



Memoria

Estrategia nacional e intersectorial de prevención del embarazo no intencional en adolescentes

Uruguay, 2016-2020



Edición del documento:

Dra. Silvia Graña (MSP), Prof. Dra. Alejandra López (Universidad de la República) y Valeria Ramos (UNFPA) con el apoyo de Leticia Benedet (AUCI)

Coordinadora técnica de la Estrategia Nacional: Dra. Silvia Graña (MSP)

La Estrategia Nacional contó con apoyo financiero y técnico del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

Citación: MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2020). Estrategia nacional e intersectorial de prevención del embarazo no intencional en adolescentes (2016-2020). Montevideo: MSP-AUCI-UNFPA.

Los textos incluidos en esta publicación no reflejan necesariamente las opiniones del UNFPA. Este documento es para distribución general. Se autorizan las reproducciones siempre que se cite la fuente. Queda prohibido todo uso de esta obra, de sus reproducciones o de sus traducciones con fines comerciales.

ISBN: 978-92-95114-05-0

© 2020, MSP, Uruguay

© 2020, Agencia Uruguaya de Cooperación Internacional (AUCI), Presidencia de la República

© 2020, UNFPA

Esta publicación se realizó en febrero de 2020 en Montevideo, Uruguay con el apoyo de AUCI

Diseño e imprenta: Cebra Comunicación

Autoridades

Ministerio de Salud Pública

Jorge Basso
Ministro

Jorge Quian
Subsecretario

Raquel Rosa, directora general de Salud; Gilberto Ríos, subdirector general de 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 Programática de Violencia de Género y Generaciones.

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.

Ministerio de Desarrollo Social

Marina Arismendi
Ministra

Ana Olivera
Subsecretaria

Graciela Mazzuchi, directora general de Secretaría; Mariella Mazzotti, directora del Instituto Nacional de las Mujeres; Federico Barreto, director del Instituto Nacional de la Juventud; Pablo Mazzini, director de Uruguay Crece Contigo; Jimena Torres, asesora de Dirección del INJU; Nohelia Millán, directora de la División Transversalidad y Empoderamiento de Inmujeres; Cecilia Cristar, directora de la División Articulación Programas y Estudios de Juventud del INJU; Liliana Callejas, coordinadora del Programa Jóvenes en Red del INJU; Federico Graña, director nacional de Promoción Sociocultural.

Administración Nacional de Educación Pública

Wilson Netto
Presidente

Irupé Buzzetti, directora general de Educación Inicial y Primaria; Ana Olivera, directora general de Educación Secundaria; Nilsa Pérez, directora general de Educación Técnico-Profesional; María Lopater, directora general de Formación en Educación; Verónica Massa, directora de Derechos Humanos.

Administración de Servicios de Salud del Estado

Marcos Carámbula
Presidente

Marlene Sica
Vicepresidenta

Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay

Marisa Lindner
Presidenta

Fernando Rodríguez - *Director*; Dardo Rodríguez - *Director*

Oficina de Planeamiento y Presupuesto

Álvaro García
Director

Santiago Soto
Subdirector

Participaron o colaboraron en la elaboración de los contenidos de la Estrategia:

Por el MSP: Wilson Benia, Nora d'Oliveira, Silvia Graña, Andrea Fabbiani, Lorena Quintana, Ariel Montalbán, María Porteiro, Denisse Dogmanas, Carolina Fernández, Cristina Moreira, Ana Visconti, Rafael Aguirre, Elena Viera, Agustín Bergeret, Cristina Espasandín, Irene Petit, Estela de Armas, Carla Bellini, Claudia Romero, Gabriela Amaya y Cristina Grela

Por el MEC: Denise Courtoisie, Federico Medina, Leonardo Laborde, Patricia Píriz, Isabel Alende, Patricia Pacheco, Natalia Maidana, Daniel Ovidio y Agustina Harriague

Por el MIDES: Melisa Sánchez, Fernanda Ferrari, Micaela Melgar, Nairí Aharonián, Gabriela González, Nicolás Fiori, Alexandra Lizbona, Verónica Galizia, Cecilia Caulin, Valentina Caputi y Karina Ruiz

Por la ANEP: Diego Rossi, Yannine Benitez, Rita Ferrari, Fernando Ubal y Milton Silveira

Por ASSE: Natalia Pérez, Susana Grunbaum, Yeni Hortonedá, Verónica Fiol, Ana Noble, Gabriela Suárez, Mara Castro y Marie Boulay

Por el INAU: Elena Antelo, Nancy Lema, Paula Canteiro y María Elena Mizrahi

Por la OPP: Mariana González

Por el UNFPA: Valeria Ramos, Juan José Calvo, Daniel Macadar y Juan José Meré

Por la Universidad de la República: Alejandra López, Carmen Varela y Verónica Filardo

Posteriormente, también participaron en otros documentos de implementación o campaña comunicacional de la Estrategia: Claudia Damiano, Soledad Acuña, Natalia Nogués, Isabel Pérez, Sonaly da Silva (MSP), Valeria Gradin, Javier Trujillo, Gisell Colman, Verónica Pandolfo, Josefina Mora, Laura Curto, Marta Piñeiro, Vanessa Zunino, Rafael Bairo, Flavia Rovetta, Agustina Larrosa, Mariana Palomeque, Mariana Martínez (MIDES), Leticia Ramos (MEC), Roxana Piñeyro, Patricia Pivel, Andrea Carlos, Ana Monza, Natalia Arralde,

Rafael Callorda, Mónica Viera (ANEP), Ignacio Ascione, Mónica Gorgoroso, Magdalena Álvarez, Gabriela Píriz, Vanesa Berrutti, Amelia Illescas, Fernanda Lozano, Silvia Texeira, Alejandra Cardozo, Marcelo Fernández, Vanessa Rivero (ASSE), Claudia Reynoso, Marlen Compan, Valeria de Freitas, Catterina Strazzarino, Marianella Fernández Villa, Florencia Forné (INAU), Natalia Gómez, Nelly Guarneri (Sipiav), Cristina Tello, María Noel Cascudo, María Amalia Vacca (OPP), Mariela Solari, María Saulle (Fiscalía General de la Nación), Cecilia Anández, María José Suárez (Presidencia de la República), Anahí Alarcón (consultora UNFPA).

Agradecimientos

La Mesa Coordinadora de la Estrategia quiere reconocer especialmente a la Dra. Cristina Lustemberg, subsecretaria de Salud Pública (2015-2017) por haber impulsado esta política pública.

Asimismo, quiere agradecer por los aportes realizados en distintas etapas del proceso:

Al equipo de la Oficina Nacional del UNFPA y a Virginia Camacho de la Oficina Regional de UNFPA-LACRO;

Al Programa Eurosocial+ de la Unión Europea;

Al Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (Unicef), a la Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS) y al Banco Interamericano de Desarrollo (BID);

A las cooperantes internacionales: Ineke van der Vglut, María Lohan, Alison Hadley y Yolanda Aguirre;

Al Núcleo Interdisciplinario Adolescencia, Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (ASDER) de la Universidad de la República;

Al Programa Género, Sexualidad y Salud Reproductiva del Instituto Psicología de la Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República;

Al Programa de Población de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República;

A las clínicas pediátricas A, B, C, a las clínicas ginecotológicas A, B y C, a los departamentos de Medicina Legal y Ciencias Forenses, de Medicina Familiar y Comunitaria y a la Unidad de Salud Mental en Comunidad de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República;

A la Agencia Uruguaya de Cooperación Internacional (AUCI).

A las sociedades científicas y organizaciones sociales que colaboraron en la elaboración de contenidos del mapa de ruta para atención a menores de 15 años: Amnistía Internacional, Arcoíris, Asociación Obstétrica del Uruguay, Casa de la Mujer de la Unión, Casa Lunas, Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (Cladem), Ciudadanías en Red (CIRE), El Paso, Gurises Unidos, Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo, Instituto de Promoción Económico Social del Uruguay (IPRU), Casa UPA, Mujer Ahora, Mujeres en el Horno, Mujer y Salud en Uruguay (MYSU), Red Pro Cuidados, La Bonne Garde, Red Uruguaya Contra la Violencia Doméstica y Sexual, Sociedad Uruguaya de Ginecología de la Infancia y Adolescencia (SUGIA).



Tabla de contenidos

Autoridades	3
Participaron o colaboraron en la elaboración de los contenidos de la Estrategia:	6
Presentación	11
Introducción	13
El punto de partida: el embarazo no intencional en adolescentes como problema social en Uruguay	17
Embarazo en adolescentes: áreas para profundizar en su diagnóstico	22
Embarazo en adolescentes: un marco comprensivo integral	24
Marco normativo	27
La implementación de la Estrategia	29
La Estrategia en los territorios	29
Campaña comunicacional	33
La Estrategia en el escenario regional	36
Cooperación internacional	37
Lecciones aprendidas, conclusiones y recomendaciones	41
Recomendaciones	43
Referencias	45
Anexos	49
Anexo 1. Matriz de Marco Lógico. Objetivos	51
Anexo 2. Ruta para la atención a niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de posible embarazo	64
Anexo 3. Abordaje psicoemocional a adolescentes menores de 15 años	65
Características del modelo de abordaje y atención psicoemocional específico	66
Desarrollo de las entrevistas	67
Anexo 4. Guía: Orientaciones para el trabajo a nivel territorial	69
Anexo 5. Prevención y reducción del embarazo no intencional en la población adolescente del Cono Sur	81
Índice de figuras, gráficos, cuadros y tablas	
Cuadro 1. Componentes y objetivos de la Estrategia, Uruguay	15
Figura 1. Organigrama de la Estrategia, 2016-2020	16
Figura 2. Principales hitos de la Estrategia, 2015-2019	16
Gráfico 1. Tasa global de fecundidad y tasa de fecundidad adolescente según regiones, 2010	17
Gráfico 2. Tasa específica de fecundidad adolescente (10 a 19 años) y tasa global de fecundidad, Uruguay, 1996-2015	18
Gráfico 3. Embarazo no planificado en Uruguay por grupos de edad (%), 2012-2013	18
Gráfico 4. Cambios y permanencias de la maternidad en Uruguay (%), por departamentos, 1996-2011, según censos nacionales	19
Tabla 1. Porcentaje de madres de 15 a 24 años de acuerdo a la edad a la que tuvieron el primer hijo y la edad deseada (%), Uruguay, 2013	19
Gráfico 5. Porcentaje de adolescentes madres por barrios de Montevideo, año 2011	20
Tabla 2. Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años por condición de pobreza, según condición de maternidad, 2013	20
Tabla 3. Nivel educativo de mujeres de 18-24 años según condición de maternidad, 2013	21
Figura 3. Paridez media acumulada de adolescentes 15 a 19 por segmento censal, Gran Montevideo, 2011	23

Figuras 4, 5 y 6. Campaña comunicacional	34
Figura 7. Campaña comunicacional, participación de adolescentes en radio	34
Figuras 8 y 9. Campaña comunicacional, redes sociales	35
Gráfico 6. Evolución de la tasa global de fecundidad (Uruguay, 1961-2018)	42
Gráfico 7. Evolución de tasas específicas de fecundidad adolescente, Uruguay, 2004-2018	42
Gráfico 8. Evolución de tasas específicas de fecundidad adolescente según regiones, 2005-2018	43
Orientaciones para el desarrollo de las entrevistas	67

Presentación

En setiembre de 2016 el gobierno uruguayo anunció públicamente el compromiso y la voluntad política de diseñar e implementar una Estrategia Nacional e Intersectorial de Prevención del Embarazo No Intencional en Adolescentes. El Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia 2016-2020 y los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) 2020 consideraron al embarazo en la adolescencia como un problema social prioritario que debía ser abordado desde las políticas públicas en tanto expresión y consecuencia de desigualdades sociales —socioeconómicas, de género, territoriales, étnico-raciales—. A su vez, se observó que continuar con una maternidad temprana expone a las adolescentes a situaciones de exclusión y vulnerabilidad que restringen aún más sus posibilidades de desarrollo.

En consecuencia, para dar respuesta a esta realidad, se consolidó esta iniciativa impulsada por los ministerios de Salud Pública (MSP), de Desarrollo Social (MIDES) y de Educación y Cultura (MEC); por la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), por la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), por el Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay (INAU) y por la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), con el apoyo del Núcleo Interdisciplinario Adolescencia, Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (ASDER) de la Universidad de la República y del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). La iniciativa forma parte, a su vez, del Marco Estratégico Regional del Cono Sur para la disminución del embarazo en adolescentes, liderado por los gobiernos de Argentina, Chile, Paraguay, Brasil y Uruguay.

La Estrategia tiene como objetivo principal disminuir la incidencia del embarazo no intencional en adolescentes y sus determinantes y garantizar la promoción y el ejercicio de sus derechos. Fue diseñada de forma intersectorial y participativa desde un enfoque de derechos, género y generaciones. Está basada en la investigación y las evidencias científicas disponibles en lo nacional e internacional, a sabiendas de que es importante continuar produciendo nuevo conocimiento sobre las distintas dimensiones implicadas en el problema y sobre intervenciones para su mejor abordaje.

Esta publicación presenta una reseña del trabajo realizado en este período, así como recomendaciones a partir de las lecciones aprendidas. Da cuenta de los principales hitos del proceso de diseño e implementación de la Estrategia a partir de diferentes documentos que plasman acciones, actividades y productos principales desarrollados y que están organizados en una línea de tiempo para facilitar la comprensión del proceso llevado a cabo.

En estos años hemos avanzado significativamente al ubicar el problema del embarazo no intencional en adolescentes como un asunto importante para las políticas públicas de nuestro país. Al igual que otros países de la región y del mundo, hemos impulsado medidas para revertir esta realidad, desde un enfoque de integralidad y derechos humanos.

Este documento refleja el proceso de trabajo realizado por los organismos participantes en las distintas fases de la elaboración e implementación de la Estrategia, entre los años 2016 y 2020. En ella han participado y aportado técnicos de distintas instituciones gubernamentales y académicas, organismos y expertas internacionales de América Latina y Europa, en el marco de las cooperaciones del UNFPA, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Unicef, Programa EuroSocial-Programa para la Cohesión Social en América Latina de la Unión Europea.

Esperamos que esta publicación sea de utilidad para tomadores de decisiones de políticas públicas, profesionales, investigadores y organizaciones sociales, en tanto memoria institucional de lo hecho, así como fuente que oriente e inspire las futuras acciones a desarrollarse.

Mesa Coordinadora de la Estrategia Nacional
Montevideo, diciembre de 2019

Introducción

La Estrategia forma parte del Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia 2016-2020, de los OSN 2020 y del Marco Estratégico Regional del Cono Sur para la disminución del embarazo en adolescentes. Su diseño e implementación se basan en reconocer que el embarazo no intencional en adolescentes en Uruguay es expresión y consecuencia de la desigualdad y la segmentación social. Es parte de una cadena de determinantes asociados a la exclusión y a la vulnerabilidad social y de género. En todos los diagnósticos que incorporan perspectiva de género y juventudes puede visualizarse cómo la desvinculación educativa, el acceso desigual al mercado de trabajo, la emancipación de los hogares a edades tempranas, el entorno social en general, entre otros condicionantes, afectan particularmente las capacidades de elección de las mujeres adolescentes y jóvenes sobre sus proyectos de vida. La maternidad temprana es una situación a atender desde la política pública cuando esta se presenta como el único proyecto personal posible en un menú restringido de oportunidades de desarrollo, situación que afecta a muchas adolescentes en situación de vulneración y exclusión social. A su vez, seguir adelante con un proyecto de maternidad temprana no debería redundar en nuevas situaciones de exclusión que restrinjan aun más las posibilidades de desarrollo de las adolescentes.

Hacia 2014 el país tenía una elevada tasa de fecundidad adolescente. Para poder incidir en las causas profundas que determinaban este fenómeno, se entendió necesario trabajar intersectorialmente desde una perspectiva de igualdad de género, derechos y diversidad.

El abordaje integral de la prevención del embarazo no intencional en la adolescencia representa un desafío social, sanitario, educativo y económico. El embarazo no intencional y la maternidad temprana limitan fuertemente el horizonte de posibilidades de desarrollo de las adolescentes y la salida de las situaciones de pobreza. En el plano educativo, restringe las posibilidades de retomar y continuar con los estudios.

En lo político, limita el libre ejercicio de la ciudadanía debido a la reclusión doméstica y territorial al 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, al conducir a mayor pobreza, mayor desigualdad, mayor segregación social.

El embarazo en adolescentes interpela las políticas públicas y les exige profundizar en las acciones para revertir las limitadas posibilidades de desarrollo y salida de las situaciones de pobreza, fomentar las estrategias de inclusión educativa y las medidas de prevención, detección y atención oportuna de violencia basada en género y generaciones, eliminar las barreras de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y a la educación sexual, fomentar 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, transformar los modelos hegemónicos de masculinidad y feminidad y fomentar la inclusión de los varones y, finalmente, asegurar la producción de conocimiento científico que permita comprender y explicar las distintas dimensiones del problema, así como para el diseño de estrategias innovadoras de intervención técnico-profesional.

A principios de 2016 se conformó la Mesa Coordinadora. Integrada por representantes de todos los sectores y liderada por el MSP, la cual fue facultada para crear los grupos de trabajo que entendiera pertinentes para la mejor implementación de la Estrategia. Esta mesa de trabajo intersectorial, definida como un espacio de seguimiento y coordinación de la Estrategia, decidió crear tres grupos de trabajo con representación intersectorial:

- a) *Mesa de Comunicaciones*, integrada por las unidades de comunicación de las instituciones participantes, cuyo objetivo fue el diseño e implementación de la campaña comunicacional.
- b) *Mesa de Coordinación Territorial*, cuyo cometido fue el acompañamiento de las mesas locales departamentales en la implementación de las principales acciones propuestas.
- c) *Mesa del Sistema de Información*, cuyo objetivo fue diseñar un sistema de información para el apoyo de las acciones a partir de la información en los diferentes sectores y la distinción de tres poblaciones, lo que responde a la necesidad de acciones diferenciadas en cada grupo. Estas son las adolescentes en riesgo de embarazo, las adolescentes embarazadas y las adolescentes madres.

Entre octubre de 2016 y abril de 2017 se elaboró un documento que contiene el sustento teórico, los objetivos y el diseño de acciones e indicadores elaborados para la Estrategia desde una mesa de trabajo intersectorial (MSP, INAU, ANEP, MIDES, OPP, ASSE, MEC y ASDER, Udelar). Este proceso contó con la cooperación técnica del UNFPA. El documento final reflejó el trabajo consensuado por los organismos participantes y fue avalado por las autoridades nacionales en abril 2017.

La Estrategia se estructuró en cuatro componentes con objetivos, líneas de acción y actividades:

1. Componente 1: actividades generales dirigidas a todos los y las adolescentes
2. Componente 2: actividades focalizadas en adolescentes que transitan un embarazo.
3. Componente 3: actividades dirigidas a quienes son madres o padres adolescentes.
4. Componente 4: trabajo intersectorial coordinado para la implementación de las políticas públicas, incluyendo la participación de adolescentes y la formación de profesionales y de equipos de trabajo en territorio, así como la producción de conocimiento para la política pública.



La Estrategia tiene como objetivo general disminuir la incidencia del embarazo no intencional en adolescentes y sus determinantes, garantizando la promoción y el ejercicio de sus derechos.

Cuadro 1
Componentes y objetivos de la Estrategia, Uruguay

Objetivo general: Disminuir la incidencia del embarazo no intencional en adolescentes y sus determinantes, garantizando la promoción y el ejercicio de sus derechos

Componentes	Objetivos específicos
Componente 1. Adolescentes	Fortalecer las condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos (DDSS y DDDR) y la toma de decisiones con autonomía de las y los adolescentes y promoviendo proyectos de vida diversos que cuestionen los modelos tradicionales de género.
Componente 2. Adolescentes que transitan un embarazo	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.
Componente 3. Adolescentes madres y padres	Garantizar el acceso a oportunidades, el ejercicio de derechos y la protección de las adolescentes embarazadas, madres y padres, apoyando la prevención de la reiteración de embarazos no intencionales.
Componente 4. Implementación de políticas públicas	Implementar en forma articulada en el territorio las políticas públicas vinculadas a la Estrategia.

Durante la implementación de la Estrategia en el ámbito nacional se desarrollaron actividades en cada uno de los departamentos del país con la participación de actores institucionales territoriales, con el objetivo final de conformar mesas locales e intersectoriales para la implementación de las acciones propuestas por la Estrategia en lo departamental.

