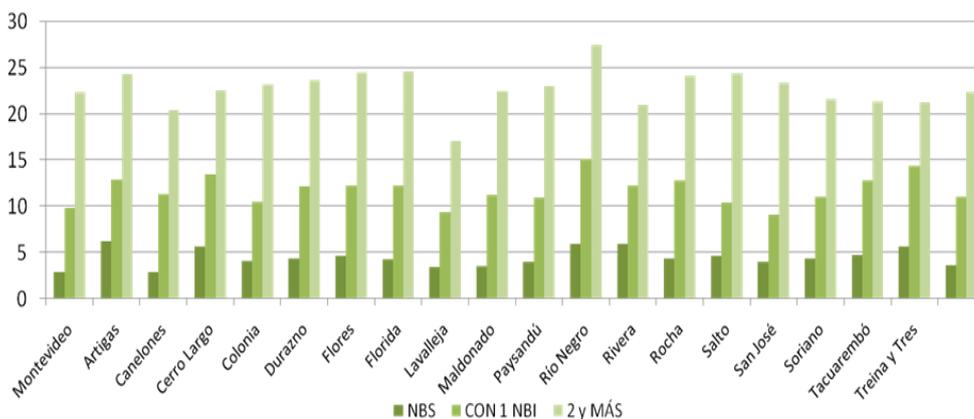
### Montevideo: madres adolescentes por barrio (%), 2011



Fuente: Varela et al, 2014 Atlas Sociodemográfico y de la Desigualdad del Uruguay. La Fecundidad en el Uruguay, (1996-2011), Fascículo 3.

La maternidad en adolescentes se da en los sectores más pobres y con mayor porcentaje de población residente en hogares particulares con necesidades básicas insatisfechas: según datos del Censo de 2011 algo más de una cada cinco adolescentes, con dos o más Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), son madres (22,4%). Por otra parte, entre las adolescentes con Necesidades Básicas Satisfechas (NBS) el porcentaje de madres desciende notoriamente al 3,6%. En concordancia, cuando se identifican los nacimientos en adolescentes por prestadores de salud, mientras en ASSE representan el 26.8% del total de nacimientos, en el mutualismo son el 10% y en los seguros privados son casi inexistentes 0.1%.

### Madres adolescentes por cantidad de NBI según departamento (en %), 2011



Fuente: Varela et al, 2014 Atlas Sociodemográfico y de la Desigualdad del Uruguay. La Fecundidad en el Uruguay, (1996-2011), Fascículo 3.

Esta situación también encuentra su correlato en la desigualdad en los desempeños sociales entre las jóvenes uruguayas de 25 a 29 años que iniciaron la maternidad en la

adolescencia. Entre aquellas que alcanzaron menos de 9 años de estudios el 57.7% fueron madres adolescentes, mientras que las que cuentan con 13 y más años de estudio, sólo el 5% lo fue. Esto habla de un proceso de polarización social y se destaca las diferencias en las condiciones de vida de estas jóvenes. Entre las que fueron madres en la adolescencia, el 43% vive en situación de pobreza mientras que entre las que no lo fueron son el 8 %<sup>7</sup>. Es de destacar que 3 de cada 4 adolescentes madres abandonó sus estudios antes de embarazarse<sup>8</sup>.

**Tabla 4.** Perfil de las mujeres según fueron madres adolescentes o no. Uruguay, 1990 y 2008 (%)

<i>Variable binaria: Madre o no madre en la adolescencia</i>	1990		2008	
	<i>Madre adolescente</i>	<i>No madre adolescente</i>	<i>Madre adolescente</i>	<i>No madre adolescente</i>
<b>Nivel educativo joven</b>				
Menos de 9 años estudio	67,3	30,1	57,7	14,8
9 a 12 años estudio	31,1	47,3	37,4	39,1
13 y más años estudio	1,6	22,6	5,0	46,1
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Condición de pobreza</b>				
No pobre	58,9	91,8	56,6	91,8
Pobre	41,1	8,2	43,4	8,2
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: 2015 – Varela Petito, Carmen y Lara, Cecilia “Jóvenes de hoy adolescentes de ayer en el Uruguay: maternidad y desempeños” En Revista Sociedad y Economía, Universidad del Valle, Los estudios demográficos a inicios del siglo XXI, No 29 Universidad del Valle, Colombia. pp. 15-37.

La maternidad adolescente también representa un problema de ciudadanía por la reclusión doméstica y la limitación de la autonomía: el 57% de las adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años que son madres y que no tienen empleo, no estudia. Mientras que en el grupo de la misma edad que no son madres y que no tienen empleo, sólo el 9% no estudia<sup>9</sup>. Vale recordar que del total de adolescentes y mujeres jóvenes que no estudian ni tienen un trabajo remunerado, más de la mitad son responsables de las tareas domésticas del hogar<sup>10</sup>.

La maternidad en las adolescentes y jóvenes genera una doble reclusión: la doméstica con medios de comunicación que le muestran un mundo que naturaliza la fantasía e inequidades dominantes, reproduciendo un sistema patriarcal y heteronormativo, lo que condiciona y limita el reconocer identidades y orientaciones diversas. Se suma a su

<sup>7</sup>Varela Petito, C y Lara, Cecilia, 2015 Jóvenes de hoy adolescentes de ayer: maternidad y desempeños. Revista Sociedad y Economía, nº 29, Colombia.

<sup>8</sup>Ídem.

<sup>9</sup>Ídem.

<sup>10</sup> Batthyány, Genta, Tomassini (2012). Argumentos que transforman N°2. Mujeres jóvenes que cuidan pero no estudian ni trabajan en el mercado. PP. 3.

vez, la exclusión territorial (total restricción de las actividades de la vida cotidiana a la zona de residencia). A su vez, en las adolescentes la maternidad no acompaña otros eventos de la transición a la vida adulta como ser el primer empleo o el autonomizarse de la familia de origen. El ingreso al mercado laboral de las madres adolescentes de sectores de bajos índices culturales y económicos es muy escaso y el nacimiento de un/a hijo/a no implica la conformación de un hogar independiente ni la formalización de la vida en pareja ni la corresponsabilidad en los cuidados. Por lo que la maternidad a estas edades afecta seriamente los desempeños a futuro, compromete la autonomía y la capacidad de autosustento<sup>11</sup>.

En Uruguay hay niñas que sufren la maternidad forzada: el embarazo en la adolescencia presenta características específicas según los grupos de edad. En nuestro país 169 niñas menores de 14 años fueron madres 2014. *En las menores de 15 años se trata de embarazos y maternidades forzadas, “en América Latina y el Caribe la mayoría de los embarazos infantiles tienen su causa en los abusos sexuales, ya sea por parte de miembros de la familia, personas cercanas a ella, o extraños. La sumisión, el estigma, la vergüenza, el miedo, la falta de recursos simbólicos, entre otros factores, inhiben a la niña de denunciarlos. Los embarazos infantiles forzados son síntomas que nos muestran la situación de las niñas –y las mujeres en general– en los países estudiados. Revelan, entre otras cosas, el nivel de violencia, falta de autonomía, discriminación y apropiación del cuerpo de las niñas por parte de los varones adultos, incluyendo a los de su entorno familiar y social”*<sup>12</sup>. Esta brutal e inaceptable situación implica a su vez un pasaje abrupto de ser niña a ser mujer que fragiliza la vida emocional y física.

A estos efectos de la esfera emocional y afectiva, se suma el mayor riesgo de morbimortalidad durante el embarazo, parto y puerperio, a la vez que el aumento de la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad perinatal. Respecto a la prematuridad, las/os hijas/os de madres de 10 a 14 años son un 13,1%, mientras que los de madres de 15 a 19 años representan un 10.1%. La prematuridad a nivel del país es del 9.1%<sup>13</sup>. Respecto a la mortalidad neonatal se observa una tasa mayor en las adolescentes de 10 a 14 años, que en 2015 ascendió a 16.4 por mil nacidos vivos, mientras que en las mujeres de 20 a 34 fue de 2.9 por mil nacidos vivos<sup>14</sup>.

---

<sup>11</sup>Varela, C- Tenenbaum, M y Lara, C (2014 ) *Fecundidad adolescente en Uruguay: ¿la pobreza como umbral de resistencia al descenso?*. En: Comportamiento reproductivo y fecundidad en América latina: una agenda inconclusa. Serie e – Investigaciones N 3. ALAP – UNFPA. Filardo, V (2015). *Mirada Joven. Cuadernos Temáticos de la ENAJ N° 1. Cambios y permanencias en las transiciones a la vida adulta de los jóvenes en Uruguay (2008 – 2013)*. Ministerio de Desarrollo Social y Facultad de Ciencias Sociales.

<sup>12</sup> CLADEM (2016). Balance Regional. Niñas Madres. Embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe, p.71.

<sup>13</sup> Estadísticas vitales MSP, 2015.

<sup>14</sup> Idem.

Uruguay 2015				
Edad	10 a 14	15-19	20-34	Total (todas las edades)
Total NV	122	7.371	33.163	48.926
NV > 20 y < 37 semanas de gestación	16	746	2.765	4.459
% Prematuridad	13,1	10,1	8,3	9,1

Mortalidad neonatal precoz (0-7 d). Uruguay 2015			
Edad madre	10 - 14	15 - 19	20 - 34
	2/122	27/7371	97/33163
Tasa	16,4/1000 NV	3,6/1000	2,9/1000

El embarazo no intencional en adolescentes como producto de situaciones de violencia sexual u otras formas de violencia basada en género y generaciones (VBGyG): la violencia basada en género y generaciones es un grave problema que enfrenta el país, casi 7 de cada 10 adolescentes y mujeres mayores de 15 años la han sufrido en algún momento de su vida, afectando en mayor medida a las más jóvenes. A su vez, 1 de cada 5 declararon haber vivido algún tipo de violencia en su ámbito familiar actual en los últimos 12 meses<sup>15</sup>. A partir de una encuesta realizada en servicios de salud se constata que más de un tercio las mujeres experimentan situaciones de violencia con una frecuencia semanal o diaria y aproximadamente 1 cada 4 lo ha vivido una vez en los últimos 12 meses. El 60% manifiesta haber vivido estas situaciones con novios/ parejas actuales o pasadas. Se registra una mayor prevalencia de violencia doméstica entre las adolescentes entre 15 y 18 años (35,4%), la violencia psicológica es la que registra la mayor prevalencia, seguida de la física y la sexual, estas últimas con guarismos muy similares<sup>16</sup>. Asimismo, durante el año 2015 el SIPIAV registró más de 5 situaciones por día de violencia y/o abuso hacia niñas, niños y adolescentes<sup>17</sup>.

<sup>15</sup> Primera Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones, Uruguay 2013.

<sup>16</sup> Encuesta de Prevalencia de Violencia Domestica en Servicios de Salud, Uruguay 2013.

<sup>17</sup> Informe SIPIAV, Uruguay 2015.

## **Embarazo en adolescentes: áreas para profundizar en su diagnóstico**

A partir del análisis de la acumulación científica que se dispone, se acuerda que es necesario profundizar sobre los aspectos que se mencionan en este apartado.

Es indispensable seguir profundizando en el conocimiento sobre las representaciones y las expectativas de las adolescentes al momento de quedar embarazadas. Si bien existen estudios en este sentido, deconstruir el proceso para la toma de decisiones y por el cual las adolescentes “elijen” la maternidad como proyecto de vida es fundamental. Analizar cómo opera la pobreza como condición estructural que legitima esta opción de autonomización por sobre otros (la incorporación al mundo del trabajo formal, la independización del hogar filial, o la culminación de los estudios, entre otros) es un aspecto central para profundizar en líneas de política pública que garanticen que la decisión de una adolescente de ser madre se produzca en un marco de sustantiva libertad, lo cual implica una opción entre proyectos diversos.

Es necesario, además, incorporar la variable étnico-racial al estudio del embarazo en adolescentes. En efecto, en tanto la población afrodescendiente está sobre-representada en los quintiles más bajos de ingresos (donde el embarazo en adolescentes tiene mayor prevalencia), incorporar al análisis desde una perspectiva interseccional puede contribuir a problematizar mejor el fenómeno.

Por otra parte, se requiere contar con mayor información sobre los varones. Entre otros, interesa profundizar en el/los factor/es que explica/n la distancia tan pronunciada entre maternidad adolescente y paternidad adolescente; en qué registros se construye la identidad del padre adolescente<sup>18</sup>; así como investigar la figura del padre en aquellos embarazos con importante diferencia de edad. En este sentido, interesa también hacer un cruce con los datos elaborados por UNICEF y MIDES (2015) que ubican en un 7,4% el porcentaje de casamientos de adolescentes mujeres entre 15 y 19 años. El matrimonio a edades tempranas muestra también grandes diferencias según los territorios: mientras en Montevideo es del 13,7% en zonas rurales y con población menor a 5.000 habitantes, una de cada cuatro mujeres casadas (24,8%) tenía menos de 18 años al momento de contraer matrimonio. En el caso de las que tienen actualmente menos de 19 años y están casadas, el porcentaje en la zona rural es similar (22,3%) y un poco menor en Montevideo (7,9%)<sup>19</sup>.

---

<sup>18</sup> ¿Es desde un rol proveedor? ¿se produce un deslinde de responsabilidades con el/la hijo/a cuando no es posible posicionarse en este lugar? ¿la paternidad adolescente es una causa para el abandono del sistema educativo, para incorporarse al mercado de trabajo, etc.? ¿qué rol juegan los adolescentes en las decisiones reproductivas y de cuidado propio y en la pareja?

<sup>19</sup> Datos citados en nota de prensa: El Observador, 4 de julio de 2016, “Unicef alerta sobre alto número de casamientos adolescentes en Uruguay”.

A su vez, para alcanzar un diagnóstico más acabado, es imprescindible indagar sobre si el embarazo fue producido en el marco de relaciones de violencia doméstica u otras formas de violencia basada en género. En muchos de los casos, una de las formas en que se produce el ejercicio de la violencia es a través de la imposición de no usar métodos anticonceptivos, o de abusos sexuales dentro de la pareja o en muchos de los casos puede ser la forma en que se exige la “prueba de amor”. En contextos de violencia sexual, el embarazo puede producirse como forma de auto-protección, ya que el embarazo pone en evidencia dichos abusos y por lo tanto cabe la posibilidad de que los mismos sean interrumpidos. Esto implica poder afinar la mirada y relevar tales situaciones, importando el tiempo en el cual son detectadas a causa de la ley 18987.

Por último, es importante destacar que en varios países del mundo se ha constatado una relación entre intentos de autoeliminación - suicidios y embarazo - maternidad a edades tempranas. Si bien no se cuenta con estos datos para Uruguay, el país presenta cifras alarmantes en suicidios de adolescentes que podrían estar asociadas a estas situaciones. Por lo que se torna prioritario investigar en esta línea.

## MARCO CONCEPTUAL

Como se mencionó en la fundamentación, el embarazo no intencional en la adolescencia constituye una expresión y consecuencia de desigualdad y segmentación social, asociados a procesos de exclusión y de vulnerabilidad social y de género. La posibilidad y capacidad de elegir y decidir en las distintas esferas de la vida, y particularmente en la sexual y reproductiva está directamente asociada a factores individuales, trans-generacionales, sociales y a las condiciones de vida. En este contexto el embarazo y la maternidad se imponen particularmente en las adolescentes con menos acceso a oportunidades, a proyectos de vida diversos y al ejercicio de sus derechos en diferentes áreas.

Las distintas sociedades y culturas han clasificado y comprendido en forma diferente las etapas de la vida, por ello incluir la mirada y perspectiva generacional en ésta temática se torna primordial. La adolescencia es una construcción sociocultural moderna y occidental, creada para cubrir nuevas necesidades sociales vinculadas a contar con un grupo poblacional que se preparara para cumplir con los roles adultos. Este surgimiento en Uruguay data de fines del 1800 según J. P. Barrán<sup>20</sup>. Desde fines del siglo XIX se ha desarrollado un proceso de construcción/cimentación teórica de esta categoría con diferentes ópticas según distintas perspectivas y disciplinas. Las primeras teorizaciones han sido ampliamente superadas y hoy se entiende a la adolescencia como una categoría compleja, con identidad propia y de relevancia en la vida de las personas. En el marco de esta construcción no hay acuerdo sobre la edad de comienzo y finalización de esta etapa. La Organización Mundial de la Salud la define como el período que transcurre entre los 10 y 19 años y la divide en adolescencia primera o temprana de 10 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años<sup>21</sup>. De todos modos, se hace imposible definirla cerradamente en tanto es una construcción dinámica producto de diferentes momentos históricos y lugares. Más allá de las distintas perspectivas y tiempos, se acuerda que la adolescencia implica profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales. No obstante lo anterior, la presente estrategia tomará este margen etario como marco referente para la intervención.

Si bien, infancia, adolescencia y juventud son categorías diferentes surgidas en diferentes momentos y con bases epistemológicas distintas, es frecuente que se asocien como forma de englobar un conjunto o se nominen indistintamente. A la hora de formular una política pública, es fundamental tener presentes las diferencias de cada etapa, pues remiten a diferentes maneras de comprender los fenómenos y problemas sociales, a la vez que requieren acciones distintas. En el caso del embarazo,

---

<sup>20</sup> Barran, J.P (1999). Medicina y sociedad en el Uruguay del 900. La invención del cuerpo. Ed. Banda Oriental, Montevideo.

<sup>21</sup> Condiciones de salud del niño en las Américas. Publicación N° 381 OPS-OMS 1979

es claro que cuando éste se produce en niñas y adolescentes menores de 14 años se está frente a embarazos y maternidades forzadas. Según el Balance Regional sobre este tema, *“la realidad de las niñas que viven embarazos y maternidades forzadas aún no ha sido visibilizada con la fuerza que amerita, su situación queda englobada en las cifras y diagnósticos sobre embarazo y maternidad adolescente, aunque sus causas y consecuencias son diferentes al de las jóvenes. Una maternidad es forzada cuando no fue buscada ni deseada, cuando esto sucede a una niña menor de 14 años, se está ante una maternidad infantil forzada”*<sup>22</sup>.

A su vez, es importante destacar que estas tres categorías no son homogéneas sino diversas, producto de interacciones entre lo individual y lo social en donde sexo, género, edad, clase, procedencia y residencia, etnia, orientación sexual entre otros se imbrican de manera compleja. También, es necesario articular los conceptos de etapa de la vida y grupo poblacional con la categoría generación, vinculado al significado de tener cierta edad en una sociedad y en un momento histórico determinados, por lo tanto remite a contar con vivencias y experiencias comunes a lo largo del ciclo vital.

La perspectiva de género en tanto herramienta de análisis clave para comprender los fenómenos y procesos humanos, subjetivos y sociales, demuestra que más allá de las diferencias biológicas, la distinción entre los sexos es una construcción sociocultural e histórica y produce desigualdades profundas. La dimensión relacional de la perspectiva de género, recuerda que el embarazo se trata de un hecho que involucra e implica también al varón, así como a las familias, a las comunidades y a la organización simbólica y social.

El estereotipo dominante de que la responsabilidad masculina se construye en torno a la esfera pública y productiva (reproducción social), determina que si bien la procreación juega un papel relevante en la construcción de la identidad moral masculina, ésta se relaciona más con el campo de lo social y no con su propio cuerpo, invisibilizando la corresponsabilidad de los varones en la reproducción biológica y los cuidados<sup>23</sup>. Asimismo, no constituyen un núcleo central en la construcción de la identidad masculina ni el cuidado del propio cuerpo ni de los cuerpos con quienes se relacionan, y tampoco la construcción de los procesos reproductivos como ‘procesos relacionales’. Estos elementos se transfieren en el proceso de socialización que se inicia desde el nacimiento: tanto la mujer como el hombre no nacen, también se hacen dentro de una cultura que inculca mensajes, valores, presiones y límites basados en el sexo. Estos elementos se incorporan como el lenguaje, sin necesidad de explicitar su lógica, como una gramática que no es fácil de desentrañar y se transcribe naturalizada en las prácticas sexuales y sociales de varones y mujeres. Es necesario intervenir en la adolescencia para evitar que estos mensajes se cristalicen a tal grado que sea muy

---

<sup>22</sup> CLADEM (2016). Balance Regional. Niñas Madres. Embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe.

<sup>23</sup> Marchi et al., 2005; Arilha, 1999

difícil modificarlos o flexibilizarlos en la etapa adulta. Los estereotipos también emergen en los recursos discursivos y simbólicos con que eligen docentes, personal de salud y comunicadores sociales para abordar las situaciones de embarazo en adolescentes<sup>24</sup>.