En el proceso de implementación de la Estrategia, uno de los productos generados fue un mapa de ruta para la atención de las adolescentes menores de 15 años en las que se sospeche o confirme un embarazo. El mapa de ruta, que se desarrolló con el apoyo de UNFPA, Unicef y OPS-OMS, está dirigido a profesionales, equipos técnicos y personal de la salud y de la educación y tiene por objetivo brindar directrices para el desarrollo de acciones que garanticen la atención integral, pertinente y oportuna de las niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas desde un enfoque de protección, garantía y restitución de derechos. El mapa plantea la forma en que debe realizarse el acompañamiento psicoemocional de la adolescente, brindando herramientas a los profesionales actuantes para la determinación de la autonomía y la toma de decisión (Anexo 3). Contó con la revisión y el apoyo técnico de diferentes servicios de la Universidad de la República, la Fiscalía General de la Nación, la Presidencia de la República, sociedades científicas y organizaciones de la sociedad civil (MSP y otros, 2019). Asimismo, se elaboró y publicó el flujograma para la atención a este sector de la población (se puede consultar en Anexo 2).

Figura 1
Organigrama de la Estrategia, 2016-2020

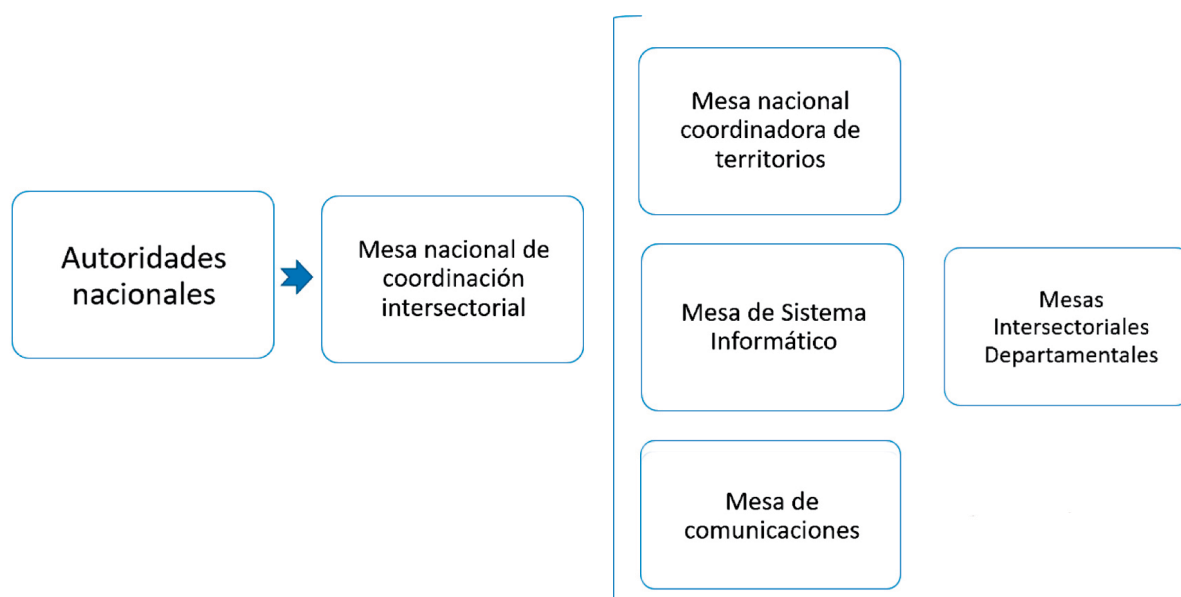


Figura 2
Principales hitos de la Estrategia, 2015-2019

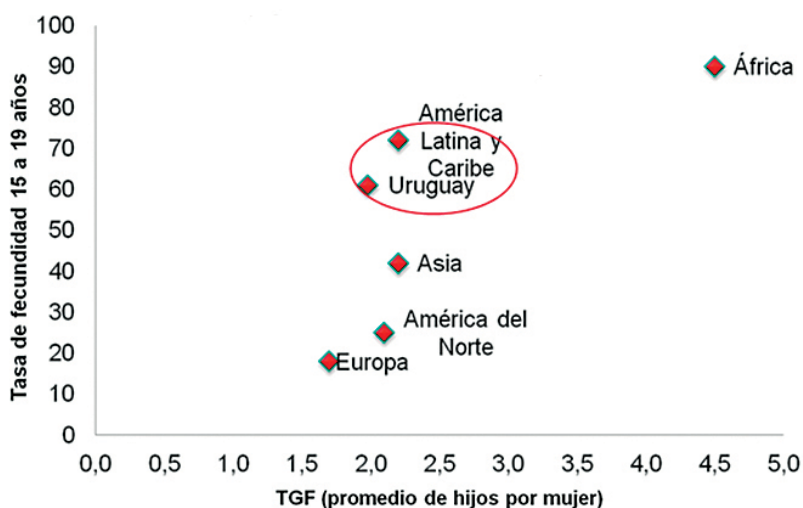


El punto de partida: el embarazo no intencional en adolescentes como problema social en Uruguay

El embarazo no intencional en adolescentes es considerado un problema social relevante en la literatura científica a nivel global y nacional por ser una expresión de *desigualdad social y de género*. Es parte de una cadena de determinantes vinculados a la exclusión y vulnerabilidad social, la violencia estructural y el déficit de condiciones para el ejercicio efectivo de los derechos económicos, sociales y culturales. En Uruguay, hacia 2014 la fecundidad de adolescentes era muy alta y resistente al descenso, con una tasa de casi 60 ‰ mujeres de 15 a 19 años, por encima del promedio del mundo (45 ‰) y próximo al promedio de América Latina y el Caribe (65 ‰). A su vez, la fecundidad en adolescentes en nuestro país mostraba una profunda *segmentación territorial*, ya que en algunos departamentos se observaban indicadores similares a países en situación de extrema pobreza, con tasas específicas de entre 70 y 86 ‰ adolescentes embarazadas.

A pesar de que hacia 2014 se observaba un descenso de la tasa global de fecundidad (TGF) a 1,9 hijos por mujer, los valores que alcanzaba la tasa de fecundidad adolescente eran similares a los observados en nuestro país en los años cincuenta y sesenta, cuando la TGF era mayor a 2,5 hijos/as por mujer: el peso relativo de la tasa de fecundidad adolescente sobre la TGF se había incrementado (Varela Petito, Pardo, Lara, Nathan y Tenenbaum, 2014) A su vez, según las Estadísticas Vitales del MSP, el porcentaje de nacimientos en menores de veinte años se ha mantenido entre el 15 % y el 17 % en las últimas dos décadas.

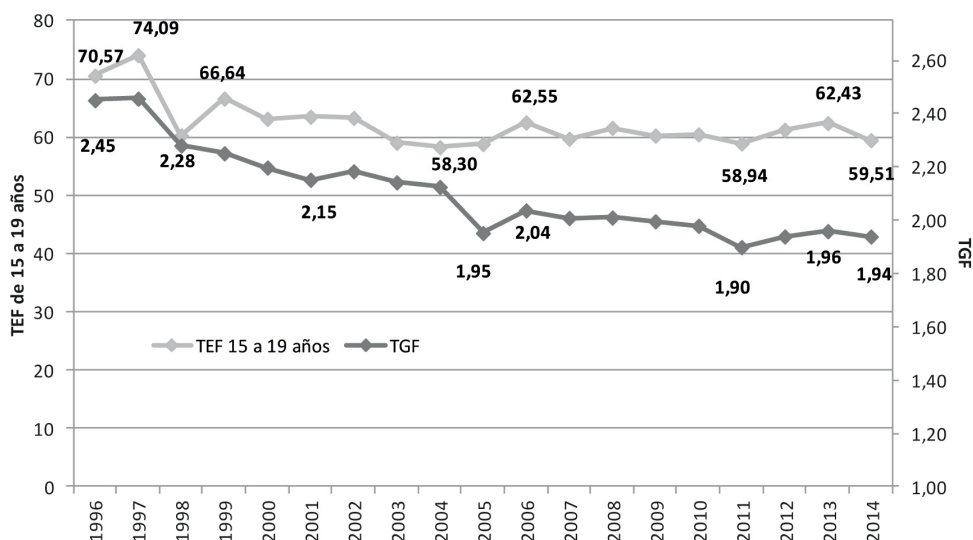
Gráfico 1
Tasa global de fecundidad y tasa de fecundidad adolescente según regiones, 2010



Fuente: Rodríguez Vignoli (2014)

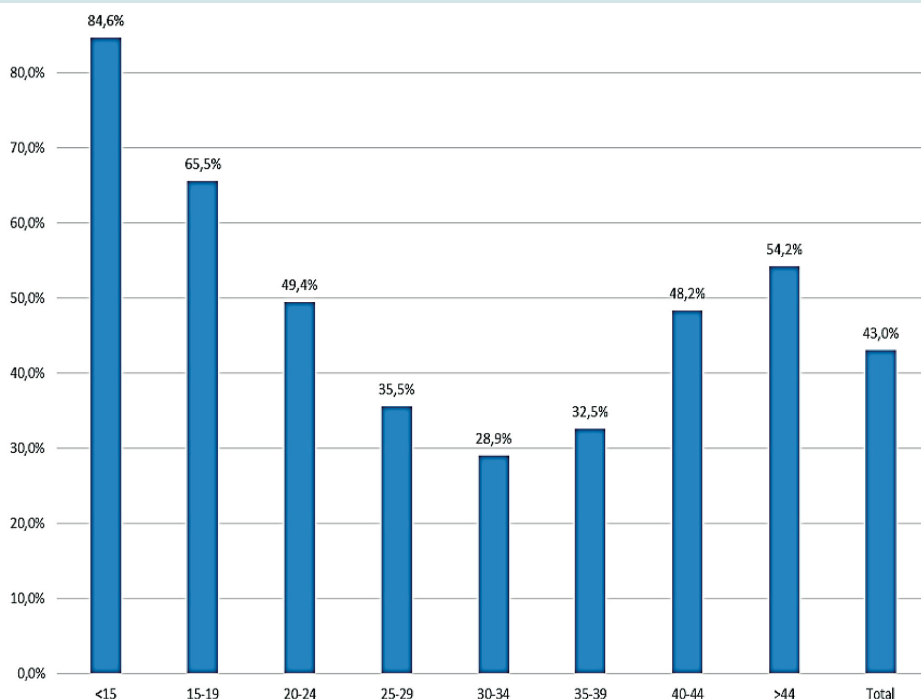
La gran mayoría de los embarazos en adolescentes se definen como *embarazos no intencionales* y se entiende por embarazo no intencional aquel que no fue planificado o que ocurrió en un momento vital no esperado para la persona (Kaufmann, Morris y Spitz, 1997; Rodríguez Vignoli, 2017). Dos tercios de las adolescentes de entre 15 y 19 años embarazadas declaran durante el embarazo que este no fue planeado (Sistema Informático Perinatal, SIP). Este porcentaje se incrementa luego del nacimiento de la hija/o, cuando el 71 % de las adolescentes madres de 15 a 24 años declara que hubiera preferido postergar la maternidad.

Gráfico 2
Tasa específica de fecundidad adolescente (10 a 19 años) y tasa global de fecundidad, Uruguay, 1996-2015



Fuente: Programa de Población, FCS, Universidad de la República (2015) citado en López Gómez y Varela Petito (2016)

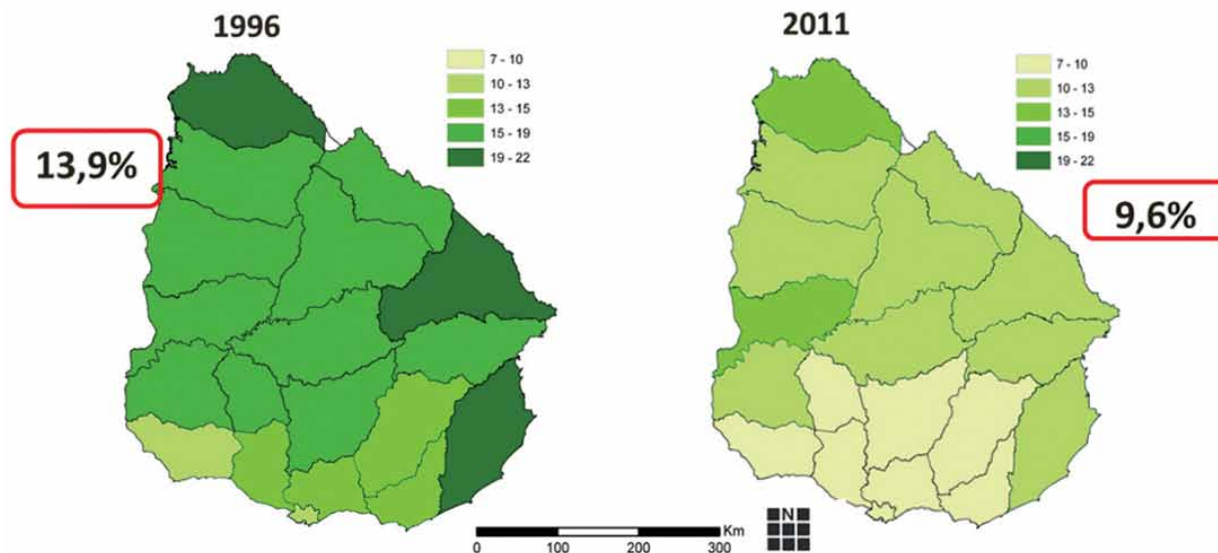
Gráfico 3
Embarazo no planificado en Uruguay por grupos de edad (%), 2012-2013



Fuente: SIP

Gráfico 4

Cambios y permanencias de la maternidad en Uruguay (%), por departamentos, 1996-2011, según censos nacionales



Fuente: Varela Petito, Pardo, Lara, Nathan y Tenenbaum (2014)

Tabla 1

Porcentaje de madres de 15 a 24 años de acuerdo a la edad a la que tuvieron el primer hijo y la edad deseada (%), Uruguay, 2013

Coinciden la edad deseada y la edad a la que tuvo su primer hijo	27,7
Le hubiera gustado tener el primer hijo más tarde	71,3
Le hubiera gustado tener el primer hijo antes	1,0
Total	100,0

Fuente: López Gómez y Varela Petito (2016)

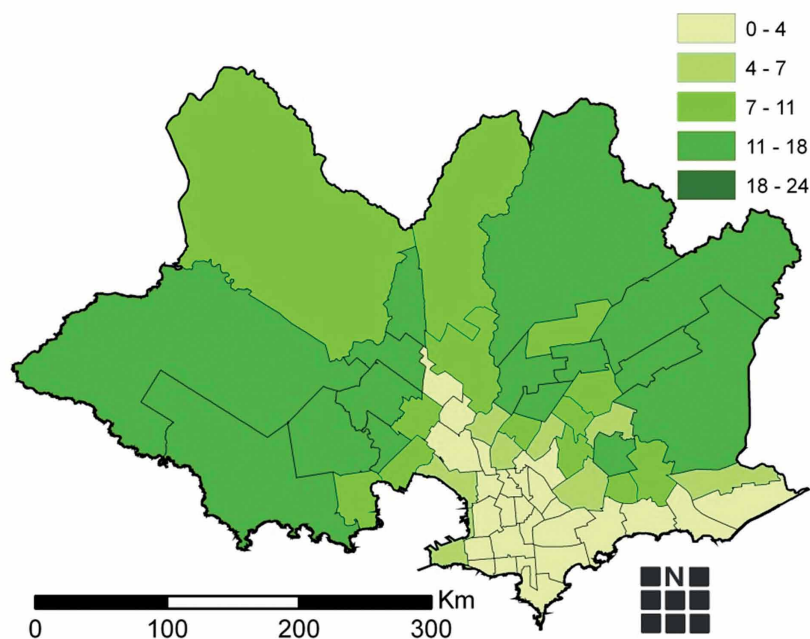
El embarazo en adolescentes repercute principalmente en la vida de las mujeres y de sus hijos/as. Las mujeres inician su calendario reproductivo más temprano que los varones y son quienes asumen la mayor carga de los cuidados de los hijos/as. Hacia 2014, el porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que habían iniciado su maternidad era 10 %, mientras que los varones adolescentes que declararon haber iniciado su paternidad a esas edades fueron el 2,6 %. A partir de esta información podría considerarse que la mayoría de los padres de hijas/os de madres adolescentes son adultos. Sin embargo, no se tiene certeza sobre esto debido a la falta de información y el posible subregistro. Esta diferencia notable responde a modelos de socialización de género y de relaciones desiguales de poder.

La segmentación territorial del embarazo y la maternidad en adolescentes también se expresa en Montevideo, donde la paridez media acumulada (número de hijos/número de mujeres, por edad) de las adolescentes de 15 a 19 años presenta enormes diferencias por barrios. A modo de ejemplo,

mientras en Carrasco no se registran hijas/os de adolescentes, en Casavalle hay un/a hijo/a cada cinco 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 y Malvín (López Gómez y Varela Petito, 2016).

La maternidad en adolescentes se presenta en los sectores más pobres y con mayor porcentaje de población residente en hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI): según datos del censo de 2011, algo más de una de cada cinco adolescentes con dos o más NBI son madres (22,4 %). Por otra parte, entre las adolescentes con necesidades básicas satisfechas (NBS) el porcentaje de madres desciende notoriamente a 3,6 %. En concordancia, cuando se identifican los nacimientos en adolescentes por prestadores de salud, en ASSE representaban el 26,8 % del total de nacimientos, mientras que en el mutualismo eran el 10 % y en los seguros privados, casi inexistentes (Varela Petito, Pardo, Lara, Nathan y Tenenbaum, 2014).

Gráfico 5
Porcentaje de adolescentes madres por barrios de Montevideo, año 2011



Fuente: López Gómez y Varela Petito (2016)

Tabla 2
Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años por condición de pobreza, según condición de maternidad, 2013

	No madre	Madre	Total
No pobre	89,4	69,0	85,2
Pobre	10,6	31,0	14,8
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: López Gómez y Varela Petito (2016)

Esta situación también encuentra su correlato en la desigualdad en los desempeños sociales entre las jóvenes uruguayas de 25 a 29 años que iniciaron su maternidad en la adolescencia. Entre aquellas que alcanzaron menos de nueve años de estudios, 57,7 % fueron madres en la adolescencia, mientras que de las que cuentan con 13 y más años de estudio solo 5 % lo fueron. Esto habla de un proceso de polarización social: entre las primeras, 43 % vive en situación de pobreza, mientras que entre las segundas lo está el 8 %. Es de destacar que tres de cada cuatro adolescentes madres abandonaron sus estudios antes de embarazarse (Varela Petito y Lara, 2015; López Gómez y Varela Petito, 2016).

Tabla 3
Nivel educativo de mujeres de 18 a 24 años según condición de maternidad, 2013

	No madre	Madre
Hasta ciclo básico completo	12,2	68,7
Hasta bachillerato completo	42,8	27,5
Más de bachillerato	45,0	3,8
Total	100,0	100,0

Fuente: López Gómez y Varela Petito (2016)

La maternidad adolescente representa un problema de ciudadanía por la reclusión doméstica y la limitación de la autonomía: 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 no madres y que no tienen empleo, solo el 9 % no estudia (Varela Petito y Lara, 2015). 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 (Batthyany, Genta y Tomassini, 2012).

A lo anterior se suma la reclusión territorial, es decir, la limitación 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 por ejemplo el primer empleo o la autonomización de la familia de origen. El ingreso al mercado laboral de las adolescentes madres de sectores de nivel educativo y socioeconómico bajo 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, por lo que la maternidad a estas edades afecta seriamente los desempeños a futuro, compromete la autonomía y la capacidad de autosustento (Filardo, 2015; Varela Petito, Tenenbaum y Lara, 2014, López Gómez y Varela Petito, 2016).

Un fenómeno poco estudiado y visibilizado en el ámbito nacional es el embarazo y la maternidad en adolescentes menores de 15 años. En nuestro país, 169 niñas menores de 15 años fueron madres en 2014 y 69 accedieron a una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en los servicios de salud en ese año. Si bien el número de adolescentes embarazadas en esta franja etaria es menor que entre quienes tienen entre 15 y 19 años, su impacto es muy crítico dadas las consecuencias en la salud, el bienestar, el curso de vida y la posibilidad de ejercicio de sus derechos.

El grupo de menores de 15 años es una población considerada en la etapa de la llamada *adolescencia temprana*, ubicada entre los 10 y los 14 años, con la pubertad el marcador de inicio. Se vincula al embarazo en estas edades a situaciones de violencia de género y sexual, por lo que se lo ha definido como *embarazo y maternidad forzada*. Según un informe del Comité de América Latina y el Caribe por la Defensa de los Derechos de las Mujeres,

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 (Cladem, 2016).

Esta situación implica un pasaje abrupto de ser niña a ser mujer que fragiliza la vida emocional, social y física. A ello se suman el mayor riesgo de morbimortalidad durante el embarazo, parto y puerperio, y el aumento de la prematuridad, el bajo peso al nacer y mortalidad perinatal. La prematuridad en hijos de adolescentes de 10 a 14 años se observa en un 13,1 %, de ellos, mientras que entre aquellos de madres de 15 a 19 años es de 10,1 %. En el país, la prematuridad es del 9,1 % (SIP, 2016). Respecto a la mortalidad neonatal, para 2015 se observó una tasa mayor en las adolescentes de 10 a 14 años, que se ubicó en 16,4 ‰ nacidos vivos, mientras que en las mujeres de 20 a 34 años fue de 2,9 ‰ nacidos vivos (SIP, 2016).

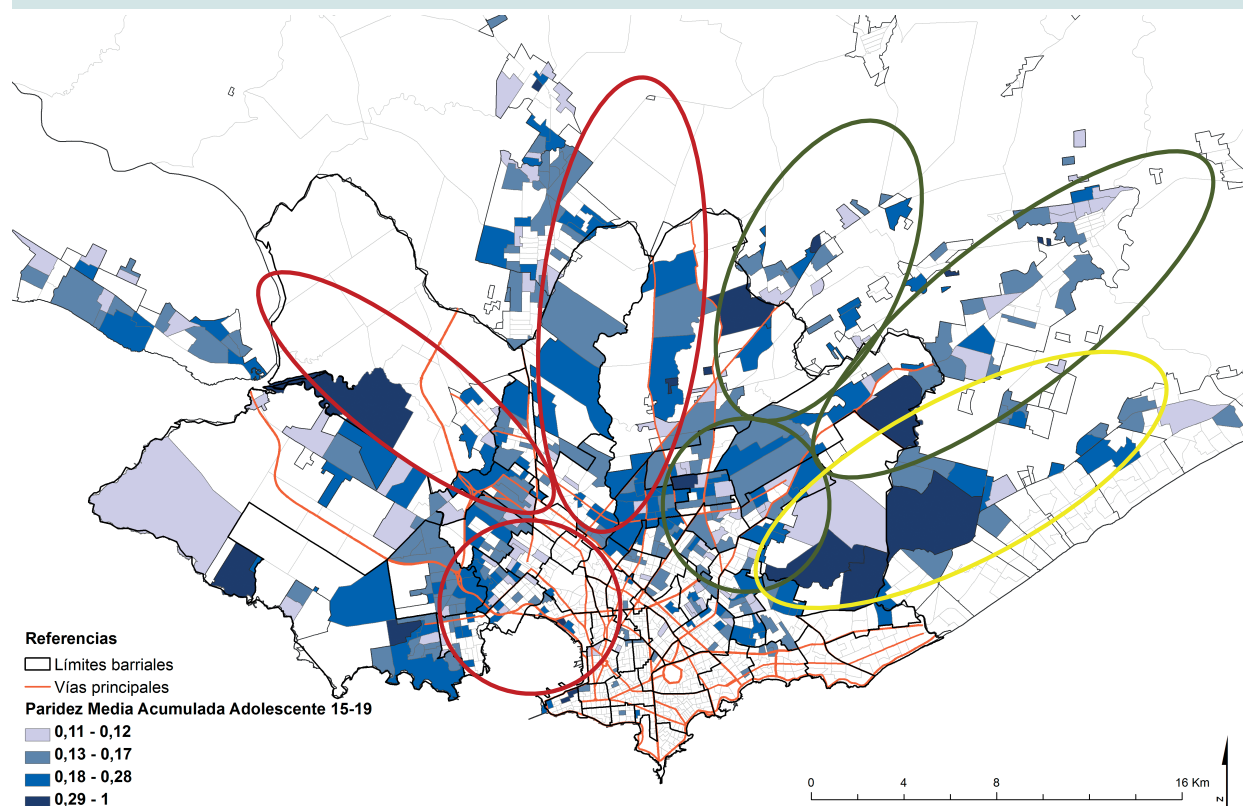
Como se ha mencionado, el embarazo no intencional en adolescentes puede ser producto de situaciones de violencia sexual u otras formas de violencia basada en género y generaciones. La violencia de género es un grave problema que enfrenta el país, ya que casi siete de cada diez adolescentes y mujeres mayores de 15 años la han sufrido en algún momento de su vida, y ha afectado en mayor medida a las más jóvenes. A su vez, una de cada cinco declaró haber vivido algún tipo de violencia en su ámbito familiar actual en los últimos 12 meses (INE, 2013). A partir de una encuesta realizada en servicios de salud se constató que más de un tercio de las mujeres experimentó situaciones de violencia con una frecuencia semanal o diaria y aproximadamente una de cada cuatro la ha vivido una vez en los últimos 12 meses. El 60 % manifestó haber vivido estas situaciones con novios/parejas actuales o pasadas. Se registra una mayor prevalencia de violencia doméstica en adolescentes de entre 15 y 18 años (35,4 %) y es la violencia psicológica la que registra mayor prevalencia, seguida de la física y la sexual (INE, Presidencia de la República e Inmujeres, MIDES, 2013). Asimismo, durante 2015 el Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia (Sipiav) registró más de cinco situaciones por día de violencia o abuso hacia niñas, niños y adolescentes (INAU, 2015).

Embarazo en adolescentes: áreas para profundizar en su diagnóstico

Es necesario profundizar en el estudio sobre las dimensiones y los factores implicados en la toma de decisión de las y los adolescentes frente a la prevención de embarazos y frente a su confirmación. Ello implica conocer las motivaciones, influencias, actitudes subjetivas e ideales sobre la vida sexual, el embarazo, la maternidad, la paternidad y el aborto. Si bien existen estudios en este sentido, es importante profundizar en el estudio de cómo se entrelazan los factores estructurales como la pobreza con la toma de decisiones individuales, es decir la interrelación entre los factores sociales, cognitivos y emocionales (Bunet, Fernández-Theoduluz y López Gómez, 2019).

En ese sentido, se requiere mayor conocimiento sobre las dinámicas territoriales y su interrelación con las trayectorias adolescentes. Se ha observado que si bien existen zonas donde la fecundidad adolescente y la segregación social es mayor que la que presenta el barrio en su conjunto, es necesario examinar los factores que explican por qué en esos contextos hay adolescentes que no inician la maternidad (Varela Petito, Da Rosa, Doyenart, Ríos y Lara, 2019).

Figura 3
Paridez media acumulada de adolescentes 15 a 19
por segmento censal, Gran Montevideo, 2011



Fuente: Varela Petito, Da Rosa, Doyenart, Ríos y Lara, 2019.

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

La opción por la maternidad por sobre otros cursos de acción (la incorporación al mundo del trabajo formal, la independización del hogar familiar 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 elección dentro de un menú de opciones posibles.

Es necesario incorporar el estudio de la dimensión étnico-racial en tanto la población afrodescendiente está sobrerrepresentada en los quintiles más bajos de ingresos, en los que el embarazo en adolescentes tiene mayor prevalencia. Por ello, la incorporación de una perspectiva interseccional puede contribuir a complejizar la comprensión del fenómeno.

Por otra parte, es necesario contar con mayor información sobre los varones. Entre otros, interesa conocer los factores que explicarían su participación en la prevención del embarazo no intencional, la pronunciada distancia entre maternidad y paternidad adolescente, cómo se construye la identidad del padre adolescente, así como investigar la figura del padre en aquellos embarazos con importante diferencia de edad. En este sentido, interesa examinar en profundidad la información proporcionada por Unicef y MIDES, que ubica 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 en áreas con población menor a cinco mil 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 actualmente

tienen 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 %) (Unicef, 2016).

Para lograr un diagnóstico más refinado es imprescindible indagar sobre si el embarazo fue producido en un contexto de relaciones de violencia doméstica, conyugal 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 del no uso de métodos anticonceptivos o de abusos sexuales en la pareja. En otros casos, es la forma en que se exige la «prueba de amor».

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

Embarazo en adolescentes: un marco comprensivo integral

Actualmente se entiende a la *adolescencia* como una etapa del desarrollo con identidad propia y de relevancia en la vida de las personas. La oms la define como el período que transcurre entre los 10 y 19 años y la divide en *adolescencia primera o temprana* —entre los 10 y los 14 años— y *adolescencia tardía* —desde los 15 hasta los 19 años— (oms, 1979). No es posible definir la adolescencia de manera unívoca en tanto es una construcción social dinámica producto de diferentes momentos históricos y culturas. Sin embargo, hay concordancia en afirmar que se trata de una etapa vital relevante, pues implica profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales. Si bien infancia, adolescencia y juventud son categorías diferentes surgidas en distintos momentos y con bases teóricas diversas, es frecuente que se las asocie como un conjunto indiscriminado o se las nomine indistintamente. A la hora de formular una política pública, es fundamental tener presente las diferencias teóricas entre estas categorías y su operacionalización empírica.

La perspectiva de la adolescencia como etapa del desarrollo y como grupo poblacional debe articularse con la categoría *generación*, que refiere al significado de tener cierta edad en una sociedad y en un momento histórico determinado. A su vez, es importante analizarla sobre la base de un conjunto de dimensiones que operan de manera interseccionada: sexo-género, clase social, procedencia y residencia, etnia-raza, orientación sexual, entre otras.

La perspectiva de género en tanto herramienta de análisis clave para comprender los fenómenos y procesos humanos postula que más allá de las diferencias biológicas, la distinción entre los sexos es una construcción sociocultural e histórica que ha producido profundas desigualdades sociales. Desde una perspectiva relacional del género, el embarazo puede analizarse como un evento reproductivo que involucra e implica 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 ha generado que más allá de que la procreación juegue un papel relevante en la construcción de la identidad masculina, en tanto esta se relaciona más con el campo de lo social y no con su propio cuerpo, la corresponsabilidad de los varones en la reproducción biológica y en los cuidados se haya invisibilizado (Batthyany, 2015).

Mediante complejos procesos de socialización primaria y secundaria se ha producido la idea que la reproducción es responsabilidad de las mujeres y no un *proceso relacional*. Estos elementos se incorporan, como el lenguaje, sin necesidad de explicitar su lógica, como una gramática que no es fácil de desentrañar y que 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 sean muy difíciles de modificar en la etapa adulta. Los estereotipos también emergen en los recursos discursivos y simbólicos que eligen docentes, personal de salud y comunicadores sociales para abordar los embarazos en adolescentes (Erвити, Sosa-Sánchez y Castro, 2008). El enfoque de género aplicado al campo de los derechos humanos constituye una referencia indispensable para el análisis de los procesos de su apropiación y ejercicio por varones y mujeres en general, y de adolescentes en particular.

La idealización del rol materno como eje central 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 vuelve imposible o inalcanzable 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 herramientas y oportunidades para la concreción de otros proyectos educativos, laborales o sociales.

De acuerdo a la distribución de roles predominante en nuestra sociedad, las tareas de cuidado y crianza son desarrolladas principalmente por las mujeres. 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 (Batthyany, 2015). Este puede ser remunerado como no remunerado, y en ambos casos comprende actividades materiales que suponen dedicación de tiempo y a la vez un involucramiento emocional y afectivo (Aguirre, 2013).

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 asentadas en el ordenamiento de lo social y simbólico. Por lo tanto, en nuestra cultura de tipo patriarcal 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 diferentes ámbitos. Entre los factores asociados al embarazo en la adolescencia se encuentra la violencia estructural y la violencia de género.

Respecto a la perspectiva de derechos, según el artículo 18 del Código de la Niñez y Adolescencia (CNA) (Ley 17823, 2004), 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-raza, religión o condición social. En determinadas situaciones, el Estado y la sociedad están obligados a brindar una atención personalizada. El Estado debe garantizar los derechos de las y los adolescentes: a la privacidad y respeto de 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.

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, con los que se afectan mutuamente. En su componente más importante refieren al poder y a la autonomía de cada persona para tomar decisiones libres, informadas y responsables sobre su sexualidad y vida reproductiva, así como a la 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 deben estar garantizadas la libertad de cada persona para poder decidir (dimensión individual de los derechos) y las condiciones de justicia para que las decisiones sean respetadas (dimensión social de los derechos) (Abracinskas y López Gómez, 2001; López Gómez, 2005).

Es importante trabajar en el empoderamiento de las mujeres en las relaciones de pareja afectivo-sexuales, de manera de promover y potenciar las capacidades de decisión personal sobre sus trayectorias reproductivas no disociada del disfrute de su vida sexual. Esto implica también trabajar con los varones para que su involucramiento activo en las decisiones y acciones que hacen a su salud sexual y reproductiva o de pareja.

Es fundamental promover acciones que enmarquen las decisiones en salud sexual y salud reproductiva en proyectos de vida diversos. 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 sus entornos próximos.

En este marco, es clave la perspectiva de reconocimiento de 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, étnico-racial, 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 también implica deconstruir 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. Este 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, acceso desigual a oportunidades: a la educación (incluida la educación sexual), a los servicios de salud, al acceso y uso de los MAC, entre otros.

El modelo ecológico propuesto por Urie Bronfenbrenner (1979) 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. Bronfenbrenner plantea al desarrollo humano como una progresiva acomodación entre un ser humano activo y sus entornos inmediatos, por lo que, respecto a la prevención de embarazo no intencional en adolescentes, es importante desarrollar acciones de política pública que permeen estos sistemas. Es necesario desarrollar intervenciones sistémicas que integren todos los niveles en los que los y las adolescentes viven y se desarrollan (López Gómez y Varela Petito, 2016; Brunet, Fernández-Theoduluz y López Gómez, 2019).

Marco normativo

En las últimas décadas Uruguay ha asumido una serie de compromisos internacionales en el campo de los derechos humanos, al tiempo que ha promulgado leyes nacionales 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 (CDN) (1989) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (1994). También se destacan las conferencias internacionales de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), 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 (CEPAL, 2013). 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.

Estos compromisos internacionales se tradujeron en nuestro país en un conjunto de leyes y normativas de protección y promoción de la salud sexual y reproductiva. En particular, se destaca la Ley 18426 (2008), que constituyó un hito en tanto reconoció los DDSS y DDDR como derechos humanos fundamentales y estableció mecanismos para garantizar su protección y ejercicio: por ejemplo, estableció el derecho a recibir anticonceptivos como parte de las prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), así como el protagonismo de adolescentes y niñas y niños en los asuntos que atañen a su propia salud también en estos temas. A ello debe sumarse la aprobación de la Ley 18987 sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) (2012), que protege el acceso al aborto seguro en los servicios de salud del país.

Respecto a algunas prestaciones específicas que garantizan el ejercicio de DDSS y DDDR, todos los prestadores públicos y privados deben ofrecer una canasta de prestaciones en anticoncepción, gratuita o de bajo costo, que incluye preservativos, anticoncepción hormonal oral, métodos de emergencia, colocación de dispositivos intrauterinos (DIU) y acceso a la IVE a sus usuarios/as, incluyendo a las y los adolescentes que consultan en el uso de su autonomía progresiva, así como la disponibilidad de implantes anticonceptivos subdérmicos en prestadores públicos.

En lo que respecta particularmente a salud, la Ley 18211 (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 18335 (2008) —y su respectivo Decreto 274/010 (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 sin la presencia de sus padres, de acuerdo al principio de autonomía progresiva, y según consideración del profesional de salud, y protege el derecho a la intimidad y a la confidencialidad. En lo relativo a la política pública, en 2015 el MSP definió una serie de OSN para 2020, entre los que se encuentra el embarazo en la adolescencia como problema de salud pública.

En materia de infancia y adolescencia el documento principal es el CNA, del año 2004 (Ley 17823), que acompasó la legislación nacional a la doctrina de protección integral de la CDN aprobada por Uruguay en 1990. Implicó un cambio paradigmático en la noción de niños, niñas y adolescentes como objetos de derechos a sujetos de estos, 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. En su artículo 16 se regula el principio de protección y promoción de la autonomía. Niños, niñas y adolescentes la adquieren de manera progresiva, el Estado y la familia apoyan y protegen su desarrollo de modo que gradualmente ejerzan sus derechos de acuerdo a la evolución de sus facultades.

En materia de violencia, la Ley 19580 de Violencia Hacia las Mujeres Basada en Género de 2017 representa un avance sustantivo por cuanto dispone el derecho de todas las mujeres a una vida libre de violencia y aborda diferentes tipos de violencia, incluida la sexual.

La implementación de la Estrategia

La Estrategia comenzó a implementarse en 2017 y para monitorear sus actividades se elaboró un conjunto de indicadores con el apoyo técnico de un equipo integrado por la OPP, el MSP y el UNFPA. En 2019, sobre la base de las lecciones aprendidas de la implementación se trabajó con apoyo de Eurosocial en la elaboración de una propuesta técnica (marco lógico) para la continuidad de la Estrategia en el período 2020-2025 (Anexo 1).

En este apartado se presentarán brevemente el trabajo desarrollado a nivel territorial y departamental, los principales componentes de la estrategia comunicacional y las principales contribuciones de la cooperación internacional.

La Estrategia en los territorios

Se definieron los territorios para iniciar la implementación de la Estrategia y se priorizaron aquellos departamentos o zonas del país con tasas más altas de embarazo en adolescentes y condiciones de factibilidad de implementación de las acciones. Se acordó trabajar durante dos días en cada departamento definido con referentes de diversos sectores vinculados a la población adolescente. Se comenzó a trabajar en 2017 en Salto, Cerro Largo, Rivera, Artigas, Tacuarembó, Canelones y Montevideo. Se sumaron en 2018 Paysandú, Soriano y Colonia y en 2019 se continuó hasta completar todo el territorio nacional.

Se describen brevemente las principales actividades territoriales:

- Coordinación con autoridades locales y referentes de los distintos organismos e instituciones, así como la sociedad civil organizada, para la presentación de la Estrategia a nivel departamental.
- Presentación y análisis de datos nacionales y locales.
- Sensibilización y capacitación en el tema con enfoque de derechos y género.
- Taller de análisis FODA para la implementación de la Estrategia a nivel local y conformación de la mesa local e intersectorial para la implementación de la Estrategia a nivel departamental, que coordinaría con la mesa operativa central.
- Información sobre servicios de salud sexual y reproductiva y métodos anticonceptivos efectivos para adolescentes, en particular métodos de larga duración (LARC).

Con diferencias territoriales, existían capacidades locales que esta estrategia debería promover o fortalecer para asegurar la implementación de las acciones propuestas:

- Coordinación interinstitucional, derivaciones y diálogo entre instituciones, trabajo en red.
- Recursos profesionales y proyectos en las diferentes localidades con formación técnica y compromiso con el trabajo en el tema. Médicos con horas comunitarias destinadas a la promoción y prevención, trabajando en alianza y coordinación con el sector educativo, principalmente, pero también con todos los actores de la comunidad.
- Talleres educativos y charlas preventivas que se desarrollan en centros educativos u otros espacios de intercambio entre adolescentes y operadores.
- Presencia de programas y operadores de las diferentes instituciones que abordan temáticas de niñez y adolescencia.
- Servicios de salud para adolescentes cuyo su rol resulta fundamental en la atención oportuna, la inclusión y la promoción de salud.
- Información actualizada y basada en evidencia científica, en asesoramiento y recomendaciones sobre MAC en la adolescencia. Disponibilidad de estos en centros de salud locales, información sobre su gratuidad en el sector público y el mínimo copago en el sector privados
- La difusión del tema a través de la prensa local, que permite informar a la población general sobre el alcance del problema en las comunidades.

A su vez, se identificaron algunas debilidades que se constituyen en desafíos o barreras a sortear:

- Facilitar la información, así como la motivación para que los/as adolescentes elaboren proyectos de vida alternativos a los mandatos del statu quo, a nivel de macro o micro determinantes.
- Capacitar y sensibilizar a profesionales involucrados en la atención a adolescentes y sus familias.
- Fortalecer el trabajo en red. Mejorar el relacionamiento entre las diferentes instituciones involucradas. Fortalecer el nexo entre las instituciones y los operadores.
- Captar poblaciones más alejadas o dispersas en el territorio y adolescentes que se hayan desvinculado del sistema educativo.
- Financiación para desarrollar propuestas focalizadas de la estrategia y contar con los recursos necesarios en aquellos territorios más difíciles.
- No disponibilidad de MAC en la mayoría de las maternidades para su uso post-evento obstétrico.

Se identificaron también amenazas que pueden sintetizarse en:

- Escasa visualización de la problemática con naturalización del fenómeno en el imaginario social y, por lo tanto, en los diferentes adultos que interactúan con adolescentes en sus cotidianidades, lo que limita la prevención del embarazo en estas etapas.
- Surgimiento de voces que sostienen que la educación sexual es de exclusiva responsabilidad de la familia.