El enfoque de género aplicado al campo de los derechos humanos constituye una referencia indispensable para el análisis de los procesos de apropiación y ejercicio de los mismos por parte de varones y mujeres en general, y de adolescentes en particular. *“Las desigualdades de género, consideradas como una forma específica de desigualdad social, se manifiestan en distintas asimetrías que refuerzan y limitan la autonomía y las condiciones para la toma de decisiones en diversos aspectos de la vida, entre otros en la sexualidad y reproducción”*<sup>25</sup>. Dentro de las consecuencias que acarrearán las desigualdades de género, revisten especial importancia las situaciones de violencia basadas en relaciones desiguales de poder en las que se naturalizan las relaciones de dominación basadas en el ordenamiento de lo social y simbólico. Por lo que en nuestra cultura patriarcal, machista y adultocéntrica, la violencia basada en género y generaciones es un grave problema social, de salud y ciudadanía, que se expresa en prácticas de exclusión, discriminación y abuso en los diferentes ámbitos. Varios de los embarazos en la adolescencia son consecuencia de estas prácticas.

Respecto a la perspectiva de derechos, según el artículo N° 18 del Código de la Niñez y Adolescencia, se deberá favorecer el desarrollo integral de todas las potencialidades intelectuales y sociales de niñas, niños y adolescentes evitando desigualdades por causa de sexo, etnia, religión o condición social. En determinadas situaciones, el Estado y la sociedad estarán obligados a brindar una atención personalizada. Es deber del Estado garantizar los derechos de las y los adolescentes: a la privacidad y respeto por la confidencialidad; a que sus opiniones sean tomadas en cuenta y tengan un peso decisivo en la resolución del asunto que afecte al niño, y a ser respetados/as en la evolución de sus facultades. A su vez, para esta Estrategia los derechos sexuales y reproductivos revisten especial importancia. En tanto derechos humanos son conquistas sociales y ejes centrales de la ciudadanía y la convivencia democrática, reconocidos en diversos instrumentos internacionales y nacionales, Son universales, indivisibles, interdependientes y están interrelacionados a los derechos económicos, sociales y civiles, afectándose mutuamente. En su componente más importante refieren al poder y autonomía de cada persona para tomar decisiones libres, informadas y responsables sobre su sexualidad y vida reproductiva, así como a la

---

<sup>24</sup> Joaquina Erviti, Itzel A. Sosa-Sánchez, Roberto Castro “Instituciones hegemónicas, varones como agentes reproductivos y equidad de género”. Ponencia presentada en el III Coloquio Internacional de Estudios sobre Varones y Masculinidades. Medellín, Colombia, 3-5 de diciembre de 2008.

<sup>25</sup> López, A y Varela, C (2016) *Maternidad en adolescentes y desigualdad social en Uruguay. Análisis territorial desde la perspectiva de sus protagonistas*. Montevideo, UdelAR, UNFPA. P.20.

disponibilidad de recursos para poder llevar a la práctica esas decisiones de manera segura, efectiva y sin discriminaciones. Para poder ejercer estos derechos con equidad debe estar garantizada la libertad de cada persona para poder decidir (dimensión individual de los derechos) y tener condiciones de justicia para que las decisiones sean respetadas (dimensión social de los derechos)<sup>26</sup>.

En este marco, es clave la perspectiva de reconocimiento a la diversidad como inherente a la experiencia humana con igual poder para participar en la vida social desde las diversas identidades, subjetividades y modos de vida. Este enfoque incluye la diversidad sexual, étnica, cultural, etc. Su integración en el marco de las políticas públicas implica un gran avance hacia la igualdad, la convivencia democrática y la justicia social. Pero a la vez implica deconstruir una serie de mitos, estigmas, creencias y prejuicios que sostienen las múltiples discriminaciones así como reconocer y derribar las causas que legitiman y reproducen estos mecanismos en las instituciones y las sociedades. Especial consideración en el marco de la diversidad merece el enfoque de la diversidad sexual, en la concepción de la existencia de diferentes subjetividades, orientaciones e identidades sexuales. El mismo implica la ruptura de los modelos hegemónicos de sexualidad masculina y femenina.

La complejidad que aporta la incorporación de la perspectiva étnico-racial, fundamentalmente afrodescendiente, en la consideración del embarazo no intencional en la adolescencia es relevante para no uniformizar las experiencias de desigualdad y discriminación que viven las y los adolescentes en nuestro país.

Por último, dado todo lo expuesto en este documento, resulta estratégico abordar este fenómeno de manera multidimensional, integral e intersectorial, generando acciones de política pública que intervengan en diferentes áreas y niveles, y que la maternidad y paternidad en la adolescencia no redunden en mayores situaciones de exclusión y vulnerabilidad. La respuesta intersectorial es crucial, ya que en las determinantes del embarazo no intencional en adolescentes están presentes elementos culturales, normas de género, situaciones de violencia, pobreza y exclusión, el acceso desigual a oportunidades, a la educación (incluida la educación sexual), a los servicios de salud, al acceso y uso de los métodos anticonceptivos, entre otros. El modelo ecológico propuesto por Urie Bromfrembrener (1987) ayuda a comprender la influencia de los diferentes ambientes por los que circulan las personas sobre sus comportamientos y proceso de desarrollo. En este modelo los diferentes sistemas (individual, familiar, institucional, comunitario y sociocultural) están interrelacionados y se afectan mutuamente. Plantea al desarrollo humano como una progresiva acomodación entre un ser humano activo y sus entornos inmediatos. Por lo que,

---

<sup>26</sup> Correa S., Petchesky R. (1995): "Reproductive and sexual rights: a feminist perspective". Population Policies Reconsidered, Health, Empowerment and Rights. IWHC, NYC.

respecto a la prevención de embarazos no intencionales en adolescentes, es importante desarrollar acciones de política pública que permeen en estos sistemas. Es necesario desarrollar intervenciones sistémicas, que integren todos los niveles en los que los y las adolescentes viven y se desarrollan.

### **Sexualidad, prevención del embarazo no intencional y parentalidades en adolescentes: intervención desde un marco de derechos.**

La ley de Salud Sexual y reproductiva N° 18.426 constituyó un hito en tanto le confirió carácter de ley a los derechos sexuales y reproductivos y estableció algunos mecanismos para garantizar su ejercicio: por ejemplo, estableció el derecho a recibir anticonceptivos como parte de las prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud, y estableció el protagonismo de adolescentes y niñas y niños en los asuntos que atañen a su propia salud también en estos temas.

Respecto a algunas prestaciones específicas que garantizan el ejercicio de derechos en salud sexual y reproductiva, todos los prestadores públicos y privados deben ofrecer una canasta de prestaciones en anticoncepción, gratuita o de bajo costo, que incluyen preservativos, ACO, métodos de emergencia, colocación de DIU y acceso a IVE a sus usuarios/as<sup>27</sup>, incluyendo a las y los adolescentes que consultan en el uso de su autonomía progresiva<sup>28</sup>, así como colocación de implantes subdérmicos en prestadores públicos.

#### *Sexualidad, maternidad y mandatos de género*

Enfatizar en acciones que enmarquen las decisiones sobre salud sexual y salud reproductiva en un trabajo sobre proyectos de vida diversos, que incluyan la sexualidad como un aspecto vital que puede ser vivido de diversas maneras. Esto resulta fundamental para empoderar a todas las adolescentes, y en particular a aquellas en situación de vulnerabilidad socioeconómica, en elecciones que desafíen las trayectorias unánimes, prestigiosas y alentadas por el entorno. Alentar a que descubran su potencial como personas, como mujeres, más allá o en paralelo a su ideal materno, estimamos que esto es central para descubrir otras maneras de proyectarse como adultas.

---

<sup>27</sup>A partir de la promulgación de la Ley N° 18.987. Si bien no es considerado un método anticonceptivo, lo incluimos en esta sección en tanto garantiza la libre determinación de las mujeres a decidir sobre su cuerpo. La protección de derechos en salud sexual y reproductiva incluye también prestaciones en el área de la reproducción asistida de baja y alta complejidad, a partir de la promulgación de la Ley N° 19.167.

<sup>28</sup>MSP. Problemas Críticos Prioritarios. Problemas referidos a la Salud sexual y Salud reproductiva. Componente: Embarazo Adolescente. Caracterización del problema crítico. Pág. 15. Atender la autonomía progresiva de los y las adolescentes implica considerar que consultan como sujetos de derechos, con autonomía para ejercer los mismos de acuerdo a la evolución de sus facultades.

La idealización del rol materno como rol importante de identificación y pertenencia en mujeres de sectores de menores ingresos, no dista mucho de la idealización general de la sociedad sobre el lugar de la mujer. Cuando la concreción de otros proyectos alternativos a la maternidad se vuelven imposibles o inalcanzables por las mujeres jóvenes más pobres de nuestra sociedad, el proyecto de la maternidad pasa a cobrar un rol preponderante. En los casos en los que la maternidad ya constituye un proyecto en marcha, debemos poder brindar las herramientas y oportunidades para concretar otros proyectos educativos, laborales y/o sociales.

De acuerdo a la distribución de roles predominante en nuestra sociedad, las tareas de cuidado y crianza son realizadas principalmente por las mujeres observándose una alta tasa de inequidad de género en su distribución. Se entiende por cuidado a la acción de ayudar a un niño, niña o a una persona dependiente en el desarrollo y el bienestar de su vida cotidiana<sup>29</sup>. Puede ser realizado de forma remunerada como no remunerada, y en ambos casos comprende actividades materiales que suponen dedicación de tiempo y a la vez un involucramiento emocional y afectivo<sup>30</sup>.

Es importante mencionar la dimensión cognitiva referida a lo “que hay que hacer” en la atención al mismo, es decir, el conocimiento que se va generando así como las destrezas necesarias para llevarlo adelante. Por todo esto, se entiende que el cuidado constituye un trabajo que para el caso de la maternidad puede afectar las capacidades de desarrollo de las mujeres - especialmente cuando ocurre durante la adolescencia - de no existir políticas que actúen en este nivel. Este aspecto se ve reflejado en la relación entre las tareas de cuidados de hijas/os y la tasa de actividad. El fascículo sobre Desigualdades de género del Atlas Sociodemográfico elaborado a partir del último censo poblacional realizado en Uruguay, afirma que “al comparar la tasa de actividad de varones y mujeres jefes/as del hogar o cónyuges del jefe, se observa que la brecha en la participación en el mercado de trabajo aumenta en la medida que los hijos/as son más pequeños. De este modo, el comportamiento de varones y mujeres es contrario, ya que ellos aumentan su participación si tienen hijos menores de 12 años, mientras que las mujeres la disminuyen considerablemente, y se vuelven a insertar a medida que los hijos van creciendo” Es decir que se comprueba que la articulación entre vida productiva y reproductiva entra en conflicto para las mujeres,

---

<sup>29</sup> Batthyany, Karina. Los tiempos del bienestar social. Género, trabajo no remunerado y cuidados en Uruguay. /Montevideo-Uruguay, 2015. Pág. 91.

<sup>30</sup> Aguirre, Rosario: (2013): “Personas ocupadas en el sector cuidados”, Grupo de Trabajo de Sistema Nacional de Cuidados, ONU Mujeres, OIT

haciendo que éstas tengan que retirarse del mundo del trabajo para dedicarse a cuidar a sus hijos.<sup>31</sup>

Según los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (ENAJ) el 35,8% de jóvenes de 12 a 29 años realizan tareas de cuidado de personas dependientes. Al diferenciar según sexo, se establece que los cuidados recaen con mayor peso en las mujeres: 44,1% de las jóvenes cuidan, mientras que los varones que los hacen son el 27,5%<sup>32</sup>.

Los varones se han involucrado muy tímidamente a las tareas de paternidad y muy escasamente en las tareas domésticas. Esto lleva a una sobrecarga en las mujeres del trabajo no remunerado, condicionando su permanencia en el mercado laboral, así como sus oportunidades de capacitación y su autonomía presente y futura.

Si bien la gran mayoría de las adolescentes embarazadas de 14 a 19 años tienen pareja –casi un 60%-<sup>33</sup>, “aproximarse a los registros sobre la paternidad, y en particular de varones que son padres biológicos en la adolescencia, no resulta para nada sencillo”<sup>34</sup>. Puede suponerse que esta “invisibilidad” se debe al paradigma “materno – infantil”, aún con amplia vigencia en las prácticas sanitarias de nuestro país. Este paradigma visibiliza al “binomio”, “la díada” madre e hijo, como el núcleo central de la reproducción y crianza sobre el cual debe actuarse, dejando relegado al padre adolescente al tradicional rol de “proveedor”. Si consideramos que estos varones también se encuentran en su gran mayoría en situaciones de carencia de recursos o de pobreza, con niveles de instrucción bajos o muy bajos y que además pueden ser menores de edad, entonces la posibilidad de asumir este rol tradicional de proveedor es muy reducida<sup>35</sup>. Entonces, “es muy probable que las condiciones de desventaja socioeconómica y los estereotipos de masculinidad hegemónica, no favorezcan al ejercicio de una paternidad en la que la responsabilidad del cuidado y la crianza sea compartida”<sup>36</sup>. Profundizar acciones en este sentido es un deber que las políticas públicas, sobre todo a nivel sanitario, aún no han atendido.

También es importante profundizar este aspecto a nivel socio educativo, donde las políticas vinculadas a jóvenes generalmente tienen como problema la inserción educativa y laboral de las madres adolescentes, pero no siempre cuentan con los datos ni tienen estrategias específicas para padres adolescentes y jóvenes, dando por

---

<sup>31</sup>MYSU. 2014. Asegurar y avanzar sobre lo logrado. Estado de situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en Uruguay. Monitoreo 2010 – 2014. Pág. 45.

<sup>32</sup>Fuente: INE-ENAJ 2013

<sup>33</sup>MSP (2011). Documento para la discusión interna del DPES-MSP. Pág. 24.

<sup>34</sup>INFAMILIA/MIDES, PNUD, Casa Luna (2011). Mesas de diálogo. Maternidad y paternidad en la adolescencia, problema ¿para quién? Desafíos de las políticas públicas. Pág. 17.

<sup>35</sup>Ibid. Pág. 17

<sup>36</sup>Ibid. Pág. 18

sentado –desde una perspectiva que no alienta la corresponsabilidad– que su paternidad no será impedimento para la concreción de su proyecto educativo o laboral.

### *Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos*

De acuerdo a lo relevado por el Ministerio de Salud Pública, existe un alto nivel de conocimiento sobre por lo menos algún tipo de método anticonceptivo (mayoritariamente el preservativo masculino), por lo que las problemáticas que se derivan de su uso se explican en mayor medida por cuestiones culturales<sup>37</sup>, entre éstas los patrones culturales de género que determinan comportamientos y conductas, la imposibilidad de tomar decisiones o de negociar con respecto al uso del preservativo en una relación representa una problemática derivada de relaciones basadas en asimetrías de poder.

### *Negociación en el uso de métodos anticonceptivos: desigual distribución del poder*

Estudios demuestran que el 43% de mujeres uruguayas no controlan por sí mismas el uso del método anticonceptivo y dependen de la negociación con sus parejas, y fundamentalmente de la voluntad de éstas, para la utilización del preservativo o condón.<sup>38</sup> Por esto, es importante trabajar el empoderamiento de las mujeres en las relaciones de pareja o en “relaciones casuales”, de manera de promover y potenciar las capacidades de decisión personal sobre sus trayectorias reproductivas no dissociada del disfrute de su vida sexual. Esto implica también trabajar con los varones para que se involucren activamente en las decisiones y acciones que hacen a su salud sexual y reproductiva y/o de pareja.

Los datos proporcionados por la ENAJ permiten profundizar sobre la relación entre conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en función de distintas variables de análisis. Casi nueve de cada diez adolescentes y jóvenes utilizan métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales; no obstante, si se atienden los datos según niveles de ingreso, se observa que a medida que aumenta el ingreso, aumenta la proporción de jóvenes y adolescentes que utilizan métodos, observándose una marcada diferencia entre el primer y último quintil de ingresos (82,8% y 96,1%, respectivamente). Entre los y las adolescentes y jóvenes, encontramos que un 96,4%

---

<sup>37</sup>MSP. Problemas Críticos Prioritarios. Problemas referidos a la Salud sexual y Salud reproductiva. Componente: Embarazo Adolescente. Caracterización del problema crítico. Pág. 7

<sup>38</sup>Estos datos surgen de un estudio realizado en 2011-2012 por el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva de Mujer y Salud en Uruguay (MYSU). <http://www.republica.com.uy/cuatro-de-cada-diez-uruguayas-no-controlan-por-si-mismas-el-metodo-anticonceptivo/347876/>

de los varones conocen los diferentes métodos anticonceptivos, y las mujeres en un 94,8%.

De acuerdo a estos datos y otros que dan cuenta del conocimiento de adolescentes y jóvenes sobre métodos<sup>39</sup>, es posible afirmar que a pesar del conocimiento que tiene la población joven es necesario darle mayor difusión a los mismos incorporando aquellos menos conocidos (por ejemplo, los anticonceptivos de emergencia y el implante subdérmico), así como difundir los derechos sexuales y reproductivos y las posibilidades de acceso y servicios que deben ampararles.

#### *Acceso a métodos anticonceptivos*

Otro asunto relevante cuando se analiza el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos es que parece haber una falla importante –sobre todo al pensar en sostener esas prácticas de cuidado- sobre cómo se accede a los métodos. Por ejemplo, dentro de las adolescentes, más de la mitad no acudió a ningún centro de salud para acceder al método, haciéndolo a través de farmacias o comercios.<sup>40</sup> Es necesario insistir en la facilidad para el acceso, la gratuidad y trabajar desde del ámbito de la salud garantizando información calificada desde un marco de derechos. Es importante difundir que dentro de los métodos anticonceptivos, solamente los denominados “métodos de barrera” son los que previenen las infecciones de transmisión sexual; aspecto central teniendo en cuenta el derecho a la atención de calidad así como integral de su salud, que apunte a la mejora de la calidad de vida de las adolescentes, y no únicamente a partir de una mirada de su función reproductiva.

En este sentido, es fundamental considerar el significado de la autonomía progresiva mencionada en el artículo N°8 del Código de la Niñez y Adolescencia, en tanto proceso del desarrollo de las capacidades evolutivas de cada individuo singular que posibilitará el ejercicio pleno de todos los derechos. La autonomía progresiva se traduce en la posibilidad de formarse un juicio propio, poder decidir por sí y asumir las consecuencias de su decisión.

#### *IVE en la adolescencia*

Otro tema de interés es profundizar sobre cómo se han apropiado las adolescentes y mujeres jóvenes del derecho que las habilita a interrumpir voluntariamente el embarazo y las barreras en el acceso a dicha prestación. “Según cifras oficiales del MSP, el 15% de las usuarias que accedieron a la Interrupción Voluntaria del Embarazo

---

<sup>39</sup>Ver relatorías de encuentros con participación adolescente y joven en temas de salud (I y II Desempolvando un derecho, por ejemplo)

<sup>40</sup>MYSU (2013a): Educación Sexual, una construcción permanente. Montevideo, MYSU. Pág. 21

(IVE) según lo previsto en la Ley 18.987 son adolescentes.”<sup>41</sup> Adicionalmente, de acuerdo a un estudio presentado por la organización Mujeres en el horno<sup>42</sup> de consultas recibidas a la Línea Aborto – Información segura 0800 8843, la interrupción voluntaria del embarazo no es un tema para las adolescentes que llaman a la línea (sólo el 7,1% de las mismas tienen entre 14 y 18 años), y sí hay una gran incidencia entre mujeres jóvenes de 18 a 29 años (casi un 60% de las llamadas, aproximadamente la mitad de éstas con al menos un/a hijo/a). Además, en el estudio se constata que la práctica del aborto no se utiliza como un método anticonceptivo (que era un mito previo a la despenalización), sino que el embarazo acontece por otras razones: dificultades para la negociación en el uso de métodos, barreras para el acceso, falta de educación e información sobre su uso, etc. Esto refuerza la idea de realizar acciones que trabajen con las mujeres más jóvenes en una apropiación de sus derechos en los temas de salud sexual y salud reproductiva, y de los servicios a su alcance para acompañar las decisiones que tomen sobre su vida en los aspectos que hacen a la salud sexual y salud reproductiva.

Existen además otras dos cuestiones sobre las que trabajar: en principio, contribuir a una “despenalización cultural” del aborto en el país, esto es, deconstruir las ideas, mitos, estereotipos, preconceptos, miedos y tabúes que han rodeado esta práctica<sup>43</sup> para que sea una opción válida para las mujeres en cuanto a la determinación de su trayectoria reproductiva. Particularmente en adolescentes, cuando el proceso ocurre “en la clandestinidad, la soledad y la estigmatización social, ello a menudo determina el ocultamiento del embarazo y la búsqueda tardía de atención médica, aumentando los riesgos biológicos, psicológicos y sociales. En este contexto, las mujeres adolescentes pueden sentir en mayor medida el castigo social, pudiendo experimentar abandono y soledad, vinculado a la familia y la pareja.”<sup>44</sup> El segundo tema para abordar es ver cómo se está aplicando la ley, y cómo puede difundirse en adolescentes.