- Poca información y falta de interés de participación en la Estrategia de la población a la cual va dirigida la política, así como falta de espacios en la estructura institucional de los diferentes sectores para escuchar la voz de adolescentes al respecto.
- Falta de espacios recreativos y deportivos o propuestas educativas atractivas que permitan romper con el contexto social y educativo en el cual transitan.
- Resistencia de los operadores locales al sentir que la política fue elaborada desde la centralidad sin su participación.
- Pérdida de oportunidad de trabajar en el entorno educativo con pares cuando surge un caso.

Desafíos

- Compromiso institucional nacional y territorial.
- Capacitación y sensibilización de profesionales involucrados en la atención a adolescentes y sus familias.
- Fortalecimiento del trabajo en red. Mejora en el relacionamiento entre las diferentes instituciones involucradas. Robustecimiento del nexo entre las instituciones y los operadores.
- Captación de poblaciones más alejadas y de adolescentes que estén desvinculados del sistema educativo.
- Implementación de talleres con las familias y referentes adultos.
- Evaluación de los impactos de las intervenciones.
- Integración de la población adolescente en la planificación de la estrategia.
- Conformación de una mesa en los diferentes departamentos priorizando su implementación en función de información brindada por indicadores concretos de la realidad adolescente.
- Aseguramiento de presupuesto para seguir desarrollando la estrategia y contar con los recursos necesarios.

La Mesa de Coordinadora de la Estrategia hizo las gestiones necesarias para que, en las todas las Maternidades del país se brindara anticoncepción luego del evento obstétrico y se organizaron jornadas de sensibilización e información para los equipos de salud de prestadores públicos y privados. La Mesa de Coordinación Territorial buscó ser un aporte al proceso de planificación local, ajustada al enfoque y a las pautas establecidas en la Estrategia y que a su vez respondiera a las necesidades y prioridades locales. Se promovió que cada equipo territorial intersectorial adaptara sus acciones a aquello que se expresa en la fundamentación de la Estrategia y su enfoque conceptual a partir del conocimiento de la realidad en su territorio, así como de su experiencia, sus fortalezas y oportunidades. Se configuró un plan de acción a medida que permitió avanzar progresivamente hacia los objetivos, cuyos logros, al juntarse con los de otros territorios, confluyeran en una respuesta integral para la prevención del embarazo en adolescentes, así como para construir un panorama más justo y favorable para el ejercicio de los DDSS y DDDR de la población adolescente del país.

Para el cumplimiento de estos objetivos, se desarrollaron las siguientes actividades:

- a. Formalizar la integración y el funcionamiento de las mesas locales (designación de representación institucional).
- b. Socializar los recursos de cada institución en los territorios.
- c. Identificar personas referentes locales y organizaciones de la sociedad civil (OSC) para su incorporación a nivel local.
- d. Estimular la representación de adolescentes referentes en las mesas.
- e. Revisar y planificar acciones a corto y mediano plazo.

Con el fin de brindar un mejor acompañamiento, la coordinación se organizó en cinco regiones y cada institución integrante de la Mesa asumió la responsabilidad de coordinar una de ellas, por lo que los departamentos quedaron distribuidos de la siguiente manera:

- Inmujeres, MIDES: Rivera, Treinta y Tres, Lavalleja y Maldonado.
- Uruguay Crece Contigo (UCC), MIDES: Colonia, Durazno, Flores, Florida y San José.
- ASSE Canelones: Canelones.
- ASSE central: Soriano, Río Negro, Rocha, Montevideo.
- MSP: Artigas, Salto, Paysandú, Tacuarembó, Cerro Largo.

Las acciones propuestas para el trabajo a nivel de las mesas departamentales y de acuerdo a los componentes de la estrategia fueron:

- *Promoción de actividades directas con los adolescentes:* con los materiales de la campaña de Mi plan adolescente se orientó a las mesas locales sobre cómo organizar actividades.
- *Difusión de la campaña de comunicación:* se distribuyó en cada departamento el material elaborado (spots de radio, videos, afiches, folletos) para ser utilizado en los medios locales. Hubo muy buen recibimiento y la campaña se difundió en varios medios.
- *Acceso a MAC:* se hizo un relevamiento del acceso a los MAC en los servicios de salud y se facilitaron procedimientos, especialmente con ASSE, para la colocación de implantes anticonceptivos subdérmicos. También se desarrolló una experiencia piloto de colocación de dispensadores de anticonceptivos fuera de los servicios de salud y de alta concurrencia de adolescentes en Salto, con el apoyo del UNFPA. Estos tuvieron muy buena receptividad y uso por parte de la población objetivo.

Las principales actividades que la mesa coordinadora de territorios realizó fueron:

- a. Elaboración del informe de sistematización de la implementación de la Estrategia a nivel nacional, para lo cual se envió a cada mesa un formulario de relevamiento con el propósito de sistematizar el estado de la Estrategia al finalizar el período.
- b. Elaboración de una *Guía para el apoyo a la implementación local de la Estrategia* (Anexo 3).
- c. Énfasis en las coordinaciones con educación para la *educación sexual integral (ESI)*, para lo que se convocó a los referentes de salud sexual a participar de las mesas locales. Se

coordinó a nivel central con el referente de educación sexual a nivel central de la ANEP. Para el apoyo y seguimiento de los padres y madres adolescentes se coordinó con los programas de cercanía.

- d. Capacitación a los equipos de trabajo en temas de embarazo adolescente en general y en particular de la planificación a nivel territorial. Se invitó a participar a integrantes de las mesas territoriales de la Estrategia de Artigas, Rivera, Salto, Cerro Largo, Tacuarembó, Canelones y Montevideo (municipios A, D y F). El objetivo general definido para la capacitación fue brindar elementos conceptuales y de intervención para fortalecer la implementación territorial de la Estrategia desde una perspectiva de derechos, género y diversidad. El curso fue realizado en acuerdo con la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, a través de su Programa Género, Sexualidad y Salud Reproductiva del Instituto de Psicología de la Salud.

Campaña comunicacional

Se conformó una Mesa de coordinación de las unidades de comunicación de las instituciones participantes para el diseño e implementación de la campaña comunicacional, que contó con dos etapas: 2017-2018 y 2019. Ambas fases contaron con el apoyo del UNFPA y en la segunda se sumó la cooperación del BID. Se diseñaron intersectorialmente y se realizaron por el Estudio Paz de comunicación ciudadana y gubernamental, responsabilidad social y derechos humanos, tras un llamado abierto. La campaña fue analizada y discutida ampliamente desde las áreas de comunicación y técnicas de las distintas instituciones involucradas en la Estrategia.

Primera etapa: 2017-2018

- Se enfocó en el trabajo con adolescentes en general.
- Se centró en la importancia de generar oportunidades y promover el derecho al acceso a experiencias y proyectos diversos a través del mensaje *Tenés unos años más para disfrutar las cosas únicas de tu adolescencia y mucho tiempo más para ser madre o padre.*
- Se desarrolló con mensajes sobre derechos de adolescentes, derechos de salud y acceso a MAC en particular.
- Se utilizaron recursos comunicacionales tradicionales como afiches y folletos, así como recursos diseñados para la comunicación a través de redes sociales e intervenciones territoriales con adolescentes y sus referentes.
- Tuvo diferentes componentes: difusión en medios y redes sociales, Fanpage en Facebook, mensajes de radio, intervenciones con adolescentes en distintos ámbitos (liceos, plazas públicas) y en las actividades programadas por las diferentes instituciones de la Estrategia, material audiovisual (video institucional, videos de las intervenciones con adolescentes) y papelería (*roll ups*, afiches, autoadhesivos, folletos). Todos los mensajes fueron testeados, actuados o locutados por adolescentes de INAU y del INJU y alumnos del Consejo de Educación Secundaria (CES) de la ANEP.

Figuras 4, 5 y 6
Campaña comunicacional



Figura 7
Campaña comunicacional, participación de adolescentes en radio



En 2018 se inició la campaña en otras redes sociales y se amplió el público objetivo.

- Instagram permite intercambiar mensajes entre pares.
- Whatsapp implica intercambio y difusión entre docentes y estudiantes.
- Twitter coloca el tema y promueve el debate en la opinión pública, instituciones que trabajan con adolescentes, referentes en diversos temas y periodistas entre otros.
- Los contenidos serán similares a los difundidos en Facebook pero en lenguaje adecuado para cada público

Figuras 8 y 9

Campaña comunicacional, redes sociales



Segunda etapa: 2019. Bienvenida adolescencia

- Se enfocó en la prevención del embarazo en las adolescentes menores de 15 años.
- Dirigió los mensajes a la población en general con el objetivo de sensibilizar sobre embarazo en la adolescencia temprana.
- Se propuso un spot (*¿Qué tiene por detrás un embarazo en adolescentes menores de 15 años?*) para el lanzamiento de campaña. Para dar respuesta a esta pregunta, diferentes personajes vinculados a una adolescente menor de 15 años (amigos, familia, médico, profesores) responden a esta pregunta y entre estas se incluye la posibilidad de un abuso sexual. Otro spot planteó *¿Qué tiene por delante un embarazo?* para abordar las implicancias sociales y emocionales de la maternidad y paternidad tempranas.
- Se diseñó un conjunto de intervenciones para apoyar el trabajo a nivel territorial: a) feria: conjunto de stands con información y propuestas interactivas; b) Bienvenida adolescencia: propuesta de actividades lúdicas dirigidas a niños y adolescentes de entre 10 y 14 años para desarrollar en escuelas o liceos. Estas actividades incluyeron la entrega de un kit o mochila con útiles y accesorios para esta nueva etapa, folletería y otros elementos vinculados a la prevención del embarazo.



La Estrategia en el escenario regional

El Marco estratégico regional para la prevención y reducción del embarazo adolescente no intencional, Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay puede consultarse en el Anexo 5.

En 2015 los cinco países que integran el Cono Sur, preocupados por la prevención y reducción del embarazo no intencional en adolescentes, comenzaron un proceso de trabajo conjunto con el apoyo del UNFPA. La acción en el ámbito subregional constituye una oportunidad estratégica para iniciar el desarrollo de intervenciones coordinadas sobre la base de las políticas nacionales de cada uno de estos países y a intervenciones adecuadas que han demostrado ser efectivas especialmente en América Latina y el Caribe, la región que cuenta con tasas específicas de fecundidad en adolescentes superiores a las esperadas para su nivel de desarrollo económico.

Uruguay fue el país anfitrión de la primera reunión regional en el marco de este proceso, que involucró a autoridades de programas de salud y educación de los cinco países, junto a las oficinas de país y la oficina regional del UNFPA, para identificar problemas y acciones comunes. Como resultado se discutió y validó el documento *Fecundidad y maternidad adolescente en el Cono Sur: apuntes para la construcción de una agenda común*.¹

La segunda reunión se llevó a cabo en Argentina, donde comenzó a elaborarse el *Marco estratégico regional para la prevención y reducción del embarazo adolescente no intencional*,² documento que se lanzó en 2017 en Paraguay, donde se realizó la tercera reunión regional con la participación de autoridades de alto nivel y técnicos de los ministerios de salud, educación, desarrollo social, niñez y adolescencia de los cinco países involucrados. En ella se acordaron acciones para los próximos años.

Desde el 2017 a la fecha, los países han avanzado en el diseño de políticas públicas y programas y acciones basadas en la mejor evidencia disponible. En 2019 se llevó a cabo la cuarta reunión subregional en Chile con el objetivo de reforzar y expandir políticas públicas integrales para garantizar la prevención de embarazos en adolescentes; analizar los avances y desafíos pendientes y cómo superarlos, y continuar con el fortalecimiento de la cooperación Sur-Sur para facilitar intercambio e implementación de buenas prácticas, así como resaltar la importancia de continuar estimulando estas alianzas. La reunión hizo a su vez especial foco en el embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años. Los países acordaron dar continuidad, a partir de 2020, a las acciones en algunas líneas específicas de trabajo como el embarazo en menores de 15 años o las masculinidades, entre otras.

Intercambios técnicos con otros países de la región

Desde 2016 Argentina y Uruguay han mantenido un proceso de intercambio fluido entre las autoridades y los equipos técnicos de las estrategias de ambos países —en el caso de Argentina, el Plan Nacional de Disminución del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (2017-2019)—. Se han

¹ Disponible en: https://paraguay.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/Fecundidad%20y%20Maternidad%20Adolescente%20en%20el%20Cono%20Sur-Ultima%20version_0.pdf.

² Disponible en: https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/marco%20estrategico%20castellano%20OK%2017bMayo_1.pdf

realizado reuniones de trabajo presenciales, discusiones a distancia, intercambio de documentos y materiales, participación en eventos de relevancia, en el marco de un proceso que contó desde el inicio con el apoyo de las oficinas del UNFPA en ambos países y en algunas instancias del UNFPA a nivel regional.

Por otra parte, en el marco de la cooperación que recibe Uruguay por parte de la Unión Europea, y específicamente del Programa Eurosocietal, se recibió, en 2018, la visita de una delegación de Panamá (Consejo Nacional de la Menor Embarazada, Conama) con el objetivo de conocer la experiencia de Uruguay en la implementación de políticas interinstitucionales para la prevención del embarazo no intencional en adolescentes. El propósito último de esta visita fue recoger insumos para apoyar la reglamentación e implementación de la ley panameña sobre la menor de edad embarazada (Ley 60). En el marco de esta misión, los representantes de las distintas instituciones que participan de la estrategia uruguaya brindaron información y reflexiones acerca de las lecciones aprendidas durante el proceso de diseño e implementación de la Estrategia y desafíos a futuro.

En línea con lo anterior, el 30 de agosto de 2018, en el marco del Programa Bilateral de Cooperación Sur-Sur entre Uruguay y Colombia, implementado por la AUCI, se aprobó el proyecto Intercambio de experiencias para la garantía de derechos sexuales y derechos reproductivos de niñas, niños y adolescentes y la prevención del embarazo en la adolescencia. Dicha cooperación se brinda a partir de la demanda de Colombia de conocer la política uruguaya y el proyecto iniciará su ejecución en el presente año 2020.

Cooperación internacional

La cooperación internacional brindó apoyo para el diseño y la implementación de la Estrategia a través del UNFPA Uruguay, la UE (Programa Eurosocietal), el BID, OPS-OMS y Unicef.

Cooperación UNFPA

Durante todo el proceso de diseño e implementación de la Estrategia, UNFPA Uruguay aportó la asistencia técnica de su oficial de Programa en Salud Sexual y Reproductiva, Valeria Ramos. A su vez, recibió la cooperación técnica en algunas instancias de Virginia Camacho (MD, MPH, asesora regional en salud sexual y reproductiva del UNFPA LACRO). También contó con cooperación financiera para el desarrollo de diversas acciones.

Asimismo, el UNFPA a nivel regional brindó apoyo al MSP para comenzar el proceso de evaluación de estándares globales de cobertura y calidad de los servicios de salud para adolescentes, con foco en salud sexual y reproductiva (OPS-OMS y UNFPA). Además del apoyo de la asesora regional Virginia Camacho, se recibió la cooperación de Lorena Ramírez, directora del Centro de Atención Integral de Salud del Adolescente Rucahueche-Usach y ex encargada nacional del Programa de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud de Chile y consultora del UNFPA, y de Nicolás Vega, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Santiago de Chile, también consultor del UNFPA. El principal resultado de estas cooperaciones es que 29 de los 43 prestadores del SNIS comenzaron el proceso de implementación de los estándares globales.

Cooperación Eurosocietal

El Programa Eurosocietal de la UE contribuyó durante 2019 con el fortalecimiento del desarrollo y la implementación de la Estrategia en Uruguay.

Dicha cooperación se realizó a través de asistencias técnicas internacionales y visitas de estudio

para conocer experiencias similares en la UE (Reino Unido)³ y del apoyo a la realización de talleres y seminarios. La asistencia técnica internacional fue brindada por Yolanda C. Aguirre de México, quien desarrolló la estrategia de prevención del embarazo adolescente en ese país e integró el Instituto Nacional de las Mujeres; Dante Moreno de Argentina, experto en diseños de sistemas de información, y María Lohan (Queen's University Belfast, Irlanda del Norte), profesora en Ciencias Sociales y Salud; directora de Investigación de la Escuela de Enfermería y Parteras de la Queen's Belfast University, Irlanda, cuya línea de investigación actual se focaliza en los adolescentes y la salud sexual y reproductiva y el involucramiento de los hombres en la paternidad.

Entre los resultados obtenidos se destacan la propuesta de marco lógico para la estrategia en esta etapa, el diseño de un sistema de información para optimizar la respuesta interinstitucional en el abordaje de las tres poblaciones descritas en los componentes 1, 2 y 3 de la estrategia; el intercambio de conocimientos y la puesta en común de la experiencia uruguaya y de los cuatro países que integran el Reino Unido, vinculados a la prevención del embarazo no intencional en adolescentes y sobre ESI; la difusión de estrategias comunicacionales y de materiales educativos de ambos países; el acceso a sitios web en varios idiomas sobre sexualidad, salud sexual y salud reproductiva; proyecciones de intercambio y continuidad de la cooperación entre naciones, y la colaboración entre la Queen's University de Belfast y la Universidad de la República para la adaptación e implementación del proyecto *If I were Jack* en Uruguay.

Cooperación del BID

El BID brindó apoyo al desarrollo de la Estrategia a través de una asistencia técnica y del apoyo para la realización de seminarios y talleres. La asistencia técnica estuvo a cargo de Ineke van der Vlugt (Rutgers International, Holanda), experta en desarrollo sexual y educación, salud sexual en jóvenes, anticoncepción y aborto, exresponsable del Departamento de Salud y Juventud, focalizado en el desarrollo sexual en infancia y adolescencia.

Los objetivos de esta asistencia técnica fueron el intercambio sobre experiencias vinculadas al embarazo adolescente y a la ESI con las instituciones integrantes de la Estrategia.

La asistencia técnica de Ineke van der Vlugt se articuló con la asistencia técnica de María Lohan (Queen's University Belfast, Irlanda del Norte).

Entre las actividades desarrolladas se destacan:

- Seminario sobre ESI y promoción de salud sexual y reproductiva con adolescentes.
- Presentación sobre innovación y desafíos en ESI y apoyo a los prestadores de salud. Presentación sobre la revisión de la OMS de programas que involucran a niños y hombres en salud y derechos sexuales y reproductivos.
- Conferencia en la Facultad de Psicología de la Universidad de la República: presentación de una intervención innovadora para involucrar a los varones adolescentes en la prevención de embarazos no deseados, *If I were Jack*, en países del Reino Unido. Reuniones con equipo de investigación del Programa Género, Sexualidad y Salud Reproductiva del Instituto de Psicología de la Salud, integrante del Núcleo ASDER de Universidad de la República.⁴

³ La visita se realizó a Londres y Belfast desde el 30 de setiembre hasta el 5 de octubre de 2019. La misión estuvo conformada por una delegación interinstitucional compuesta por: Silvia Graña, Lorena Quintana, Andrea Fabbiani y Nora d'Oliveira (representantes del MSP), Verónica Massa (representante de la ANEP), Alejandra López Gómez (por la Universidad de la República) y Leticia Benedet (representante de AUCI). La visita contó con la coordinación y el acompañamiento de la AUCI y bajo el financiamiento total del programa Eurosocial+.

⁴ Ver más en: <http://www.derechosgeneroy salud.psyco.edu.uy/conferencia-dra-mar%C3%Ada-lohan-queens-belfast-university-irlanda-del-norte-intervenciones-innovadoras>

- Reunión con la mesa intersectorial ampliada para el intercambio sobre la experiencia sobre monitoreo y evaluación y los programas e intervenciones en ESI (formal y no formal) de Holanda.
- Reunión con autoridades y referentes de educación formal: lecciones aprendidas de proyectos de ESI, apoyo a familias y provisión de información sexual para jóvenes en Holanda.

Cooperación Unicef y OPS-OMS

Unicef y OPS-OMS brindaron junto con el UNFPA cooperación técnica desde lo nacional y regional para la elaboración del mapa de ruta para la atención de niñas y adolescentes menores de 15 años con sospecha de embarazo o embarazadas. Asimismo, Unicef y UNFPA brindaron cooperación financiera para la publicación y el desarrollo de capacitaciones en equipos de territorio de diferentes sectores involucrados.

Lecciones aprendidas, conclusiones y recomendaciones

La implementación de la Estrategia, como proceso, requirió tiempo para ajustarse a las diferentes realidades de los territorios y a la interrelación de equipos interinstitucionales.

Entre las buenas prácticas desarrolladas en este período se destacan:

- La instalación del tema en distintas localidades del país mediante el desarrollo de acciones de base territorial con la participación de actores locales y de instituciones gubernamentales representadas en las mesas territoriales. Ello implicó la planificación de actividades a nivel central y en cada territorio, ajustadas a las necesidades y requerimientos locales.
- La definición del organigrama para la Estrategia con la instalación y el funcionamiento de varias mesas interinstitucionales con cometidos diferentes (mesa de autoridades de alto nivel político; mesa coordinadora central; mesa coordinadora de territorios, mesa de comunicación y mesa de sistema de información) fue adecuada para sostener y potenciar la interinstitucionalidad e intersectorialidad del abordaje.

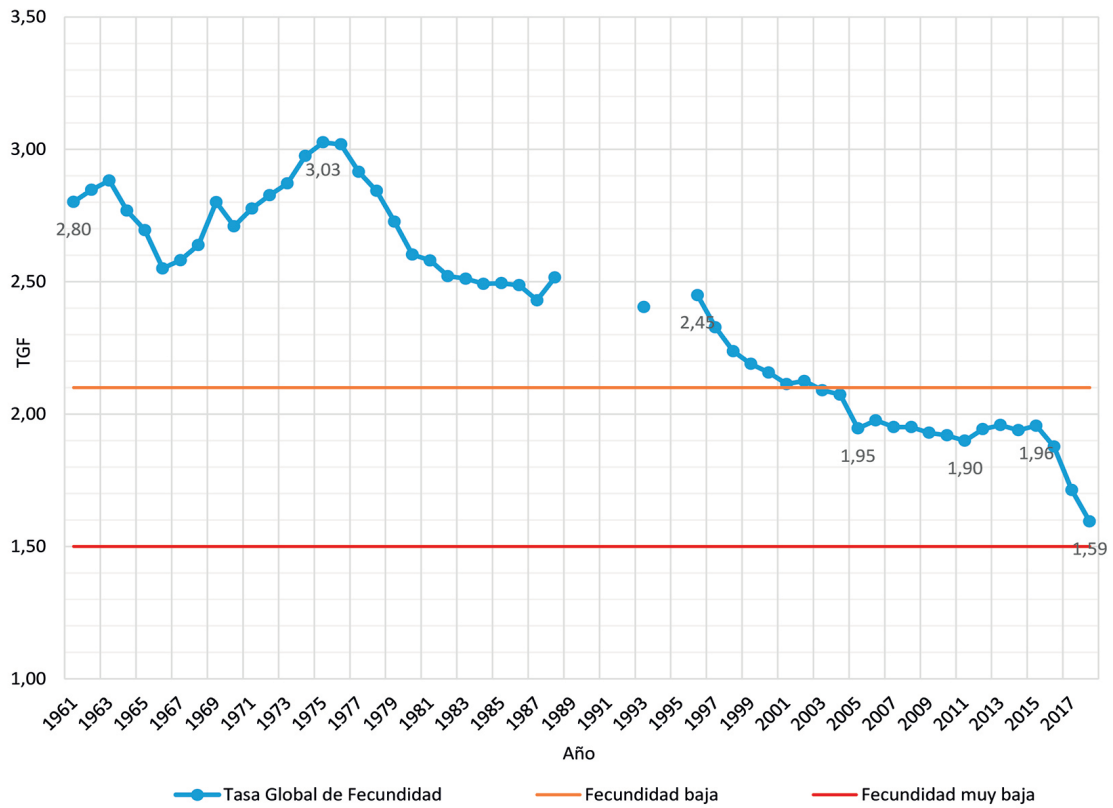
Muchas de las acciones implementadas tuvieron que ver con la identificación de problemas que se solucionaron mejorando la gestión de recursos existentes. Sin embargo, se considera indispensable la asignación de recursos y financiamiento para optimizar la implementación de las acciones propuestas.

El diseño y la puesta en marcha de una Estrategia de estas características ha sido un proceso valorado positivamente por las distintas instituciones participantes y por los organismos de cooperación internacional. Asimismo, ha sido observada como una experiencia valiosa por otros países de la región que han impulsado o buscan impulsar experiencias intersectoriales similares, al mismo tiempo que forma parte del Marco Regional del Cono Sur para la Disminución del Embarazo en Adolescentes.

En los últimos años se registra un descenso marcado de la fecundidad en el país, que se observa en todos los grupos de edad, pero especialmente en adolescentes y jóvenes (Cabella, Pardo y Nathan, 2019). Entendemos que la Estrategia ha contribuido al descenso de la tasa de fecundidad adolescente, que alcanzó su mínimo histórico en 2018 con 36 ‰ adolescentes de 15 a 19 años, lo que aleja a Uruguay del resto de los países en Latinoamérica (67 ‰) y pone fin a diez años de estancamiento del indicador a nivel nacional, como se observa en los siguientes gráficos. Desde 1996 hasta 2014, el porcentaje de nacimientos en madres adolescentes se mantuvo resistente a la baja en el entorno del 16 % y disminuyó al 11,3 % en 2018.

Gráfico 6

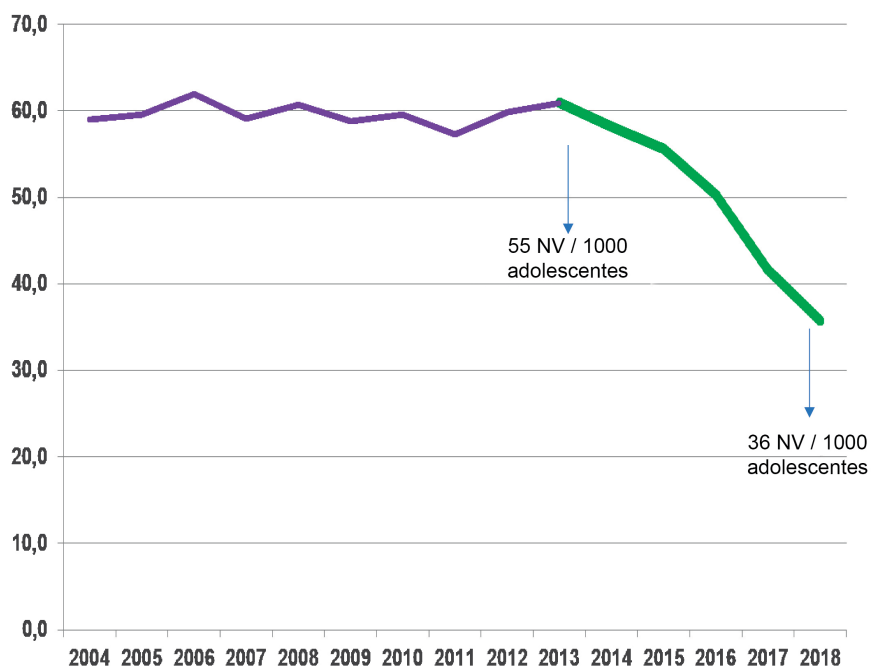
Evolución de la tasa global de fecundidad (Uruguay, 1961-2018)



Fuente: Cabella, Nathan y Pardo (2019)

Gráfico 7

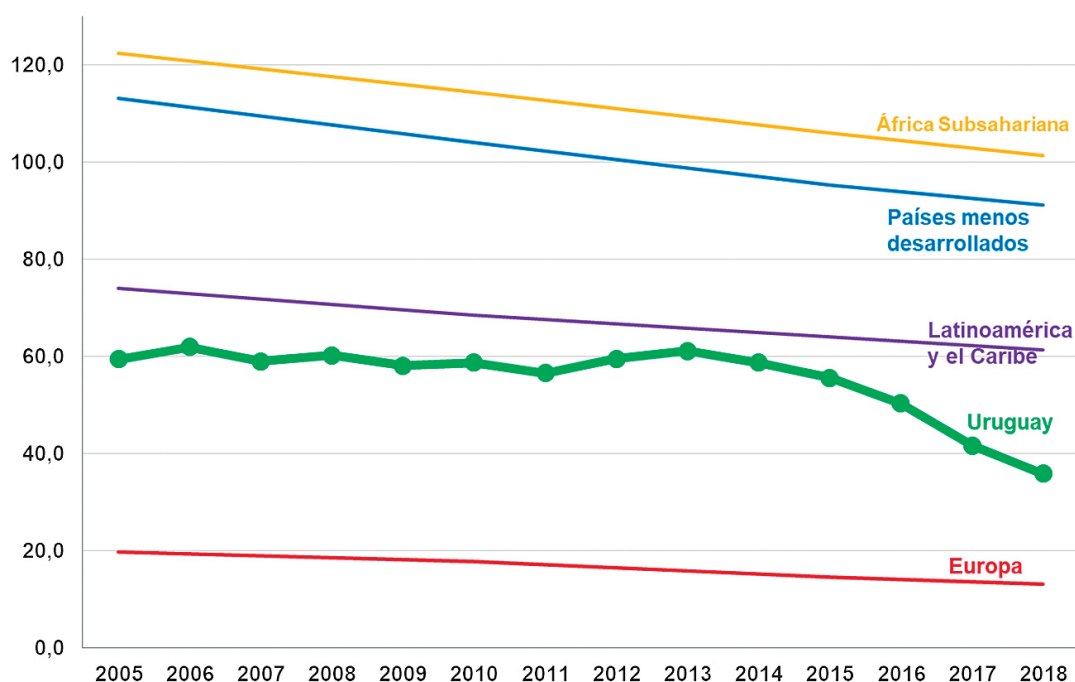
Evolución de tasas específicas de fecundidad adolescente, Uruguay, 2004-2018



Fuente: Estadísticas Vitales, MSP

Gráfico 8

Evolución de tasas específicas de fecundidad adolescente según regiones, 2005-2018



Fuente: <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database>

Este logro se basa en la implementación de una serie de políticas y legislación robusta en el campo de los derechos humanos y la igualdad de género (López Gómez, Couto y Brunet, 2019). Se destaca una política integral en salud sexual y reproductiva, con acceso universal a una amplia canasta de MAC en el marco de la elección libre e informada, educación sexual y políticas sociales.

Sin embargo, la reiteración del embarazo en la adolescencia y la segmentación territorial donde este tiene lugar exigen desarrollar acciones focalizadas. En este sentido, es relevante analizar los factores explicativos (sociales, económicos, psicológicos) sobre la variabilidad de comportamientos sexuales y reproductivos en adolescentes residentes en un mismo barrio o contexto sociourbano de similares características (Varela Petito y otros, 2019; Brunet, Fernández-Theoduluz y López Gómez, 2019).

Recomendaciones

Todo lo expuesto exige continuar las acciones realizadas y avanzar en un esfuerzo por focalizar acciones en territorios con mayores complejidades, con el fin último que se persigue, es decir la integración social y garantizar el acceso al ejercicio de los derechos de niñas, niños, adolescentes, de 10 a 19 años. En este sentido es que en 2019 la Estrategia se propuso —con la asesoría de la cooperación internacional— delinear la Fase 2 de su implementación, que buscó generar el diseño de marco lógico para un mejor monitoreo y evaluación de sus resultados.

Para todo esto se hace necesario:

- Aprobar la normativa que formalice la Estrategia, sus cometidos y su forma de funcionamiento.
- Destinar presupuesto específico para su desarrollo e implementación a nivel país.
- Aprobar un reglamento de funcionamiento de las mesas constitutivas de la Estrategia.

- Fortalecer la implementación a nivel territorial, buscando priorizar aspectos que hacen a la protección de las trayectorias educativas de adolescentes, a la capacitación e inserción en el mundo laboral, al acceso al sistema de cuidados y a MAC eficaces y la incorporación del implante subdérmico a la canasta de métodos del SNIS. Implementar el plan de monitoreo y evaluación de los indicadores de proceso y de resultados.
- Consolidar la Estrategia en el área metropolitana, a través de su incorporación en los nodos, redes y mesas ya existentes y del nombramiento de referentes para la tarea en cada sector de la Estrategia.
- Incorporación de representantes de las OSC y en especial la participación de adolescentes en las mesas territoriales.
- Implementar a nivel nacional el mapa de ruta para adolescentes menores de 15 años. Esto contribuye a la disminución de la brecha en el acceso a una atención de calidad para aquellas adolescentes con sospecha de embarazo o de confirmación de éste, mejorando la equidad. Implementar el mapa de ruta de menores de 15 significa contar con referentes institucionales que acompañen el proceso de atención integral de la adolescente, sobre la base del flujograma definido. Lograr la capacitación de los recursos humanos de todos los sectores, en especial de los profesionales de la salud mental de cada prestador para el abordaje psicoemocional y el acompañamiento en la toma de decisión. Coordinar las respuestas intersectoriales.

Los desafíos son muchos, pero el principal es lograr que esta política trascienda los gobiernos y se constituya en una política de Estado, que asegure la protección de derechos y la inclusión social de las adolescentes. Se trata de brindar las condiciones para que accedan a un mejor estado de bienestar y disfrute en esta etapa de vida posponiendo la maternidad, pero —en el caso de decidir comenzarla— asegurando las medidas de protección necesarias para su desarrollo y el de su hijo/a.

Referencias

- ABRACINSKAS, L. y López Gómez, A. (2001, noviembre). Los derechos sexuales y los derechos reproductivos en la arena política. *Advocacy desde la sociedad civil organizada. Seminario Regional sobre ONG y Gobernanza*. Montevideo: Programa MOST-Unesco.
- AGUIRRE, R. (2013). *Personas ocupadas en el sector cuidados*. Montevideo: Sistema Nacional de Cuidados-ONU Mujeres-OIT-Universidad de la República. Recuperado del: http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/23313/1/libro_snc02_v05_distribucdigital.pdf
- BATTHYANY, K. (2015). *Los tiempos del bienestar social. Género, trabajo no remunerado y cuidados en Uruguay*. Montevideo: Inmujeres, MIDES-Universidad de la República-UNFPA-ONU Mujeres-CEPAL. Recuperado de: <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/57293/1/libro-los-tiempos-del-bienestar-social---version-para-difusion.pdf>
- BATTHYÁNY, K.; GENTA, N. y TOMASSINI, N. (2012). *Mujeres jóvenes que cuidan pero no estudian ni trabajan en el mercado*. Argumentos que transforman, 2. Montevideo: Inmujeres, MIDES-Universidad de la República.
- BRONFENBRENNER, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- BRUNET, N.; FERNÁNDEZ-THEODULUZ, G. y LÓPEZ GÓMEZ, A. (2019). *Toma de decisiones y comportamientos sexuales en adolescentes*. Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad de la República-UNFPA.
- CABELLA, W.; NATHAN, M. y PARDO, I. (2019). La caída de la fecundidad en Uruguay entre 2015 y 2018. En: FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS; MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA y UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA. *Descenso acelerado de la fecundidad en Uruguay entre 2015 y 2018. Tres estudios para su análisis*. Montevideo: UNFPA-MSP-Universidad de la República.
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA (CEPAL) (2013) El consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Santiago de Chile: CEPAL. Disponible en https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037_es.pdf
- COMITÉ DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE POR LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES (CLADEM) (2016). *Balance regional. Niñas madres. Embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe*. Asunción: Cladem. Recuperado de: <https://cladem.org/publicaciones/balance-regional-ninas-madres/>.

Decreto 274/010. *Reglamentación de la Ley n.º 18.335 sobre Derechos y Obligaciones de Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud* (2010). Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/274-2010>.

ERVITI, J.; SOSA-SÁNCHEZ, I. A. y CASTRO, R. (2008). «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. Recuperado de: http://www.lazoblanco.org/wp-content/uploads/2013/08manual/bibliog/material_masculinidades_0059.pdf.

ESTRATEGIA INTERSECTORIAL DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO NO INTENCIONAL EN ADOLESCENTES (2019). *Mapa de ruta para la atención de niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de embarazo*. Montevideo: ASDER, Universidad de la República-UNFPA-Unicef-OPS-OMS. Recuperado de: <https://www.gub.uy/sites/gubuy/files/documentos/publicaciones/Mapa%20de%20Ruta%20Embarazo%20en%20menores%20de%2015.pdf>.

FILARDO, V. (2015). Cambios y permanencias en las transiciones a la vida adulta de los jóvenes en Uruguay (2008-2013). *Mirada joven. Cuadernos Temáticos de la ENAJ, 1*. Montevideo: INJU, MIDES. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/301749326_Cambios_y_permanencias_en_las_transiciones_a_la_vida_adulta_de_los_jovenes_en_Uruguay_2008-2013.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE) (2012). *Resultados del Censo de Población 2011: población, crecimiento y estructura por sexo y edad*. Montevideo: INE. Recuperado de: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35289/analisispais.pdf>

— — — — — (2013). *Encuesta Nacional de Juventud, 2013. Informe*. Montevideo: INE. Recuperado de: http://www.ine.gub.uy/web/guest/encuesta-nacional-de-la-adolescencia-y-juventud-enaj-/-/asset_publisher/8nW0ZKdgKuqR/content/tercera-encuesta-nacional-de-adolescencia-y-juventud-2013/maximized?_101_INSTANCE_8nW0ZKdgKuqR_redirect=%2Fencuesta-nacional-de-la-adolescencia-y-juventud-enaj-.

— — — — — (2014). *Encuesta de Uso del Tiempo y del Trabajo no Remunerado (EUT)*. Montevideo: INE. Recuperado de: http://www.ine.gub.uy/web/guest/encuesta-de-uso-del-tiempo-eut-/-/asset_publisher/8nW0ZKdgKuqR/content/uso-del-tiempo-y-trabajo-no-remunerado-en-uruguay-2013/maximized?_101_INSTANCE_8nW0ZKdgKuqR_redirect=%2Fencuesta-de-uso-del-tiempo-eut-.

— — — — —; PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA E INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES (INMUJERES) DEL MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL (MIDES) (2013). *Encuesta de Prevalencia de Violencia Doméstica en Servicios de Salud, Uruguay*. Montevideo: MSP.

INSTITUTO NACIONAL DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE (INAU) (2015). *Informe Sipiav, Uruguay*. Montevideo: INAU.

KAUFMANN, R. B.; MORRIS, L. Y SPITZ, A. M. (1997). COMPARISON OF TWO QUESTION SEQUENCES FOR ASSESSING PREGNANCY INTENTION. *Am J Epidemiol*, 145 (9), 810-816. doi: 10.1093/oxfordjournals.aje.a009174.

Ley 17823. *Código de la Niñez y la Adolescencia* (2004). Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/codigo-ninez-adolescencia/17823-2004>.

Ley 18211. *Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud* (2007). Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61>.

- Ley 18335. *Derechos y Obligaciones de Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud* (2008). Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008>.
- Ley 18426 sobre *Salud Sexual y Reproductiva* (2008). En: *Registro Nacional de Leyes y Decretos*. Tomo 2, Semestre 2, Año 2008, 2683. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>.
- Ley 18987 sobre *Interrupción Voluntaria del Embarazo. Ley del Aborto* (2012). En: *Registro Nacional de Leyes y Decretos*. Tomo 1, Semestre 2, Año 2012, 1125. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012>.
- Ley 19580. *Ley de Violencia hacia las Mujeres Basada en Género* (2017). Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017>.
- LÓPEZ GÓMEZ, A. (2005). Consideraciones conceptuales. En: LÓPEZ A. (Coord.). *Adolescencia y sexualidad. Significados, prácticas y discursos en Uruguay (1995-2004)*. Montevideo: Universidad de la República-UNFPA. Recuperado de: <https://issuu.com/familary/docs/adosex>.
- LÓPEZ GÓMEZ, A. y VARELA PETITO, C. (Coords.) (2016). *Maternidad en adolescentes y desigualdad social en Uruguay*. Montevideo: Universidad de la República-UNFPA. Recuperado de: <https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Maternidad%20en%20adolescentes%20y%20desigualdad%20social%20en%20Uruguay.pdf>.
- LOPEZ Gómez, A.; BRUNET, N. y COUTO, M. (2019). Estudio sobre descenso de la fecundidad y factores explicativos en Uruguay 2015-2017: políticas públicas implementadas en el periodo analizado. En: FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS; MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA y UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA (2019). *Descenso acelerado de la fecundidad en Uruguay entre 2015 y 2018. Tres estudios para su análisis*. Montevideo: UNFPA-MSP-Universidad de la Republica.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1979). *El niño y el adolescente en la sociedad: informe sobre una conferencia de la OMS*. Ginebra: OMS.
- RODRIGUEZ VIGNOLI, J. (2014). *La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina. Introducción al análisis demográfico, con énfasis en el uso de los microdatos censales de la ronda 2010*. Santiago de Chile: CEPAL-UNFPA. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36853/1/S2014262_es.pdf.
- RODRIGUEZ VIGNOLI, J. (2017). Deseabilidad y planificación de la fecundidad adolescente en América Latina y el Caribe: tendencias y patrones emergentes. *Notas de Población*, (104), 120-144. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41963/1/05_Rodriguez_Vignoli_104A.pdf.
- SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL (SIP) (2016). *Informe nacional 2016*. Montevideo: MSP.
- UNICEF (2016). *Informe Unicef en Uruguay 2016*. Recuperado de: https://www.bibliotecaunicef.uy/doc_num.php?explnum_id=160.
- VARELA PETITO, C.; PARDO, I.; LARA, C.; NATHAN, M. y TENENBAUM, M. (2014). La fecundidad en el Uruguay (1996-2011): desigualdad social y diferencias en el comportamiento reproductivo. En CALVO, J. J. (Coord.) *Atlas Sociodemográfico y de la Desigualdad del Uruguay* (Fascículo 3). Montevideo: INE-FCS y FCEA, Universidad de la República-MIDES-UNFPA-OPP. Recuperado de: http://www.ine.gub.uy/documents/10181/34017/Atlas_fasciculo_3_Fecundidad.pdf/b5f4c7da-2efb-4d1d-8d24-62894ba09c3e.
- VARELA PETITO, C.; TENENBAUM, M. y LARA, C. (2014). Fecundidad adolescente en Uruguay: ¿la pobreza como umbral de resistencia al descenso? *Comportamiento reproductivo y fe-*

cundidad en América latina: una agenda inconclusa. Serie e-Investigaciones, (3). Río de Janeiro: ALAP-UNFPA. Recuperado de: http://cienciassociales.edu.uy/unidadmultidisciplinaria/wp-content/uploads/sites/6/2019/05/SerieE-Investigaciones_N3_ALAP.pdf.