---

<sup>41</sup>MSP (2014). Aportes para el Abordaje de la Salud de Adolescentes en el Primer Nivel. s/d. Pág. 82

<sup>42</sup>Mujeres en el horno. Línea aborto - Información segura. Conferencia de prensa de presentación de datos – marzo/noviembre 2014 (Fecha conferencia: 22/12/2014)

<sup>43</sup>Mujeres en el horno. Línea aborto - Información segura. Conferencia de prensa de presentación de datos – marzo/noviembre 2014 (Fecha conferencia: 22/12/2014)

<sup>44</sup>MSP (2014). Aportes para el Abordaje de la Salud de Adolescentes en el Primer Nivel. s/d. Pág. 82

## MARCO NORMATIVO

En las últimas décadas Uruguay ha asumido una serie de compromisos internacionales en el campo de los derechos humanos, a la vez que ha promulgado leyes a nivel nacional que otorgan un marco normativo robusto a la presente Estrategia.

Entre los compromisos internacionales contraídos por el país se destacan la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (1979), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (1994). También son de resaltar las Conferencias Internacionales de las Naciones Unidas, en particular la de Población y Desarrollo (1994) y la Cuarta Mundial sobre la Mujer (1995), con sus respectivas reuniones de seguimiento quinquenales, y el Consenso de Montevideo en el marco de la primera Conferencia Regional de Población y Desarrollo (2013). Principalmente estas últimas instancias, son de especial importancia pues reconocen a los derechos sexuales y reproductivos en tanto derechos humanos fundamentales para la vida de las personas. En lo que refiere al marco legislativo nacional en materia de infancia y adolescencia el documento principal es el Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA, Ley 17823) del año 2004 que acompasó la legislación nacional a la doctrina de protección integral de la la Convención sobre los Derechos del Niño aprobada por Uruguay en 1990. Implicó un cambio paradigmático de la noción de niños, niñas y adolescentes como objetos de derechos a sujetos de los mismos, dado a través del desarrollo de un proceso social, político y parlamentario. En este marco es importante destacar el concepto de autonomía progresiva como parte del proceso internacional y nacional de legitimación y protección de los derechos de niños, niñas y adolescentes. El artículo 16 de la CDN regula el principio de protección y promoción de la autonomía. Niños, niñas y adolescentes la adquieren de manera progresiva, y el Estado y la familia apoyan y protegen su desarrollo de forma que gradualmente ejerza sus derechos, de acuerdo a la evolución de sus facultades. Asimismo, el artículo Nº 18 plasma que se deberá favorecer el desarrollo integral de todas las potencialidades de niñas, niños y adolescentes evitando desigualdades por causa de sexo, etnia, religión o condición social. En determinadas situaciones, el Estado y la sociedad estarán obligados a brindar una atención personalizada. Es deber del Estado garantizar los derechos de las y los adolescentes: a la privacidad y respeto por la confidencialidad; a que sus opiniones sean tomadas en cuenta y tengan un peso decisivo en la resolución del asunto que afecte al niño, y a ser respetados/as en la evolución de sus facultades.

En lo que respecta a institucionalidad de género el país cuenta con la Ley 18.104 de Igualdad de Derechos y Oportunidades entre hombres y mujeres en la República

promulgada en 2007. A través de esta ley se crea el Consejo Nacional de Género (CNG). Se trata de un espacio de definición de las líneas estratégicas de las políticas públicas de género, integrando las voces del Estado, la Academia y la sociedad civil en sus diferentes expresiones. Se crea en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social y es presidido por el Instituto Nacional de las Mujeres, órgano rector de las políticas de género en el país. El CNG cuenta con una planificación quinquenal en cinco ejes de derechos: derecho a una vida libre de violencia de género, derecho al acceso a una educación y cultura sin estereotipos de género, derecho a una vida saludable, derecho a mejores oportunidades de desarrollo en el mundo del trabajo productivo y empresarial y derecho al empleo de calidad y desarrollo de capacidades laborales. Asimismo, incorpora un eje transversal de trabajo en presupuesto con enfoque de género.

En el campo de la salud se destaca la Reforma del Sector que implicó la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, e 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. Asimismo, la ley nº 18.335 (2008) y su respectivo decreto (2010) regula los derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud, y 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 2015 el Ministerio de Salud Pública definió una serie de Objetivos Sanitarios Nacionales para 2020 entre los que se encuentra el embarazo en adolescentes.

Específicamente en lo que refiere a salud sexual y reproductiva el país cuenta con la Ley nº 18.426 de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva del año 2008, reglamentada en 2010 a través del Decreto nº 293 del Ministerio de Salud Pública. 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.

En lo que respecta específicamente a educación, resulta importante destacar que Uruguay cuenta con un Programa Nacional de Educación Sexual creado en 2006 por parte del Consejo Directivo Central de la Administración Nacional de Educación Pública e implementado en cada subsistema: primaria, secundaria, formación docente y formación técnico profesional. Asimismo, en el marco de la promoción de derechos reproductivos de las adolescentes, se cuenta con la circular del Consejo 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 referido a Violencia Basada en Género y Generaciones, Uruguay cuenta con la ley nº 17.514 de Prevención de la Violencia Doméstica del año 2002 y la ley nº 17.815 sobre Violencia Sexual, comercial y no comercial contra niños, niñas y adolescentes del año 2004. A su vez, la ley nº 17.707 de 2002 transforma los Juzgados de Familia en Juzgados Especializados, y se crean los primeros Juzgados Especializados en Violencia Doméstica. La ley nº 17.861 de 2005 ratifica el Protocolo Facultativo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, y la ley nº 18.214 de 2007 prohíbe el castigo físico o humillante hacia niñas, niños y adolescentes por parte de padres o cuidadores. A su vez, la ley nº 18.850 de 2008 refiere a la reparación a hijas e hijos de personas fallecidas como consecuencia de hechos de Violencia Doméstica, y la ley 18.561 del 2009 sobre Acoso sexual en el trabajo y en la enseñanza, con el fin de prevenir y sancionar el acoso sexual y proteger a las víctimas de una “forma grave de discriminación y de desconocimiento del respeto a la dignidad de las personas que debe presidir las relaciones laborales y de docencia” en el ámbito público y en el privado. El país cuenta con dos mecanismos interinstitucionales sobre esta problemática: el Consejo Nacional Consultivo de Lucha Contra la Violencia Doméstica y el Sistema Integral de de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia. A su vez, el 2016 se lanzó el Plan de Acción 2016-2019: “Por una vida libre de violencia de género, con mirada generacional”, en el que se enmarcan las acciones vinculadas a violencia de esta Estrategia.

Por otra parte, en lo que refiere a al campo de los cuidados en el año 2015 se promulgó la Ley N° 19353 de Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC). Su objeto principal es la promoción del desarrollo de la autonomía de las personas en situación de dependencia, su atención y asistencia. El SNIC se plantea como un conjunto de acciones y medidas orientadas al diseño e implementación de políticas públicas que constituyan un modelo solidario y corresponsable entre familias, Estado, comunidad y mercado.

En materia de Planes y Estrategias en infancia, adolescencia y juventud el país elaboró una Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia 2010 - 2030 (ENIA) en el marco del Consejo Nacional de Políticas Sociales. También en este marco cuenta con un Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia 2016 – 2020 impulsado por las Direcciones de Políticas Sociales y Uruguay Crece Contigo del MIDES e INAU; y con un Plan de Acción de Juventudes 2015-2025 impulsado por el Instituto Nacional de la Juventud del MIDES en conjunto con la Comisión de Juventud del Gabinete Social.

Para finalizar es importante destacar el rol fundamental de la sociedad civil organizada en Uruguay para el logro de los instrumentos legales y concreción de derechos antes expuestos. Asimismo, el país cuenta con una serie de políticas públicas y otros instrumentos enmarcados en el esta legislación y diseñados e implementados por las instituciones que integran la presente Estrategia.

**OBJETIVO GENERAL:** Disminuir la incidencia del embarazo no intencional en adolescentes y sus determinantes, garantizando la promoción y el ejercicio de sus derechos.

<b>COMPONENTES</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>
<b>COMPONENTE 1: ADOLESCENTES</b>	1. Fortalecer las condiciones para el ejercicio de los DDSSyDDRR y la toma de decisiones reproductivas con autonomía de las y los adolescentes, promoviendo proyectos de vida diversos que cuestionen los modelos tradicionales de género.
<b>COMPONENTE 2: ADOLESCENTES QUE TRANSITAN UN EMBARAZO</b>	2. Fortalecer la detección y captación oportuna para la atención de la adolescente en la interrupción o continuidad del embarazo, buscando el involucramiento de su entorno social cercano
<b>COMPONENTE 3: ADOLESCENTES MADRES Y PADRES.</b>	3. Garantizar el acceso a oportunidades, el ejercicio de derechos y la protección de las adolescentes embarazadas, madres y padres, apoyando la prevención de embarazos no intencionales reiterados.
<b>COMPONENTE 4: IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS</b>	4. Implementar en forma articulada en el territorio las políticas públicas vinculadas a la Estrategia.

## **APARTADO EN ELABORACION CON SISTEMA DE MONITOREO**

### **Componente 1: Adolescentes**

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1. Fortalecer las condiciones para el ejercicio de los DDSSyDDRR y la toma de decisiones reproductivas con autonomía de las y los adolescentes, promoviendo proyectos de vida diversos que cuestionen los modelos tradicionales de género.**

<b>LÍNEAS DE ACCIÓN</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RESPONSABLE</b>
Realizar una campaña comunicacional de la Estrategia de prevención del embarazo no intencional en adolescentes.	Campaña comunicacional interinstitucional. Actividades de difusión de la Estrategia en las instituciones participantes.	Comisión inter-institucional de comunicación.