VARELA PETITO, C. y LARA, C. (2015). Jóvenes de hoy adolescentes de ayer: maternidad y desempeños. *Revista Sociedad y Economía*, 29, 15-37.

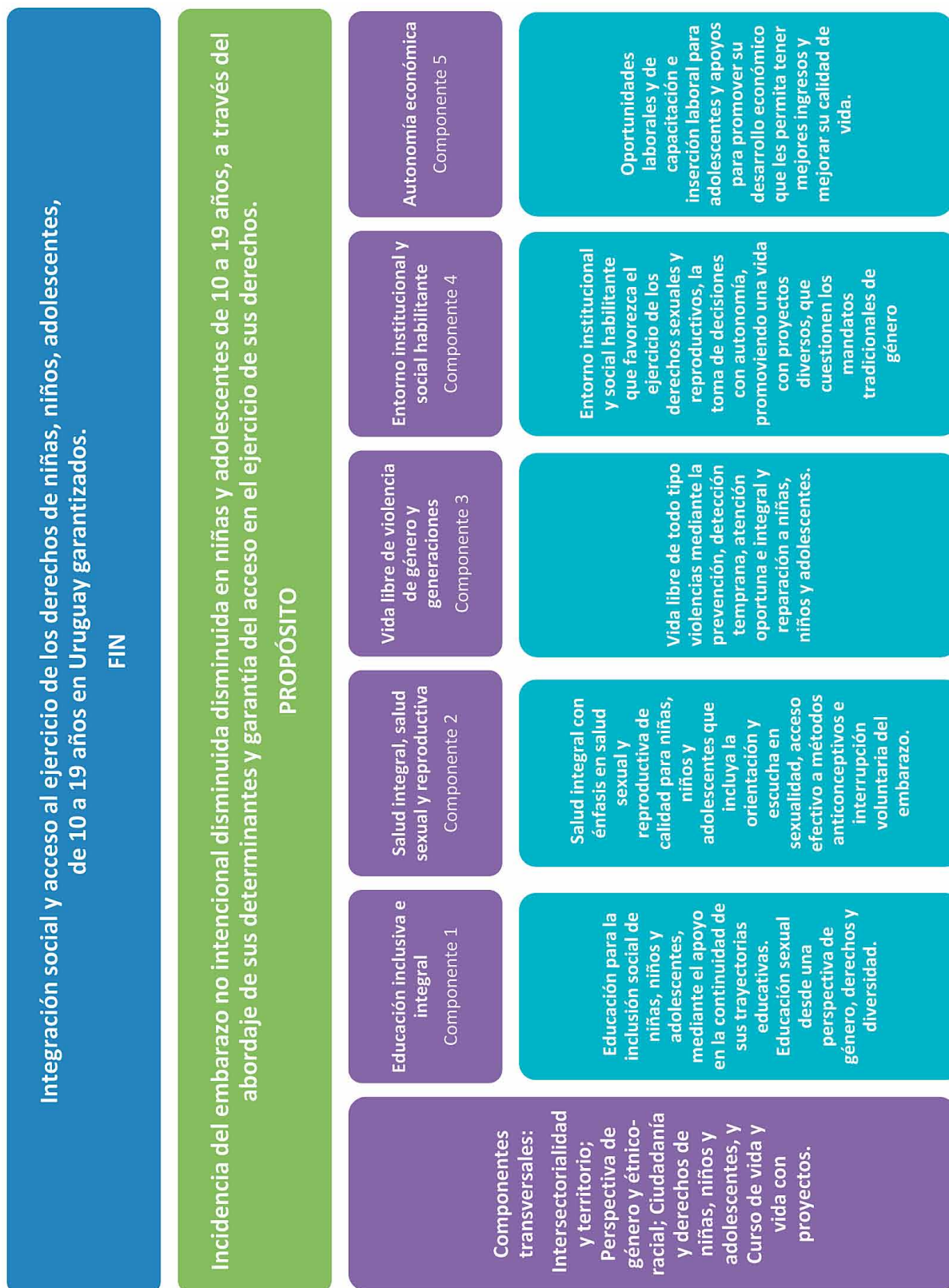
VARELA PETITO, C.; DA ROSA, C.; DOYENART, M. J.; RÍOS, A. y LARA, C. (2019). *Informe de investigación: Maternidad adolescente: desigualdad social y segregación territorial en Gran Montevideo*. Montevideo: FCS, Universidad de la República. Recuperado de: <http://cienciassociales.edu.uy/unidadmultidisciplinaria/wp-content/uploads/sites/6/2019/10/Informe-de-investigaci%C3%B3n-Maternidad-Adolescente-y-desigualdad-Social-Carmen-Varela-Petito.pdf>.

Anexos



Anexo 1

Matriz de Marco Lógico. Objetivos



Desarrollo de componentes e indicadores

Componente 1: Educación inclusiva e integral

Indicador del Componente 1:⁵ Proporción de adolescentes que culminan la educación media superior, según sexo.

Fórmula de cálculo: Cantidad de adolescentes que culminan educación media superior/total de adolescentes de 19 a 23 años.

Subcomponentes (productos)	Responsable (institución)	Actividades	Indicadores
Educación para la inclusión social de niños, niñas y adolescentes (NNA) mediante el Sistema de Protección de Trayectorias Educativas (SPTTE).	ANEP	Profundizar el componente de acompañamiento del SPTTE (becas, transporte, alimentación, flexibilidad horaria).	Porcentaje que representa la diferencia entre el número de egresos, número de egresos de 6.º del CEIP y número de egresos de 3.º de Educación Media Básica.
		Difundir la normativa de ANEP que protege y promueven el ejercicio del derecho a la educación de adolescentes y jóvenes (afrodescendientes, personas trans).	Número de funcionarios de la ANEP docentes y de gestión actualizados en la aplicación de las normativas vigentes.
		Promover la inclusión a través de formación de docentes, adecuaciones curriculares y edilicias.	Número de docentes formados en inclusión. Número de estudiantes con adecuaciones curriculares. Número de centros educativos accesibles.
		Promover el acercamiento al derecho a la cultura y el esparcimiento a través de programas, proyectos que impulsa ANEP.	Número de actividades realizadas de promoción del derecho a la cultura y al esparcimiento.
Educación sexual desde una perspectiva de género, derechos y diversidad	ANEP	Ampliación de la cobertura de actividades educativas de educación sexual en los distintos Consejos de Educación.	Número de centros educativos que cuentan con referentes, docentes de taller y maestras que implementan actividades de educación sexual.
		Profundizar la formación de los docentes en aspectos básicos de la educación sexual.	Número de docentes participantes de los cursos básicos de educación sexual.
		Realización de cursos de formación vinculados a la prevención del embarazo en la adolescencia (derechos sexuales y reproductivos, métodos anticonceptivos, Mapa de ruta de Prevención del Embarazo Adolescente y diversidad).	Número de cursos y número de participantes.

⁵ Los datos se presentan abiertos por sexo, dimensión racial, situación de discapacidad, geográfica, edad.

Subcomponentes (productos)	Responsable (institución)	Actividades	Indicadores
		Fortalecer las redes territoriales a través de los articuladores departamentales de derechos humanos y educación sexual en temas vinculados a prevención del embarazo adolescente.	Número de actividades intra e interinstitucionales realizadas en coordinación con el articulador departamental.
Control en salud integral.	ASSE	Incluir en el control en salud la perspectiva de trayectoria educativas de niñas, niños y adolescentes.	Número de adolescentes que tuvieron control en salud integral/número de adolescentes con control en salud integral que registran trayectoria educativa en Historia Clínica Electrónica (HCE).
		Incluir elementos de autocuidado y educación sexual en el marco del control en salud integral.	Número de profesionales que registran en la HCE DEL Sistema Informático del Adolescente (SIA) aspectos de autocuidado y educación sexual.
	ASSE	Capacitar y sensibilizar a los profesionales de la salud en la exploración de aspectos de trayectoria educativa, de autocuidado y educación sexual en el control de salud integral.	Número de profesionales capacitados.
	MSP, ASSE, ANEP, MEC	Trabajar en forma articulada y coordinada con el sector educación (formal e informal). Generar acuerdos intersectoriales para el abordaje de los/las adolescentes en riesgo de abandono educativo.	Acuerdos realizados.
Educación integral a los y las adolescentes vinculadas al sistema INAU a través del apoyo en la continuidad de sus trayectorias educativas.	INAU		Porcentaje de adolescentes integrados a espacios de educación formal/total de adolescentes vinculados al sistema INAU.
Espacios socioeducativos de tiempo parcial de inclusión y apoyo a las trayectorias educativas, perfiles de centro juveniles,	INAU		Porcentaje de Adolescentes integrados a espacios de apoyo en modalidad de tiempo parcial centros juveniles y espacios adolescentes del sistema sobre el total de

Subcomponentes (productos)	Responsable (institución)	Actividades	Indicadores
madres, padre y cuidado de las trayectorias educativas.			adolescentes con dificultades en las trayectorias educativas.
Acompañamiento a la crianza de referentes adolescentes con hijos/as.	Programa de Acompañamiento Familiar (PAF), UCC	En el macro del PAF se desarrollan acciones educativas tendientes a promover la escolarización oportuna de niños y niñas menores de 4 años. Se destaca en este sentido el trabajo de concientización con los referentes adultos respecto a la importancia de la escolarización, así como la articulación con las instituciones de educación inicial tanto públicas como privadas (en este caso a través del SNIC).	Cantidad de adolescentes acompañados/as.
Aportar a la información, acceso y mejora en la calidad de las atenciones, servicios y prestaciones que llegan a la población de primera infancia en educación inclusiva e integral. Gestionar prestaciones y servicios universales que fortalezcan las atenciones a la primera infancia.	UCC	Seguimiento y acompañamiento al plan de trabajo de UCC en relación con la Estrategia de Embarazo Adolescente no intencional.	
		Set de Bienvenida: las publicaciones que contiene el set abordan la temática educación inclusiva e integral.	
		Generación de conocimiento específica en primera infancia.	

Componente 2: Salud integral, salud sexual y reproductiva

Indicador del Componente 2: Proporción de adolescentes que utilizaron métodos anticonceptivos en la última relación sexual, según tipo de método, por sexo.

Fórmula de cálculo: Número de adolescentes que utilizaron métodos anticonceptivos en la última relación sexual según método y sexo/número total de adolescentes de 15 a 19 años que tienen relaciones sexuales.

Subcomponentes (productos)	Responsable (institución)	Actividades	Indicadores
Servicios de salud integral para niños/as y adolescentes.	ASSE	Implementación del registro de aspectos de salud integral, SSyR en el uso universal de HC del SIA.	Número de adolescentes con SIA/número de adolescentes en control en salud.
Atención en salud amigable y accesible para adolescentes.	MSP	Implementación de los estándares de calidad de atención en salud de adolescentes con foco en SSyR.	Número de prestadores que implementan los estándares/número total de prestadores.
		Aplicación de protocolo de atención y prevención del embarazo no intencional en adolescentes en todos los prestadores del SNIS (los que no lo tienen deberán realizarlo).	Número de prestadores que implementan protocolo a la interna institucional para el abordaje/número total de prestadores.
		Implementación del mapa de ruta en menores de 15 en situación de embarazo en todos los prestadores del SNIS.	Cantidad de prestadores que implementan el mapa de ruta/ total de prestadores.
		Implementar en las maternidades áreas de internación post-parto exclusivas para adolescentes, integrado por equipo interdisciplinario que permita un abordaje integral del binomio, intentando mejorar el abordaje de las y los adolescentes en el inicio de su maternidad/paternidad, facilitar la conexión con diferentes redes sociales, así como la contrareferencia con el primer nivel de atención.	Total de prestadores que implementan maternidades especiales para adolescentes/total de maternidades.
		Captación, control y seguimiento oportuno de las adolescentes que deciden continuar su embarazo.	Datos de control de embarazos en adolescentes (captación precoz, cantidad de controles) del total de controles de embarazo en adolescentes.
			Número de adolescentes que cursan un embarazo que son derivadas al espacio adolescente/número total de adolescentes que cursan un embarazo.

Subcomponentes (productos)	Responsable (institución)	Actividades	Indicadores
		Provisión de MAC según pautas del MSP y OSN 2020.	Cumplimiento de las pautas en todos los prestadores del SNIS.
		Ingreso al PIAS del implante anticonceptivo.	Implante ingresado a PIAS.
		Promoción de la anticoncepción pos evento obstétrico como práctica en todas las maternidades del país.	Número de adolescente con MAC al alta del evento obstétrico/número de adolescentes que cursaron evento obstétrico.
Acceso a MAC.	MSP	Elaboración de kits de anticoncepción para ser entregados en los servicios de emergencias y de adolescentes del SNIS.	Número de adolescentes con consulta coordinada antes de los 30 días pos evento obstétrico/número total de adolescentes que cursaron evento obstétrico.
Servicios IVE con perspectiva integral para la atención de niñas y adolescentes.	ASSE-ANEP	Capacitación y sensibilización a los profesionales de los servicios IVE para la atención integral de niñas y adolescentes.	Número de profesionales capacitados.
		Difundir servicios IVE en población adolescente (centros educativos formales y no formales y en control en salud).	Número de dispositivos IVE por región de la red de ASSE.
			Número de actividades de difusión de los servicios IVE.
			Número de instancias en las que se entrega material sobre servicio IVE.
Participación de adolescentes vinculados a INAU en espacios de consejería en espacios de salud.	INAU		Número de adolescentes del sistema INAU que usufructúan espacios de consejería.
Concurrencia de adolescentes vinculados a INAU a realizar sus controles en SSyR con real acceso a información y MAC.	INAU		Número de Adolescentes que concurren a control y reciben información de MAC.
Orientación y consejería en SSyR a referentes adolescentes acompañados.	PAF, UCC	En el macro del PAF se desarrollan acciones de orientación y consejería sobre SSyR y MAC.	Cantidad de adolescentes reciben orientación y consejería.
Aportar a la información, acceso y mejora en la calidad de las atenciones, servicios y prestaciones que	UCC	Seguimiento y acompañamiento al plan de trabajo de UCC en relación con la Estrategia de Embarazo Adolescente no intencional.	

Subcomponentes (productos)	Responsable (institución)	Actividades	Indicadores
llegan a la población de primera infancia en salud integral, SSyR.			
Gestionar prestaciones y servicios universales que fortalezcan las atenciones a la primera infancia.		Set de Bienvenida: las publicaciones que contiene el set abordan la temática salud integral, SSyR.	Cantidad de sets de bienvenida entregados anualmente.
		Generación de conocimiento específico en primera infancia.	

Componente 3: Vida libre de violencia de género y generaciones

Indicadores del Componente 3:⁶

Prevalencia de violencia en adolescentes.

Violencia sexual en la última pareja.

Violencia física por parte de su última pareja.

Subcomponentes (productos)	Responsable (institución)	Actividades	Indicadores
Servicios de violencia con enfoque de NNA.	MSP-ASSE	Promoción de los Servicios de atención en situación de violencia.	Número de consultas de niños y adolescentes en los servicios de violencia/número de consultas en servicios de violencia.
		Actividades de promoción de vida libre de violencia de género y generaciones (VBGyG).	Número de actividades realizadas en prevención de VBGyG por región.
Iniciativas de promoción de convivencia grupal, familiar y comunitaria.	INAU		Número de derivaciones realizadas a centros de atención especializada en violencia.
			Número de adolescentes que participan de las actividades/número total de A sistema INAU.
Capacitación de operadores institucionales.	INAU	Número de capacitaciones realizadas	
Campañas de prevención de la violencia en el noviazgo.	Inmujeres en coordinación con instituciones del Consejo Nacional de Género	Coordinación de campaña de nivel nacional.	Cantidad de adolescentes participantes de la campaña.
		Mantenimiento de redes.	
		Elaboración de materiales para el trabajo en territorios.	
Servicios de atención a mujeres en situación de VBG.	Inmujeres	Atención de mujeres que viven o han vivido situaciones de violencia doméstica por parte de su pareja o expareja.	Cantidad de mujeres atendidas de 18 y 19 años sobre el total de mujeres atendidas.
Servicios de atención a niñas y	Sipiav	Atención de niñas y adolescentes en situación de	Cantidad de niñas y adolescentes atendidas

⁶ Los datos se extraen de la Encuesta Nacional de Prevalencia de violencia basada en género.

Subcomponentes (productos)	Responsable (institución)	Actividades	Indicadores
adolescentes en situación de violencia.		violencia.	por servicios del Sipiav.
Promoción de prácticas de crianza sensibles por parte de los referentes adolescentes con hijos/as a cargo.	PAF, UCC	Las prácticas de crianza sensibles, promotoras del desarrollo infantil y ajustadas a las necesidades y derechos de niñas y niños, constituyen la base biológica y ambiental para la construcción de vínculos y pautas de relacionamiento saludables.	Cantidad de adolescentes incorporados/as al programa que reciben pautas de crianza sensibles.
Abordaje de situaciones de VBGyG en el ámbito doméstico en hogares con referentes adolescentes.	PAF, UCC	Cuando se presentan situaciones de VBGyG en el ámbito doméstico, el equipo de acompañamiento familiar trabajará en su desnaturalización, concientizando sobre las repercusiones que ello tiene para las personas afectadas, en particular niños y niñas. Se deberá definir en cada caso y junto con el supervisor/facilitador, el rol de UCC frente a dicha situación y la necesidad de coordinar con otras instituciones involucradas o especializadas en la temática. De esta forma se podrá hacer un abordaje integral de la situación.	Cantidad de intervenciones en VBGyG en hogares con referentes adolescentes.
Aportar a la información, acceso y mejora en la calidad de las atenciones, servicios y prestaciones que llegan a la población de primera infancia en vida libre de VBGyG.	UCC	Seguimiento al plan de trabajo de UCC en relación con la Estrategia de Embarazo Adolescente no intencional.	Cantidad de sets de bienvenida entregados anualmente
Gestionar prestaciones y servicios universales que fortalezcan las atenciones a la primera infancia.		Set de Bienvenida: las publicaciones que contiene el set abordan la temática vida libre de violencia de género y generaciones.	
		Implementación de dispositivos que fortalezcan las capacidades de las familias en prácticas de crianza.	
		Generación de conocimiento específico en primera infancia.	

Componente 4: Entorno institucional y social habilitante

Indicadores del Componente 4:

- Proporción del tiempo dedicado a los cuidados de niños, niñas, personas con discapacidad o adultos mayores (INE, 2014).
- Proporción de tiempo dedicado a las tareas domésticas (INE, 2014).
- Proporción de tiempo dedicado a actividades recreativas, educativas, deportivas (INE, 2014).
- Proporción de adolescentes vinculados a programas de empleo juvenil.

Subcomponentes (productos)	Responsable (institución)	Actividades	Indicadores
Servicios de urgencia y emergencia.	ASSE	Sensibilizar a los profesionales de emergencia y urgencia sobre salud integral adolescente, SSyR, derechos, etc.	Número de consultas de adolescentes en puerta de urgencias y emergencias/número de adolescentes derivados (a cuál).
Espacios territoriales (mesas, comités) con integración de cada sectorial convocados para intervenir en el tema.	Todas		Número de reuniones de mesa territorial con presencia de cada sectorial/número de reuniones de mesa territorial.
Productos comunicacionales con sello INAU dirigidos a los y las adolescentes.	INAU		Productos realizados sí/no.
Productos comunicacionales dirigidos a los operadores.			Productos realizados sí/no.
Monitoreo de implementación en mapa de ruta en menores de 15.	Intersectorial/Mesa Estrategia		Número de adolescentes embarazadas en las que se aplicó el mapa de ruta/todas las embarazadas adolescentes.
Mecanismos de coordinación intersectorial, mesas, comités y grupos de trabajo, implementados para la atención en territorio, con enfoque de género, DDSS y DRRR, de niñas, niños y adolescentes.	MEC		Porcentaje de personal asociado a trabajo territorial participando en instancias de coordinación intersectorial, mesas, comités y grupos de trabajo, implementados para la atención en territorio, con enfoque de género, DDSS y DRRR, de niñas, niños y adolescentes.

Subcomponentes (productos)	Responsable (institución)	Actividades	Indicadores
Condiciones culturales e institucionales fortalecidas para garantizar el ejercicio de los DDSS y DDDR y la toma de decisiones reproductivas con autonomía de niñas, niños y adolescentes.	MEC		Porcentaje de talleres y jornadas de reflexión a la comunidad en torno a DDSS y DDDR Porcentaje de participantes en talleres y jornadas de reflexión a la comunidad en torno a DDSS y DDDR de niñas, niños y adolescentes.
Capacitaciones en derechos, género y salud sexual y reproductiva de NNA.	Inmujeres, MEC, CEIBAL y ANEP	Realización de cursos virtuales dirigidos a educadores/as, docentes y profesionales vinculados a la educación.	Cantidad de participantes de los cursos virtuales.
Participación adolescente.	Inmujeres, MSP, INJU, JND	Realización del encuentro <i>Desempolvando un derecho: adolescentes y jóvenes discutiendo la salud.</i>	Cantidad de adolescentes participantes.
Apoyo a las maternidades y paternidades adolescentes.	UCC	Acompañamiento a las maternidades y paternidades adolescentes.	Cantidad de adolescentes madres/padres acompañadas/os.
Asegurar el acceso de las y los adolescentes a la orientación/educación oportuna para una vivencia de la sexualidad saludable, placentera y sujeta a derechos.	JER, INJU	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 DDSS y DDDR en los diversos espacios por donde transitan las y los adolescentes (programas socioeducativos, educación no formal).	No corresponde.
	INJU	Asesoramiento en estas temáticas a través del Centro de Información a la Juventud.	Cantidad de consultas recibidas.
	INJU	Ponderación de la promoción de los DDSS y DDDR y el embarazo no intencional en adolescentes en los Fondos de Iniciativas Juveniles (FIJ).	Cantidad de iniciativas.
Captar, acompañar y mejorar la atención integral de Adolescentes que	JER, INJU-INAU	Brindar a los y las adolescentes espacios de escucha, dialogo, asesoramientos y	No corresponde

Subcomponentes (productos)	Responsable (institución)	Actividades	Indicadores
se encuentran cursando un embarazo, incluyendo el acceso a IVE.		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.	
	JER, INJU	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.	Número de situaciones captadas.
Implementar acciones de participación de las y los adolescentes en la gestión de estrategias específicas interinstitucionales vinculadas al embarazo en la adolescencia en territorios.	INJU	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 DDSS y DDDR.	No corresponde.
Profundizar en la producción de INJU 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.	INJU	Realizar un módulo temático en la ENAJ para continuar avanzando en la generación de información sobre la situación de vida de adolescentes y jóvenes.	No corresponde.

Subcomponentes (productos)	Responsable (institución)	Actividades	Indicadores
Acompañamiento a las maternidades y paternidades adolescentes	PAF, UCC	El acompañamiento a las maternidades y paternidades adolescentes implica promover la compatibilidad de las tareas crianza en clave de corresponsabilidad, con la continuidad del proyecto de desarrollo personal de las y los adolescentes. En este sentido se desarrollan acciones tendientes a apuntalar la permanencia educativa de los y las referentes o a promover su revinculación cuando el desvínculo ya se produjo. Destacamos el trabajo de concientización desarrollado por los equipos respecto de la importancia que esto supone, así como las articulaciones con la institucionalidad educativa, la malla de protección social y de cuidados que permita dar soporte a una vida con proyectos.	
Aportar a la información, acceso y mejora en la calidad de las atenciones, servicios y prestaciones que llegan a la población de primera infancia en Entorno institucional y social habilitante.	UCC	Seguimiento al plan de trabajo de UCC en relación con la Estrategia de Embarazo Adolescente no intencional.	
Gestionar prestaciones y servicios universales que fortalezcan las atenciones a la primera infancia.		Set de Bienvenida: las publicaciones que contiene el set abordan la temática entorno social.	
		Estrategia relacionada con los cuidados del recién nacido y su entorno.	
		Generación de conocimiento específico en primera infancia.	

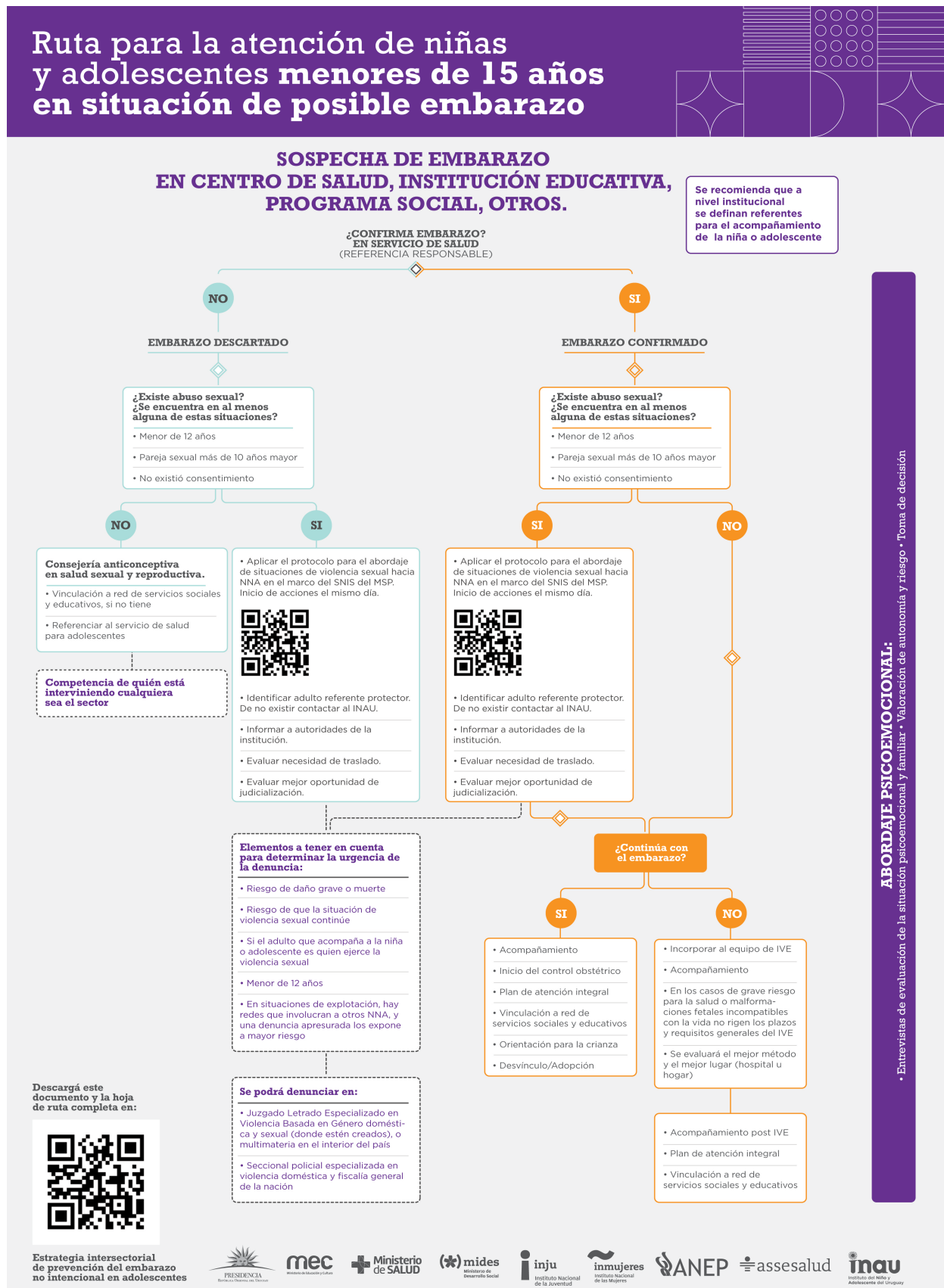
Componente 5: Oportunidades de desarrollo

Indicador del Componente 5: Proporción de adolescentes con Índice de Carencias Críticas que reciben alguna prestación para su desarrollo (laboral, educativa, alimentaria, etcétera).

Subcomponentes (productos)	Responsable (institución)	Actividades	Indicadores
Acercamiento al mundo del trabajo a las y los adolescentes a través de instancias de capacitación.	INAU	Iniciativas de capacitación laboral.	Número de A que reciben capacitación/número total de adolescentes integrados al sistema en modalidad de tiempo parcial.
Capacitación laboral a adolescentes de centros residenciales en régimen de 24 horas.	INAU	Coordinación y derivación al área Orientación laboral INAU.	Número de adolescentes integrados al área/número total adolescentes de centros residenciales 24 horas del sistema INAU.
Sistema de cuidados para adolescentes que cuidan.	SNIC	Desarrollo de programas de cuidados para adolescentes que cuidan.	Cantidad de adolescentes beneficiarias/os de programas de cuidados.
Cupos en programas de inclusión laboral de adolescentes.	Inefop-Dinesil (MIDES)-MTSS-BPS-INJU	Implementación de programas de capacitación e inserción laboral de adolescentes (Yo Estudio y Trabajo, PEL, entre otros).	Cantidad de adolescentes madres/padres beneficiarias/os de programas de inclusión laboral sobre total de beneficiarios/as.
Apoyos a madres adolescentes.	BPS	Implementación programa de apoyo a madres adolescentes	Cantidad de adolescentes incorporadas anualmente al programa.
Transferencias monetarias.	MIDES-BPS	Implementación TUS, AFAM.	Cantidad de adolescentes madres beneficiarias (directas o indirectas) de programas de transferencias monetarias.
Acompañamiento a las maternidades y paternidades adolescentes.	PAF, UCC	Ídem. PAF, UCC entorno social e institucional habilitante.	
Aportar a la información, acceso y mejora en la calidad de las atenciones, servicios y prestaciones que llegan a la población de primera infancia en Autonomía económica.	UCC	Seguimiento al plan de trabajo de UCC en relación con la Estrategia de Embarazo Adolescente no intencional.	
Gestionar prestaciones y servicios universales que fortalezcan las atenciones a la primera infancia.		Set de Bienvenida: las publicaciones que contiene el set abordan la temática autonomía económica.	

Anexo 2

Ruta para la atención a niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de posible embarazo ⁷



⁷ Disponible en: <https://www.gub.uy/sites/gubuy/files/documentos/publicaciones/PEA15-%20flujoograma%20atencion%CC%81n.pdf>

Anexo 3.

Abordaje psicoemocional a adolescentes menores de 15 años

En el marco de la Estrategia de Prevención del Embarazo No Intencional en Adolescentes, se propone que todas las niñas y adolescentes menores de 15 años que cursan un embarazo dispongan de un espacio de apoyo psicológico individual cuya función es permitir la reflexión, el asesoramiento, la toma de decisiones y el acompañamiento respetuoso, confidencial y privado desde el momento de la sospecha o confirmación de un embarazo. Este espacio debe estar disponible para todas las niñas y adolescentes, con especial énfasis en aquellas que transitan su vida en un entorno familiar y social de mayor vulnerabilidad. Debe propiciar la escucha a la niña o adolescente sobre su situación vital, las circunstancias que desembocaron en el embarazo, los recursos familiares y sociales de apoyo, sus reacciones emocionales frente al embarazo y sus derivaciones. Se proyecta como un espacio que habilite a que la niña pueda narrar su historia personal y familiar, lo que permitirá valorar el nivel de autonomía y los recursos cognitivos, emocionales y sociales de los que dispone para la toma de la decisión.

El embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años implica una situación crítica que requiere el apoyo, la evaluación y la atención de un equipo técnico especializado.

Se trata de una situación de gran complejidad (en todas las dimensiones de lo biopsicosocial), por lo cual el profesional o equipo que tome contacto con una niña o adolescente en esta situación deberá ser extremadamente cuidadoso con los pasos a seguir. Se busca realizar un abordaje oportuno, temprano e integral, y con base en el trabajo de un equipo que disponga de las mejores herramientas para analizar cada situación y definir, junto con la niña o adolescente (y su familia o referente adulto protector según corresponda), las decisiones más adecuadas a tomar.

El embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años debe analizarse en función de algunas variables que suponen diferentes situaciones:

- *Origen del embarazo:* violación, abuso sexual intrafamiliar o extrafamiliar, explotación sexual comercial o no comercial, no uso o uso inconsistente de medidas anticonceptivas.
- *Diferencia con la edad del varón progenitor superior a diez años (de acuerdo a la Ley 19580: Violencia hacia las Mujeres Basada en Género, que tipifica los delitos de abuso sexual, imprescriptibilidad de los delitos sexuales contra niños, niñas y adolescentes, redefine el consentimiento en las relaciones y eleva la pena mínima a dos años de penitenciaría para casos de abuso sexual. Pone el foco en la asimetría y los contextos de coerción).*
- *Condiciones sociales y familiares de vida de la niña o adolescente:* institucionalizadas, deficiente cobertura de salud, privación de libertad, situación de calle, pobreza extrema, estar fuera del sistema educativo, entre otras.
- *Condiciones emocionales y cognitivas de la niña o adolescente:* discapacidad, afectaciones en salud mental, uso problemático de drogas, abandono o soledad, conflictividad familiar severa.

Las condiciones antes señaladas y sus intersecciones deben considerarse como elementos de valoración de potenciales riesgos y daños en las recomendaciones del equipo, pues inciden en las posibilidades de la niña o adolescente para tomar decisiones considerando la opción más protectora

para sí misma y su bienestar futuro. Valorar la capacidad de tomar decisiones en el marco de la autonomía progresiva es una de los retos de estas entrevistas. Las decisiones tendrán efectos en el corto y largo plazo no solo en la vida de la niña adolescente, sino también en su hijo si decide continuar el embarazo.

En los casos en que el embarazo sea producto de abuso sexual se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Los relatos se presentan de forma ambigua, confusa, por momentos sin hilo conductor, ya que están atravesados por sentimientos de culpa, vergüenza, miedo y angustia propios de las situaciones de violencia y abuso sexual.
- Es fundamental comprender, alentar y desculpabilizar, ubicando las responsabilidades en las personas adultas y en quien ejerció la violencia. Se busca habilitar la expresión de sus emociones, infundiendo confianza y creyendo en sus palabras.
- Se requiere indagar acerca de los miedos, encontrar caminos de salida y seguridad a futuro.
- Es necesario valorar e identificar una persona protectora del medio familiar o de su entorno cercano que pueda ser una referencia afectiva importante de apoyo en este proceso. En el caso de no existir dicha figura, se deberá contactar al INAU, que brindará una referencia.⁸
- Evaluar los riesgos y potenciales daños emocionales y físicos, entre ellos depresión y riesgo de suicidio o autolesiones.

Es función del equipo:

- Informar a las niñas y adolescentes sobre sus derechos sexuales y reproductivos, los recursos institucionales, los apoyos disponibles y el encuadre general del acompañamiento que ofrecen las instituciones durante todo el proceso.
- Brindar a la niña o adolescente un espacio de escucha y elaboración de su situación para explorar su reacción emocional frente al embarazo y valorar los recursos cognitivos y emocionales de que dispone para enfrentar la situación y su resolución.
- Valorar técnicamente los potenciales riesgos y daños que implica el embarazo no intencional o forzado, su continuación o su interrupción.
- Valorar los recursos de apoyo familiar y social con que cuenta la niña o adolescente para enfrentar la situación y su resolución.

Características del modelo de abordaje y atención psicoemocional específico

Se realizarán entrevistas estructuradas en temáticas preestablecidas a ajustar en cada situación. Se debe permitir en cada una de las instancias el abordaje de diversos escenarios para conocer y comprender en profundidad la situación de la niña o adolescente respecto a la condición de embarazo y el lugar que ocupa en su imaginario, en su realidad cotidiana y en su proyecto. En todos los casos se debe entrevistar en un espacio físico que asegure confidencialidad y privacidad.

⁸ Ver centros de referencia departamentales de INAU en el Anexo 2.

Orientaciones para el desarrollo de las entrevistas

Instancia	Temas a abordar en las entrevistas
Entrevista 1	Confirmación del embarazo en los planos simbólico, emocional, familiar y contextual. Historia personal y familiar. Proyectos de futuro, recursos y escenarios para su concreción. Entrega de información.
Entrevista 2	Reflexión sobre la información entregada. Valoración de autonomía y capacidad de consentir.
Entrevista 3	Devolución individual y familiar o referente adulto responsable. Informe y recomendaciones.

Desarrollo de las entrevistas

Consignas

Es necesario describir y explicitar a las niñas y adolescentes las características de las entrevistas, su duración y objetivos, y dar lugar para la recepción de sus expectativas. Se debe hacer hincapié en que las entrevistas son privadas y confidenciales. Se explicará que es importante que reciba información sobre aspectos legales y médicos, entre otros, que contribuyan a apoyar sus decisiones.

Entrevista 1

Confirmación del embarazo en los planos simbólico, emocional, familiar y contextual

Los objetivos de esta entrevista son conocer a la niña o adolescente y las circunstancias vitales relevantes de su historia; acercarse a la problematización del embarazo y la maternidad. Se busca que la niña o adolescente logre considerar la complejidad de la maternidad en esta etapa de la vida; visualizar posibles beneficios no conscientes buscados e imaginar un horizonte de proyectos como adolescente; abrir la posibilidad de pensar su condición actual sin prejuicios ni presiones, y ofrecer información sobre aspectos médicos, legales, emocionales u otros que puedan ser necesarios para la toma de decisiones.

Entrevista 2.

Valoración de autonomía y riesgos

El objetivo de esta entrevista es que el equipo pueda tener una idea clara del nivel cognitivo e intelectual, y de la capacidad y destrezas de la niña o adolescente; conocer si está obligada a realizar tareas domésticas o de otro tipo no acordes a su edad; saber si ha tenido que tomar decisiones sola y en forma autónoma frente a problemas pasados personales o familiares, y explorar si existe presión de algún tipo en relación con la continuidad o interrupción del embarazo.

Entrevista 3.

Devolución y recomendaciones

- Se realiza entrevista de devolución con la niña o adolescente junto con su familiar o referente adulto protector (si cuenta con esta figura) y progenitor si corresponde.

- Se efectúa informe dirigido al equipo de salud local que atendió la primera consulta de la niña o adolescente en el que se exponen los resultados de la evaluación.
- El informe debe contener sugerencias y recomendaciones fundamentadas. Estas se comparten y explican con claridad, tanto a la niña o adolescente como a su familiar o referente protector.
- Se realizan las derivaciones a otros dispositivos competentes de acuerdo a las necesidades de cada caso (por ejemplo, equipo de violencia doméstica, denuncia por abuso sexual, prestaciones de salud mental, equipo ive, espacio adolescente, entre otros).
- Se planifica el acompañamiento posterior sea cual sea la decisión en relación con la continuidad o interrupción del embarazo.

Anexo 4

Guía: Orientaciones para el trabajo a nivel territorial

Esta guía es una adaptación local de la *Guía para la implementación de la Estrategia nacional para la prevención del embarazo en adolescentes en las entidades federativas, México*.¹

La guía tiene el propósito de apoyar a los grupos locales para la implementación de la Estrategia Nacional e intersectorial de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia, así como en el planeamiento participativo. Busca ser un documento práctico que muestre los pasos básicos de un proceso de planificación ajustado al enfoque y a las pautas establecidas en la Estrategia y que, a su vez, responda a las necesidades y prioridades locales.

Se busca que cada grupo adapte sus acciones y actitudes a aquello que se expresa en la fundamentación de la Estrategia y su enfoque conceptual a partir del conocimiento de la realidad en su territorio, así como de su experiencia, sus fortalezas y oportunidades. Se configuró un plan de acción *a medida* que permitió avanzar progresivamente hacia los objetivos, cuyos logros, al juntarse con los de otros territorios, confluyeran en una respuesta integral para la prevención del embarazo en adolescentes, así como para construir un panorama más justo y favorable para el ejercicio de los DDSS y DDDR de la población adolescente del país.