<p>Problematizar mandatos tradicionales de género para la generación de sociedades más igualitarias, con énfasis en la construcción de nuevas masculinidades jóvenes.</p>	<p>Campaña “#Existen: Jóvenes que hacen la diferencia” en redes sociales.</p> <p>Campaña Nuevas Masculinidades</p> <p>Campaña “Diversas maneras de ser joven”</p> <p>Campaña: Niñas, niños y adolescentes uruguayas y uruguayos s rompiendo mandatos de género en Ciencia y Tecnología.</p> <p>Inclusión de un ciclo específico de cine con perspectiva de nuevas masculinidades y que dé cuenta de modelos de género alternativos a los tradicionales en la línea de</p>	<p>INMUJERES e INJU</p> <p>MEC ANEP INMUJERES / EJE 2 CNG</p> <p>INMUJERES en coordinación con PES y Red de género ANEP</p> <p>MEC</p> <p>DNPSC, MIDES</p>
---	---	--

	<p>acción «Vía Libre»2).</p> <p>Proyecto “Por el juego y por tus derechos: una transformación cultural a través del fútbol”</p> <p>Presentación y distribución del Folleto “Qué es masculinidad”.</p> <p>Inclusión del enfoque de género en las publicaciones que se realizan desde Cultura Científica. Convocar, desde los diferentes niveles de intervención de Cultura Científica, a la gestión de proyectos que impliquen la deconstrucción de los mandatos de género vinculados a la Ciencia y a la Tecnología.</p> <p>Monitoreo y supervisión de esta perspectiva en todos los dispositivos de atención adolescente en el Sistema INAU.</p>	<p>INMUJERES en coordinación con ONU Mujeres, ONFI y OFI</p> <p>INMUJERES INJU UCC</p> <p>MEC</p> <p>INAU</p>
Asegurar el acceso de las y los adolescentes a la orientación/	Campañas de difusión masivas para mejorar la vivencia	MSP

<p>educación oportuna para una vivencia de la sexualidad saludable, placentera y sujeta a derechos.</p>	<p>de una sexualidad informada, consensuada, placentera y segura: Difundir APP Gurú del sexo</p> <p>Difusión en la temática a través de la APP Tarjeta Joven</p> <p>Espacios de escucha, diálogo, asesoramiento y problematización (individual y colectivos) sobre sus proyectos, entre ellos las maternidades y las paternidades, asesorar y acompañar en el acceso a los espacios de salud, especialmente en el acceso a MAC y a IVE, promover los DDSSyR en los diversos espacios por donde transitan las y los adolescentes (programas socioeducativos, educación no formal).</p> <p>Integración y fortalecimiento de los abordajes en DSS y RR con adolescentes en todo el Sistema INAU. Instancias de educación sexual, asesoramiento y consejería a los y las adolescentes vinculados a la Institución.</p> <p>Talleres de promoción de DDSSyRR dirigidos a adolescentes en CPDs.</p>	<p>INJU</p> <p>JER/ INJU</p> <p>INAU</p> <p>INMUJERES en coordinación con</p>
---	--	---

	<p>Asesoramiento en estas temáticas a través del Centro de Información a la Juventud.</p> <p>Ponderación de la promoción de los DDSSyRR y el embarazo no intencional en adolescentes en los siguientes Fondos:</p> <p>Fondos MÁS</p> <p>Fondos Iniciativas Juveniles</p> <p>Fondos de iniciativas de niños, niñas y adolescentes</p> <p>Ponderación específica de enfoques de nuevas masculinidades y roles de género alternativas en los llamados de Fondos Nuevos Sentidos. La convocatoria de 2017 ponderará especialmente aquellos proyectos que aborden el tema embarazo adolescente y ejercicio de los DDSSyRR en la juventud.</p> <p>Reedición e impresión de Guías “Eligiéndonos”</p>	<p>DNPSC /MIDES</p> <p>ANEP/PES</p> <p>INJU</p> <p>INMUJERES</p> <p>INJU</p> <p>INAU</p> <p>DNPSC, MIDES</p> <p>INMUJERES</p>
--	---	---

	<p>Distribución Juego accesible a jóvenes ciegas/oas y con baja visión “Elegí tu camino” en Centros especializados y versión digital en plataforma CEIBAL.</p> <p>Línea de tiempo = Ciclos de vida, educación y DD.SS.RR (reservorio de recursos educativos y normativa)</p> <p>Seguimiento de protocolos de prevención de embarazo en adolescentes, desarrollados por prestadores de salud en el marco del compromiso de gestión.</p> <p>Se instalará al menos en un servicio de salud por área o región el dispositivo grupal (grupo terapéutico) Modo 2 de las prestaciones de salud mental, para trabajar aspectos vinculados a la autoestima, afectividad y relacionamiento interpersonal, derechos, modelos de género (masculinidad y femineidad), violencia y abuso</p>	<p>INMUJERES en coordinación con PRONADIS y Plan CEIBAL.</p> <p>Comisión interinstitucional de Educación y DD.SS.RR. MSP – ANEP – MEC – INMUJERES – UNFPA y Plan CEIBAL.</p> <p>MSP</p> <p>ASSE</p>
--	--	---

	<p>sexual, trabajando fuertemente la inserción en instituciones y programas educativos y de inclusión, tiempo libre y de recreación, proyectos de vida etc.</p> <p>Se prestará especial atención a aquellas adolescentes mujeres que presenten riesgo de abandono educativo, o que estén fuera de la educación quienes serán captados por actores de la educación y quienes trabajan en programas de cercanía por ejemplo UCC y Jóvenes en Red. Para ellas se realizarán Grupos terapéuticos (modo 1) coordinadas por psicólogas del Espacio Adolescente.</p> <p>«Pintá tu lugar, pintá tu mundo»: línea de acción que implica la puesta en valor de espacios de convivencia, con trabajo al interior de la comunidad o de los centros educativos (DNPSC, MIDES). 2) Trabajo desde el componente de Convivencias de los Centros Educativos Promotores de Derechos (CPD).</p> <p>Ofrecer a las Redes Locales, en los distintos departamentos del país, espacios para la difusión y abordaje específico de las temáticas con niños, niñas, adolescentes y docentes, durante las actividades de Cultura Científica (Semana de la ciencia y la Tecnología,</p>	<p>ASSE</p> <p>DNPSC, MIDES</p> <p>MEC</p>
--	--	--

	<p>Congresos y Ferias de Clubes de Ciencia, Campamentos)</p> <p>Alianzas con Cultura de acciones creativas que coloquen a la educación sexual, y la prevención de embarazos no intencionales en adolescentes en la escena.</p> <p>Foros de discusión y debate docentes y alumnos, en el marco de Educación y TICs.</p> <p>Foros de discusión y debate a través de un Blog de Cultura Científica donde se aborde la SSySR de manera transversal al ABP (Aprendizaje Basado en Proyectos).</p> <p>Inclusión de estos temas en las acciones de Cultura Científica, Clubes de Ciencias, Semana de la ciencia y la tecnología, Concursos, Campamentos.</p> <p>Trabajar la temática involucrando a la cultura y desde el escenario a través de obras de teatro que impliquen la problematización del embarazo no intencional en adolescentes (Fábricas de cultura). Desde Fábricas de Cultura se realizará una obra de teatro negro con títeres sobre violencia de género. Cuando comiencen los talleres se podrá generar una obra sobre el embarazo adolescente, la cual hay que pensarla y</p>	<p>MEC</p> <p>MEC</p> <p>MEC/ INMUJERES</p> <p>MEC</p> <p>MEC</p>
--	--	---

	escribirla para luego llevarla a escena.	
Asegurar acceso a MAC en los prestadores de salud integrales y no integrales según pautas del MSP y OSN 2020.	<p>Seguimiento y fiscalización por parte del MSP. Aseguramiento de insumos anticonceptivos al sistema. Fortalecimiento de la distribución y el acceso.</p> <p>Los adolescentes que se detecten (tanto en centros educativos, como UCC u otros de cercanía, INAU) sin carne de salud actualizado deben ser referidos a control de salud en el punto más cercano. Si se valora riesgo alto se agenda la consulta desde el domicilio o espacio de cercanía en el que haya sido detectada la situación. Cada espacio adolescente y puntos de atención deben asegurar una agenda con números semanales disponibles para la atención de estas situaciones (la cantidad de números se definirá en cada RAP).</p> <p>Asegurar el derecho al acceso del total de métodos anticonceptivos a los y las adolescentes que así lo requieran.</p>	<p>MSP</p> <p>ASSE</p> <p>INAU (División Espacio Salud)</p>
Flexibilizar las vías de acceso a los métodos anticonceptivos y específicamente los preservativos.	<p>Construir un plan de acción para la colocación de expendedores de condones en lugares públicos de acercamiento y concentración de adolescentes y jóvenes según OSN 2020. Desmedicalizar la entrega de preservativos masculinos y femeninos.</p> <p>Ampliar las potestades del equipo de salud para los procesos de orientación anticonceptiva y entrega de</p>	<p>MSP</p> <p>MSP</p>

	<p>MAC a la población.</p> <p>Elaboración de kits de Anticoncepción para ser entregados en los servicios de emergencias del SNIS.</p>	MSP
<p>Contribuir a la erradicación de la violencia de género hacia las y los adolescentes, desde la prevención, detección y asistencia oportuna en Violencia Doméstica y Violencia Sexual.</p>	<p>Equipos de Referencia en violencia doméstica y violencia sexual en todos los prestadores del SNIS con capacidad de respuesta hacia los/as adolescentes.</p>	MSP
	<p>Servicios de Emergencia. Implementar instrumentos y mecanismos para la detección precoz y abordaje oportuno de la violencia doméstica y sexual hacia niñas, y adolescentes.</p>	MSP
	<p>Formación y capacitación personal servicios de emergencia en salud para asistencia a Violencia Doméstica y Sexual hacia mujeres, niñas, niños y adolescentes.</p>	MSP
	<p>Protocolo preliminar para el Abordaje del Sector Salud a Situaciones de Abuso y maltrato en niñas/os y adolescentes, la meta es tener validado el documento preliminar en 2017 (en proceso).</p>	MSP
	<p>Acuerdos interinstitucionales para el cumplimiento de los</p>	MIDES- INMUJERES-

	<p>Mapas de Ruta y Protocolos existentes para esta temática.</p> <p>Continuar la ejecución de la “Campaña Noviazgos libres de Violencia”.</p> <p>Ejecutar formación de multiplicadores/as adolescentes y jóvenes en prevención de violencia en el noviazgo: “Que pinte sin violencia”.</p>	<p>INJU-DNPS-; INAU; MEC; ANEP; SIPIAV – Comités de Recepción Local; Comisiones Departamentales de Lucha contra la VD.</p>
--	--	--

## Componente 2: Adolescentes que transitan un embarazo

### 2. Fortalecer la detección y captación oportuna para la atención de la adolescente en la interrupción o continuidad del embarazo, buscando el involucramiento de su entorno social cercano.

LÍNEAS DE ACCIÓN	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
<p>Captar, acompañar y mejorar la atención integral de adolescentes que se encuentran cursando un embarazo, incluyendo el acceso a IVE.</p>	<p>Brindar a los y las adolescentes espacios de escucha, dialogo, asesoramientos y problematización sobre sus proyectos, entre ellos las maternidades y las paternidades. Asesorar y acompañar en el acceso a los espacios de salud, especialmente en el acceso al IVE.</p> <p>Programa de Acompañamiento de UCC a las</p>	<p>JER/ INJU</p> <p>INAU</p>

	<p>adolescentes y las mujeres que transitan su embarazo y la crianza de sus hijos pequeños, en situación de trata y tráfico, se implementa en forma conjunta con el equipo de INMUJERES del MIDES que aborda estas temáticas.</p> <p>Elaboración de Protocolos de procesos de atención en el ámbito del SNIS, asociado a los procesos de</p> <p>Acreditación en Buenas Prácticas, incorporando a los agentes socioeducativos como integrantes del equipo de salud en los prestadores públicos y privados.</p> <p>Captación, control y seguimiento oportuno de las adolescentes que deciden continuar su embarazo.</p> <p>Grupos de embarazadas (salas de encuentro, grupos de crianza, preparación para el nacimiento y parto, etc)</p> <p>Activar sistema de alerta en historia clínica electrónica o con dispositivo de tarjeta rosada para el seguimiento de la embarazada y llamado telefónico si no concurre al control.</p>	<p>UCC</p> <p>Con Inmujeres</p> <p>MSP (OSN)</p> <p>MSP ASSE INAU</p> <p>ASSE</p> <p>ASSE</p>
--	---	---

	Dentro del programa Jóvenes en Red abordajes a mujeres y varones que estén cursando embarazo, puerperio, así como maternidades y paternidades. (intervención en situaciones de violencia, de consumo, de dificultades en los aprendizajes, discapacidad y otras situaciones de alta complejidad)trabajo grupal con los y las jóvenes profundizando en género, cuidados, maternidades y paternidades.	INJU/JER
Asegurar la calidad de la atención de las adolescentes durante el embarazo y el nacimiento.	<p>Promoción de la anticoncepción post evento obstétrico (Aborto, IVE, nacimiento) como práctica en todas las maternidades del país</p> <p>Desarrollo de Maternidades Únicas con complementación público/privado, acreditadas en Buenas Prácticas de calidad y hospitales departamentales que adapten los cuidados hospitalarios a las necesidades de atención del adolescente.</p> <p>Coordinación con los técnicos de Plan Aduana y UCC para el seguimiento en domicilio y el apoyo nutricional. Trabajo coordinado con Licenciados en Psicología de los Espacios Adolescentes.</p> <p>Implementar en las maternidades áreas de internación post-parto exclusivas para adolescentes, con el modelo de la Sala 4 de Adolescentes del CHPR, integradas por</p>	<p>MSP</p> <p>MSP ASSE</p> <p>ASSE/ UCC</p> <p>ASSE/ CHPR</p>

	<p>equipos interdisciplinario (ginecólogos, pediatras, psicólogos, trabajadores sociales, licenciadas) que permita un abordaje integral del binomio, intentando mejorar el abordaje de las y los adolescentes en el inicio de su maternidad/paternidad, asegurar el acceso a métodos anticonceptivos post-evento, facilitar la conexión con diferentes redes sociales, así como la contrareferencia con el primer nivel de atención.</p> <p>Referenciar luego del nacimiento a las adolescentes al primer nivel de atención, mediante la implementación de un formulario de contrareferencia del puerperio. El mismo permite una información sistematizada para el profesional que continua el proceso asistencial en su lugar de referencia y por otro lado sistematizar la asistencia brindada dentro del Hospital. Cuenta con un sistema de check list que asegura que la paciente ha recibido todas las prestaciones en Salud y sociales correspondiente.</p>	<p>ASSE/ CHPR</p>
<p>Contribuir a la erradicación de la violencia de género hacia las y los adolescentes, desde la prevención, detección y asistencia oportuna en Violencia Doméstica y Violencia Sexual.</p>	<p>Validación y capacitación en el Manual clínico de la OMS sobre Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual en Cerro Largo y en Montevideo.</p>	<p>MSP</p>

### Componente 3: Adolescentes madres y padres.

#### 3. Garantizar el acceso a oportunidades, el ejercicio de derechos y la protección de las adolescentes embarazadas, madres y padres, apoyando la prevención de embarazos no intencionales reiterados.

LÍNEAS DE ACCIÓN	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Apoyar a los y las adolescentes que deciden desarrollar proyectos de maternidad y paternidad temprana para que esta condición no redunde en situaciones de exclusión y vulnerabilidad.	Generación de adecuaciones curriculares o propuestas educativas diferenciadas para madres y padres adolescentes.	ANEP
	Proyectos destinados padres y madres adolescentes y sus hijos que mantienen su autonomía	INAU
	Centros de Modalidades Alternativas de Cuidados para madres adolescentes y sus hijos.	INAU
	Experiencia piloto de Espacios de cuidado para hijos de madres y padres adolescentes en centros educativos de enseñanza media (DNPSC, MIDES) con oferta de programas de extra edad en turno nocturno (Canelones, Young y Montevideo [Cerro])	DNPSC/ MIDES
Prevenir la reiteración de embarazos no intencionales en	Provisión de MAC según pautas de MSP y OSN 2020.	MSP/ ASSE

<p>adolescentes.</p>	<p>Consejería y trabajo socio pedagógico y sanitario para prevenir el segundo embarazo en el marco del trabajo de cercanía de UCC.</p> <p>Fortalecer la captación de mujeres adolescentes madres o cuidadoras, internadas en diferentes sectores del CHPr, sea en Hospital de la Mujer o concurriendo al Hospital Pediátrico por cuidado de niños internados. Se realiza la articulación con la Unidad de Derivación y Enlace (UDE) del CHPR, de forma de no perder oportunidades de abordaje integral en salud. Dentro de estas estrategias se incluye: consultas inmediatas en SSYR, asegurando promoción de salud y prevención de enfermedad, asegurando la satisfacción de necesidades anticonceptivas.</p> <p>Se realiza la captación, detección e identificación con enfoque de riesgo de las madres adolescentes de los niños hospitalizados, se planifican intervenciones breves y se realiza la coordinación pertinente para asegurar la continuidad asistencial en el primer nivel de</p>	<p>UCC</p> <p>INJU IMPULSA</p> <p>ASSE/CHPR</p> <p>ASSE</p>
----------------------	---	---

	<p>atención. <i>(se puede referir al documento para mayor desarrollo)</i></p> <p>Instancias de educación sexual, asesoramiento y consejería a los y las adolescentes vinculados a la Institución. Facilitar las consultas inmediatas en SSyRR. Acceso a MAC.</p>	<p>INAU (División Espacio Salud)</p>
<p>Contribuir a la erradicación o Prevenir, detectar y brindar asistencia oportuna de la VD y VS hacia las adolescentes madres y padres.</p>		

#### Componente 4: Implementación de políticas públicas

#### 4. Implementar en forma articulada en el territorio las políticas públicas vinculadas a la Estrategia.

LÍNEAS DE ACCIÓN	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
<p>Fortalecer la coordinación territorial intersectorial e interinstitucional para abordar el embarazo en la adolescencia.</p>	<p>Identificación y georeferenciación <a href="http://www.mapa.mides.gub.uy">www.mapa.mides.gub.uy</a> de equipos que trabajan con adolescentes en cada territorio.</p>	<p>MIDES en coordinación con INAU;MSP;ASSE;ANEP</p>

	<p>Consolidar redes locales con énfasis en los TSE.</p> <p>Elaboración de mapa de ruta intersectorial (nacional con expresión a nivel territorial) para la prevención del embarazo no intencional en adolescentes.</p> <p>Reuniones mensuales de intercambio, coordinación y capacitación en servicio entre referentes en territorios de programas de cercanías, salud, educación (intersectorial).</p> <p>Espacios adolescentes, como equipos de referencia en esta población según Plan de Acción de ASSE.</p> <p>Implementación de equipos básicos en territorio (EBT) tendrán una población a cargo a la cual seguir y velar</p>	<p>Todas las de TSE</p> <p>MSP</p> <p>ASSE</p> <p>ASSE</p> <p>ASSE</p> <p>INAU</p>
--	--	--

	<p>por una atención integral según su riesgo en salud y etapa de la vida de las personas, con énfasis en su abordaje en la mujer embarazada y primera infancia.</p> <p>Diseño e implementación de dispositivos combinados de trabajo en el hogar y comunitario. UCC, el Programa CAIF/INAU y Centro Diurnos (CAPI)/INAU se han propuesto llevar adelante actividades conjuntas que permitan mejorar la complementariedad y la coordinación de las intervenciones.</p> <p>Elaboración de protocolos. Brindar herramientas (rutas a nivel de territorio) para sostener a las adolescentes ante un embarazo. Elaborar indicadores de riesgo, captación de adolescentes en mayor riesgo de embarazo, qué ocurre entre que dejan la escuela y entran a los centros juveniles.</p> <p>Fomentar la integración y participación de los miembros del Equipo de Cultura Científica a las redes locales que estén trabajando en esta temática, a fin de ofrecer los espacios generados por el Programa para la realización de actividades la difusión y abordaje específico de las temáticas con adolescentes y docentes.</p>	<p>UCC</p> <p>Intersectorial</p> <p>MEC</p>
--	--	---

<p>Implementar acciones de participación de las y los adolescentes en la gestión de estrategias específicas interinstitucionales vinculadas al embarazo en la adolescencia en territorios.</p>	<p>JOCCAS (jornadas comunitarias de afectividad y sexualidad). Se realizarán en conjunto con centros educativos, y organizaciones y programas del territorio. Se presentará la estrategia en todas las regiones, para definir en conjunto los referentes departamentales. Se espera realizar una jornada por departamento en el año.</p> <p>Promotores adolescentes</p> <p>Formación de alumnos liceales de los últimos años para realizar actividades lúdico-educativas con escolares de la misma zona, en temas relativos a la afectividad y sexualidad. (promotores adolescentes, liderazgo juvenil)</p> <p>Coordinación de los Equipos de Cultura Científica con los Promotores y Líderes juveniles en las diferentes comunidades locales a fin de ofrecer los espacios generados por el Programa para la realización de actividades la difusión y abordaje específico de las temáticas con las/os adolescentes que participan de ellos</p> <p>Realización del III Desempolvando un derecho:</p>	<p>CPD/MIDES MEC</p> <p>ASSE</p> <p>INAU PROPIA</p> <p>ASSE en coordinación con ANEP</p> <p>MEC</p>
--	--	---

	<p>adolescentes y jóvenes discutiendo la salud (Congreso Nacional)</p> <p>Espacios de participación ciudadana orientado a los adolescentes/ jóvenes sobre temas que incluyan el embarazo adolescente, la maternidad y paternidad, el acceso a la información sobre DDSSRR.</p>	<p>INJU, MSP, INMUJERES</p> <p>Consejo Nacional de Jóvenes. INJU</p>
<p>Implementar procesos de formación y capacitación de los equipos técnicos (públicos y privados) de las distintas instituciones participantes, para que incorporen una mirada transversal de derechos, género y adolescencia en el trabajo en sexualidad, prevención del embarazo no intencional y parentalidades adolescentes.</p>	<p>Formación intersectorial y territorial dirigida a equipos y profesionales que trabajan con adolescentes, que finalizará con la elaboración de mapas de ruta territoriales para la implementación de la Estrategia.</p> <p>Cursos virtuales de educación sexual dirigidos a docentes y educadores. Se abordará: DDSSyRR en la adolescencia – Marco Normativo (MAC, embarazo, IVE, etc.), habilidades comunicacionales y vinculares, toma de decisiones autónomas, resolución de conflictos en un marco de derechos, sexualidad(es) y subjetividad(es). Placer. Relaciones de género. Diversidad(es)</p> <p>Talleres de DDSSyRR dirigidos a referentes de la educación, salud, programas MIDES en territorio y sociedad civil.</p>	<p>Todos los organismos</p> <p>PES – ANEP</p> <p>INMUJERES</p>

	<p>Cursos virtuales de educación sexual en la primera infancia.</p> <p>Taller sobre embarazo y puerperio y Taller sobre Maternidad y paternidad, pauta de crianza y proyectos de vida. La emergencia del embarazo requiere de un acompañamiento y apoyo específico en tanto: La adaptación a un hijo (especialmente el primero) implica la adaptación a una situación nueva. Este momento oficia también como una oportunidad de cambio y de crecimiento. El abordaje grupal funciona como sostén al poder compartir experiencias de vida, inquietudes, miedos, expectativas y deseos.</p> <p>Cursos presenciales de educación sexual</p> <p>Elaboración de materiales de consulta</p> <p>Elaboración de materiales educativos</p>	<p>MEC ANEP INMUJERES y PLAN CEIBAL</p> <p>INJU/JER</p> <p>MEC</p> <p>En coordinación con ANEP e Inmujeres</p>
--	--	--

	<p>Conformación de grupos territoriales.</p> <p>Cursos virtuales de: 1) Diversidad; 2) Noviazgos libres de violencia; 3) Educación y afrodescendencia; 4) Nuevas masculinidades; 5) Enfoque de género en la primera infancia.</p> <p>Inclusión de la temática como una línea de acción dentro de la planificación anual los CECAP. Sensibilización de coordinadores y educadores. Participación en protocolos.</p> <p>Fortalecimiento de los equipos de los espacios adolescentes y los equipos centrales de SS y SR en el marco del SNIS y otros prestadores no integrales para potenciarlos en un rol creativo, y mejorar su capacidad de articulación con el resto de los servicios, en la prevención y abordaje del embarazo en adolescentes.</p> <p>Capacitación de los equipos de salud (profesional de</p>	<p>MEC ANEP INMUJERES y PLAN CEIBAL</p> <p>MEC</p> <p>MSP</p> <p>ASSE</p>
--	---	---

	<p>salud, personal técnico, personal administrativo) en el respeto de los derechos de las y los adolescentes para el ejercicio de una sexualidad placentera y segura reforzando su rol de receptores. Poner atención en los derechos sexuales de la población adolescente con discapacidad.</p> <p>Solicitar a la DT de cada prestador un Plan de Acción para asegurar los DDSSRR de los adolescentes y prevenir el Embarazo adolescente no deseado, elaborado en conjunto por el Equipo Central de SS y SR y los referentes de los Espacios Adolescente del prestador; se priorizarán los efectores públicos y privados con mayores niveles de embarazo adolescente, en base a datos del SIP.</p> <p>Inclusión de un módulo sobre toma de decisiones, embarazo en la adolescencia y violencia en el Plan Ceibal en Inglés. Cursos para docentes y materiales de apoyo.</p> <p>Cursos sobre la incorporación del enfoque de género y masculinidades en las políticas públicas, en programas</p>	<p>ASSE</p> <p>PES/ Plan Ceibal y UNFPA</p> <p>Inmujeres/ MIDES</p>
--	---	---

	<p>dirigidos a adolescentes y jóvenes.</p> <p>Capacitación en género de equipos de comunicación y prensa de presidencia y sectoriales. Producto seguimiento y certificación. Inclusión de embarazo en adolescentes como tema a abordar.</p> <p>Capacitación y elaboración de materiales en sexualidad e infancia para equipos de UCC.</p>	<p>OPP en coordinación con INMUJERES</p> <p>UCC</p>
<p>Profundizar en la producción de conocimiento, con énfasis en la incorporación de la variable étnico-racial, de los varones, la detección de violencia basada en género, y de las representaciones y expectativas de las adolescentes al momento de quedar embarazadas.</p>	<p>Realizar un módulo temático en la Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (ENAJ) para continuar avanzando en la generación de información sobre la situación de vida de adolescentes y jóvenes de Uruguay, (sujeto a financiamiento).</p> <p>Sistematización de trayectorias educativas, de información que da alertas sobre posibilidad de desvinculación. Ver cómo se linkea con embarazo en adolescentes.</p> <p>Investigación trayectorias de población afro, visibilizar situación específica de las adolescentes afro</p>	<p>INJU</p> <p>ANEP</p> <p>OPP en coordinación con INMUJERES</p>

	<p>embarzadas y madres.</p> <p>Investigación MIDES sobre embarazo en adolescentes no intencional.</p> <p>Concurso Juvenil por parte de Cultura Científica de proyectos de investigación en las temáticas de Salud Sexual y Reproductiva y Violencia de género.</p>	<p>INMUJERES – INJU - DINEM</p> <p>MEC en coordinación con ANEP, INMUJERES y MSP.</p>
<p>Contribuir a la erradicación de la violencia de género hacia las y los adolescentes, desde la prevención, detección y asistencia oportuna en Violencia Doméstica y Violencia Sexual.</p>	<p>Potenciar la coordinación territorial, intersectorial e interinstitucional enmarcada en las Líneas del “Plan de Acción 2016-2019: por una vida libre de violencia de género, con mirada generacional” para abordar el embarazo adolescente.</p> <p>Difusión de la Estrategia en las Comisiones Departamentales de lucha contra la Violencia Doméstica - Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica (CNCLVD) y Comités de Recepción Local (SIPIAV)</p> <p>Capacitación de equipos intersectoriales en Violencia Basada en Género y Violencia en el noviazgo.</p>	<p>Comisiones Departamentales de lucha contra la Violencia Doméstica - CNCLVD y Comités de Recepción Local - SIPIAV</p> <p>CNCLVD y SIPIAV</p> <p>INMUJERES</p>

## Bibliografía

Aguirre, Rosario: (2013): "Personas ocupadas en el sector cuidados", Grupo de Trabajo de Sistema Nacional de Cuidados, ONU Mujeres, OIT

Arilha, M. (1999). "Homens, saúde reprodutiva e gênero: o desafio da inclusão". En K.Giffi n y S. H. Costa (comps.) Questões de saúde reprodutiva. Río de Janeiro.

Barran, J.P (1999). Medicina y sociedad en el Uruguay del 900. La invención del cuerpo. Ed. Banda Oriental, Montevideo.

Batthyány, Genta, Tomassini (2012). Argumentos que transforman Nº2. Mujeres jóvenes que cuidan pero no estudian ni trabajan en el mercado.

Batthyany, Karina. Los tiempos del bienestar social. Género, trabajo no remunerado y cuidados en Uruguay. /Montevideo-Uruguay, 2015.

CLADEM (2016). Balance Regional. Niñas Madres. Embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe.

Correa S., Petchesky R. (1995): "Reproductive and sexual rights: a feminist perspective". Population Policies Reconsidered, Health, Empowerment and Rights. IWHC, NYC.

Erviti, J, Itzel A, Sosa-Sánchez, Castro R "Instituciones hegemónicas, varones como agentes reproductivos y equidad de género". Ponencia presentada en el III Coloquio Internacional de Estudios sobre Varones y Masculinidades. Medellín, Colombia, 3-5 de diciembre de 2008.

INE-ENAJ 2013

INFAMILIA/MIDES, PNUD, Casa Luna (2011). Mesas de diálogo. Maternidad y paternidad en la adolescencia, problema ¿para quién? Desafíos de las políticas públicas.

Filardo, V (2015). Mirada Joven. Cuadernos Temáticos de la ENAJ Nº 1.

López, A y Varela, C (2016) *Maternidad en adolescentes y desigualdad social en Uruguay. Análisis territorial desde la perspectiva de sus protagonistas*. Montevideo, Udelar, UNFPA.

Marchi, N. *et al.* (2005) "Opción por la vasectomía ¿participación masculina en la anticoncepción o falta de alternativas?" En: E. Pantelides y E. López, E. (comp.) *Varones latinoamericanos*. Buenos Aires. Paidós.

Ministerio de Desarrollo Social y Facultad de Ciencias Sociales (2008 – 2013). Cambios y permanencias en las transiciones a la vida adulta de los jóvenes en Uruguay.

Ministerio de Salud Pública. Problemas Críticos Prioritarios. Problemas referidos a la Salud sexual y Salud reproductiva. Componente: Embarazo Adolescente. Caracterización del problema crítico.

MSP (2014). Aportes para el Abordaje de la Salud de Adolescentes en el Primer Nivel

MYSU. Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva de Mujer y Salud en Uruguay.

- MYSU (2013): Educación Sexual, una construcción permanente. Montevideo.
- MYSU (2014). Asegurar y avanzar sobre lo logrado. Estado de situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en Uruguay. Monitoreo 2010 – 2014.
- OPS-OMS (1979) Condiciones de salud del niño en las Américas. Publicación Nº 381.
- Primera Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones, Uruguay 2013.
- Encuesta de Prevalencia de Violencia Domestica en Servicios de Salud, Uruguay 2013.
- Informe SIPIAV, Uruguay 2015
- Relatorías de encuentros con participación adolescente y joven en temas de salud (I y II Desempolvando un derecho.
- Varela, et al, (2014) Atlas Sociodemográfico y de la Desigualdad del Uruguay. La Fecundidad en el Uruguay, (1996-2011) Fascículo 3.
- Varela, C- Tenenbaum, M y Lara, C (2014 ) *Fecundidad adolescente en Uruguay: ¿la pobreza como umbral de resistencia al descenso?*. En: Comportamiento reproductivo y fecundidad en América latina: una agenda inconclusa. Serie e – Investigaciones N 3. ALAP – UNFPA.
- Varela Petito, C y Lara, Cecilia, (2015) Jóvenes de hoy adolescentes de ayer: maternidad y desempeños. Revista Sociedad y Economía, nº 29, Colombia.