Mesa de Coordinación Territorial

La Estrategia define la formación de una Mesa de Coordinación Territorial que funciona a nivel central y está conformada por un representante de cada una de las instituciones que forman parte de ella. Los objetivos de esta Mesa son:

- Realizar el acompañamiento de las mesas locales en las acciones territoriales de la estrategia de prevención del embarazo no intencional en adolescencia.
- Apoyar la implementación de la Estrategia a nivel local.
- Fortalecer el trabajo de las mesas locales, facilitando las coordinaciones interinstitucionales e intersectoriales.
- Optimizar las respuestas y colaborar con el cumplimiento de las líneas de acción, acordadas intersectorialmente para la estrategia.
- Conocer las realidades locales, sus fortalezas y debilidades, para tener una visión país.

Esta Mesa además se propone:

- Formalizar la integración y funcionamiento de las mesas locales (designación de representación a nivel institucional).
- Socializar los recursos de cada institución en los territorios.

¹ UNFPA: Arie Hoekman, representante. Elaboración de contenidos: María Clara Arango Restrepo, consultora. Coordinación y revisión: Gabriela Rivera, oficial nacional de Salud Reproductiva, Adolescentes y Grupos Vulnerables. Revisión general: Claudia Martínez, coordinadora de la Unidad de Comunicación. Diseño e ilustración: Ana Laura Pantoja N., noviembre de 2018.

- Identificar personas y sociedad civil organizada que sería conveniente se incorporen a nivel local.
- Estimular la representación de adolescentes referentes en las mesas.
- Revisar y planificar acciones a corto y mediano plazo.

Propuestas para el análisis de la realidad local

En primer lugar, es importante que el grupo de trabajo reflexione e intercambie ideas sobre la estrategia en general. El tema mismo del embarazo en la adolescencia puede ser visto y conceptualizado desde diversas miradas que no siempre son convergentes. Se debe considerar, por ejemplo, si finalmente es un problema que necesita ser abordado o es una elección de vida a nivel individual. Aquí juegan varias miradas que se relacionan con el ámbito de los derechos, de la perspectiva de género y tantos otros aspectos más.

Es conveniente que los integrantes de la mesa local expresen sus propias ideas en torno al significado de cada uno de estos componentes antes de proceder a cualquier tipo de planificación. De esta manera, una reflexión primero individual y después grupal aclarará las ideas y permitirá la conformación de un lenguaje común. Esta base es fundamental para una práctica y una actuación coherentes como grupo.

A veces se da por hecho que todos y todas entendemos lo mismo cuando se expresan términos que estamos acostumbrados a escuchar. En pocas ocasiones nos detenemos a pensar si hay concordancia o divergencia en los significados que las personas dan a un mismo concepto y, por lo mismo, no verificamos los diversos significados que pudieran existir aun entre personas que conforman un mismo grupo y comparten tareas con alguna regularidad. Para evitar incurrir en esta situación es que se propone que cada miembro de la mesa exprese cómo interpreta cada uno de los ejes rectores de la Estrategia y que, de manera conjunta, se elabore la interpretación práctica de cada uno de estos. Cuando el grupo logre llegar a un consenso en este sentido será el momento de seguir adelante.

Para comenzar a pensar una planificación local de la implementación de la Estrategia, se pueden considerar diferentes niveles de intervención.

Niveles de intervención

Se presenta una pirámide formada por cinco niveles de intervención que pueden llevarse a cabo en el ámbito de las políticas públicas, particularmente de educación, salud y desarrollo.

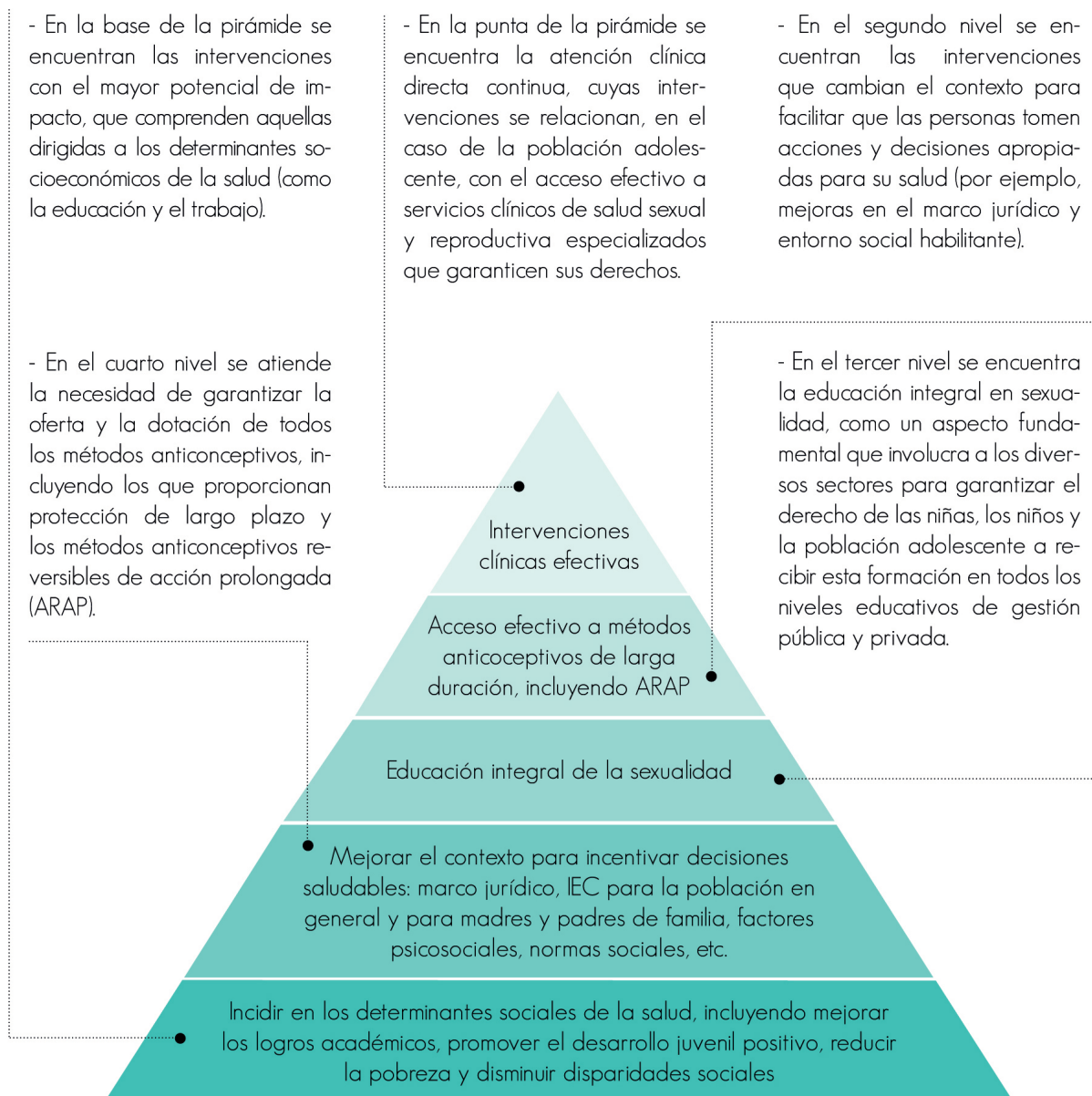
- En la base de la pirámide se encuentran las intervenciones con el mayor potencial de impacto, que comprenden aquellas dirigidas a los determinantes socioeconómicos de la salud (como la educación y el trabajo).
- En el segundo nivel se encuentran las intervenciones que cambian el contexto para facilitar que las personas tomen acciones y decisiones apropiadas para su salud (por ejemplo, mejoras en el marco jurídico y entorno social habilitante).
- En el tercer nivel se encuentra la educación integral en sexualidad como un aspecto fundamental que involucra a los diversos sectores para garantizar el derecho de las niñas, los niños y la población adolescente a recibir esta formación en todos los niveles educativos de gestión pública y privada.
- En el cuarto nivel se atiende la necesidad de garantizar la oferta y la dotación de todos los métodos anticonceptivos, incluyendo los que proporcionan protección de largo plazo y los métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada.

- En la punta de la pirámide se encuentra la atención clínica directa continua, cuyas intervenciones se relacionan, en el caso de la población adolescente, con el acceso efectivo a servicios clínicos de salud sexual y reproductiva especializados que garanticen sus derechos.

Es útil que los integrantes de la Mesa se pregunten lo siguiente: ¿En qué nivel de la pirámide pueden ubicar las acciones que cada una de las instituciones intervinientes llevan a cabo? ¿Las actividades de los demás integrantes influyen o podrían influir en las tuyas? Aunque no intervengan directamente en algún nivel, ¿cómo pueden contribuir a las acciones que otros realizan?

La pirámide de los niveles de intervenciones para la prevención del embarazo en adolescentes

El marco conceptual de la ENAPEA se resume en una pirámide que recoge las principales aportaciones de diferentes modelos. La pirámide está formada por cinco niveles de intervención que pueden llevarse a cabo en el ámbito de las políticas públicas, particularmente de educación, salud y desarrollo.



Punto de partida

Ustedes podrán:

- Agrupar la información disponible de acuerdo con los componentes de la Estrategia para elaborar un diagnóstico preliminar de la situación del embarazo adolescente en su territorio que permita identificar y valorar los problemas centrales.
- Revisar el escenario actual en el que ocurren las acciones sectoriales e identificar puntos de encuentro, duplicidades, vacíos y necesidades que ameritan reevaluarse al planear conjuntamente.
- Identificar los actores sociales que puedan verse involucrados en la estrategia y valorar sus intereses en la problemática, su influencia y la posición que podrían adoptar con respecto a la Estrategia.
- Evaluar el potencial del trabajo de la Mesa en relación con su experticia, recursos, debilidades y necesidades, lo que ayudará a identificar las alternativas más viables para transformar las situaciones problemáticas.

1. Configurar el panorama local desde los componentes de la Estrategia

El panorama siempre es amplio y complejo, no importa el tamaño de cada localidad. Mucha de la información que se requiere ya existe, pero hay que saber de qué fuentes tomarla. Las administraciones estatales cuentan con diagnósticos preexistentes y un conjunto de información y datos de base secundaria. Esta información permite elaborar un panorama preliminar de la situación presente en cada entidad.

Este es un trabajo que debe ser en conjunto, con la participación de todos los miembros de la Mesa e incluso de otras instituciones o individuos vinculados con la academia y la investigación y de algunas organizaciones locales de la sociedad civil que puedan tener información relevante sobre algún tema específico, siempre y cuando tengan un enfoque afín con la garantía de los derechos de la población adolescente.

En relación con las fuentes, no se debe olvidar la voz de los grupos beneficiarios del trabajo. Con frecuencia, en los procesos de análisis de los problemas se subestima la opinión de la comunidad y más la de los grupos adolescentes, al considerar que sus datos son poco objetivos.

Se recomienda relevar los datos sociodemográficos que tengan disponibles: población total del departamento, población adolescente (de entre 10 a 19 años) desglosada por edad y sexo, distribución geográfica, tasa de fecundidad adolescente, edad promedio de iniciación de relaciones sexuales, uso de anticonceptivos, porcentaje de madres adolescentes, escolaridad, salud sexual y reproductiva, etcétera.

Identificar quiénes son y dónde están las personas beneficiarias y cuáles son las necesidades particulares de las niñas y adolescentes más vulnerables. Es de particular utilidad llevar la identificación de los problemas por el camino del análisis de las vulnerabilidades y capacidades que afectan a determinados grupos y, de este modo, poder priorizar y concentrar esfuerzos. Se puede comenzar focalizando acciones en las localidades o barrios que presentan las mayores tasas de embarazo adolescente.

Fortalecer la incorporación de la perspectiva de género en el abordaje de las problemáticas de las y los adolescentes. La persistencia de concepciones tradicionales sobre género entre algunos grupos

supone la preservación de la posición subordinada de las mujeres y la violación de muchos de sus derechos humanos, incluyendo los derechos sexuales y reproductivos.

Discutir y analizar estos resultados con actores clave y elaborar un informe resaltando las prioridades en cada uno de los temas identificados.

Es posible que mucha de la información requerida ya la tengan algunos de los miembros de la Mesa. Es importante cerciorarse de lo que ya existe para no duplicar esfuerzos y recabar únicamente la información faltante. Se pueden establecer vínculos con grupos comunitarios, universidades o centros de investigación para que se involucren en este trabajo y contribuyan desde su campo de acción a la concreción de este diagnóstico inicial.

2. Descubrir el escenario de las propias interacciones

Todo diagnóstico, además de proveer información para mejorar el planteamiento y direccionalidad de las acciones, sirve como herramienta inicial de sensibilización de los actores respecto de los procesos intersectoriales, sus ventajas y dificultades.

Es muy necesario que se logre comprender que la participación activa, consciente y constante de todas y todos los integrantes de la Mesa es central para el éxito de la estrategia. La sectorialidad, por lo general, deja marcada una impronta que puede llevar a que alguien del grupo considere que puede estar o permanecer ajeno a alguno de los componentes de la estrategia. Si el grupo se está preparando para acometer un trabajo en común (que es lo que le da sentido como tal), es momento de poner sobre la mesa los vínculos que cada integrante cree que tiene con las distintas facetas de la problemática del embarazo adolescente.

Es útil que las personas integrantes de la Mesa, desde el sector que representan, puedan identificar el modo en cómo se relacionan las acciones que actualmente realizan con las que llevan a cabo los otros sectores.

Por ejemplo:

Educación: ¿Cómo se conecta con salud, con trabajo, con entorno habilitante y con el manejo de la violencia?

Salud: ¿Cómo se conecta con leyes, usos y costumbres, educación integral en sexualidad, violencia familiar, trabajo digno, deserción escolar?

El diagnóstico realizado puede aportar a una mejor comprensión de los tipos de relación que existen en la Mesa. Desde una perspectiva descriptiva, el grupo podrá identificar:

- Relaciones fuertes: de colaboración, de dependencia.
- Relaciones débiles: de aislamiento, de desinterés, puntuales.
- Relaciones de conflicto.
- Espacios sin relacionar.
- Relaciones indirectas (a través de terceros).

3. Otros actores sociales e instituciones que intervienen

Conviene revisar en la realidad local qué otros actores sociales e institucionales (además de los que están representados en la Mesa) tienen competencias y responsabilidades con el tema.

¿Dónde se encuentran, logran articularse con las acciones que llevará o lleva adelante la Mesa? Hay que hacer un reconocimiento del contexto general para que ningún posible protagonista quede fuera tanto del análisis como de las posteriores acciones a desarrollar.

La viabilidad y la efectividad de las intervenciones son mayores si las personas o grupos identificados forman parte desde el principio de la planificación en todas sus etapas: analizando la propia situación dentro de su contexto particular, identificando sus fortalezas y sus debilidades, otorgando prioridad a sus problemas, tomando decisiones acerca de los procesos a realizar, llevando a cabo las actividades para resolver o mitigar los problemas, supervisando y evaluando la ejecución de las actividades programadas y sus efectos.

Para poder impulsar esta participación de una manera efectiva y con los actores indicados es conveniente llevar a cabo un mapeo de actores. Esta metodología no solo identifica los actores clave de un contexto geográfico específico, sino también identifica y analiza sus intereses, su importancia y su influencia sobre los resultados de una intervención.

4. Análisis de las características y posibilidades de la Mesa como grupo de trabajo

Cada Mesa debe considerar incluir, como parte del análisis de la realidad o diagnóstico que lleve a cabo, un análisis de su propio potencial como grupo para emprender la implementación de la Estrategia. Básicamente, este análisis consiste en identificar las características internas del grupo (sus debilidades y fortalezas) y las externas (las amenazas y oportunidades).

Fortalezas: son las capacidades especiales con que cuenta el grupo y que le permiten tener una posición privilegiada para hacer frente al problema (conocimiento del contexto, recursos que se controlan, capacidades y habilidades que se poseen, actividades que se desarrollan de modo competente, etcétera).

Oportunidades: son aquellos factores que resultan positivos, favorables, explotables, que se deben descubrir en el entorno en que actúa el grupo y que permiten obtener avances y resultados.

Debilidades: son aquellos factores desfavorables a la intervención (recursos de los que se carece, habilidades que no se poseen, actividades que no se desarrollan eficazmente, etcétera).

Amenazas: son aquellas situaciones que provienen del entorno y que pueden interferir en el desarrollo de las intervenciones que el grupo se proponga llevar a cabo.

El objetivo del análisis es identificar las capacidades para afrontar el contexto (oportunidades y amenazas) a partir de las fortalezas y las debilidades internas. Por lo tanto, con los resultados del análisis de sus características internas y externas el grupo puede tomar decisiones sobre las estrategias que debe adoptar en su intervención.

De la combinación de las fortalezas con las oportunidades se pueden establecer las potencialidades que tiene la organización; es decir, las líneas de trabajo más prometedoras.

Las debilidades y amenazas son una advertencia sobre las limitaciones a las que se tiene que enfrentar el grupo con sus planes.

Los riesgos se pueden identificar al hacer una combinación de fortalezas y debilidades. Y los desafíos están asociados con la combinación de amenazas y oportunidades.

En cada contexto, la identificación y el análisis de las características del embarazo en adolescentes y las relaciones causales más importantes deberán apoyarse en fuentes secundarias y primarias.

El diagnóstico es la oportunidad de adecuar las respuestas a las necesidades locales; debe involucrar de manera participativa a los diferentes actores y sectores sociales e institucionales de todos los niveles. De esta manera, los diagnósticos deben recoger de la realidad las problemáticas en torno al embarazo en adolescentes en los diferentes escenarios sociales. Así, y de acuerdo con estas bases, se pueden planear las acciones de asistencia técnica para la consolidación de los planes locales y de las rutas de atención para la prevención del embarazo en adolescentes y la atención de las madres adolescentes.

Hacia la planificación local

Es claro que el embarazo en adolescentes ha estado posicionado en la agenda de trabajo de muchos sectores desde hace varios años. Todas las instituciones que integran la Estrategia dedican esfuerzos, tiempo y recursos para tratar de entender y dar alguna solución a este problema. Sin embargo, cabe preguntarse: ¿qué ha faltado?, ¿qué se está escapando? Una revisión del trabajo actual a la luz de los ejes rectores y componentes de la Estrategia puede ayudar a discernir algunos de los interrogantes que se están planteando.

Tomando los ejes rectores y los componentes de la Estrategia como referencia, se propone que cada sector revise las actividades que viene desarrollando para prevenir el embarazo en adolescentes o para mitigar sus efectos. El análisis que se realice y las conclusiones que se obtengan y compartan representan una buena oportunidad para que el grupo identifique las brechas entre lo que se hace y lo que se requiere para estar alineados con los principios de la Estrategia y para lograr situar las áreas que se deben mejorar y fortalecer.

La disminución de los embarazos en adolescentes no es un tema nuevo. Por el contrario, existe un acumulado de experiencias y diferentes sectores que, de uno u otro modo, han trabajado y trabajan en este sentido. La pregunta sería por qué entonces no se han obtenido los resultados deseados. En este sentido podemos pensar en criterios relacionados con la calidad, la dispersión y la consistencia de las acciones que se han estado desarrollando.

La intención de la Estrategia es que sus grandes líneas de acción se traduzcan en un conjunto diverso de acciones realizadas en distintos sectores, en diferentes escenarios de atención y cumpliendo ciertos requisitos que aseguren que se trata de intervenciones de calidad. El gran desafío que emerge tiene que ver con la necesidad de superar la fragmentación de las iniciativas, con la importancia de generar acciones complementarias que permitan abordajes más integrales y con la capacidad de diseñar respuestas diversas que puedan llegar a poblaciones específicas.

Desde esta perspectiva, cabe preguntarse:

¿Qué áreas de mejora se pueden identificar?

¿Qué intervenciones a corto, mediano y largo plazo pueden ser necesarias para una solución sostenible?

¿Se han revisado los roles que pueden desempeñar las diferentes partes interesadas para abordar el problema?

Cuando la naturaleza y el alcance de los problemas enfrentados son multidimensionales, se hace necesario plantear soluciones integrales, es decir, que den una mayor cobertura a las diferentes causas que explican la situación de vulnerabilidad que se quiere superar. En ocasiones, estas respuestas integrales pueden ser generadas por el mismo actor; en otras situaciones, las iniciativas que se quieren impulsar involucran competencias y recursos de varias instituciones, en cuyo caso la integralidad es una respuesta que se construye a partir de la convergencia de diversos sectores. No hay recetas para la generación de esos arreglos y el rol que las instituciones están llamadas a cumplir depende fundamentalmente del objetivo que se quiere lograr.

1. Un factor clave en la eficacia de los entes de coordinación intersectorial es la existencia de un foco claro, significativo y amplio.
2. La atención del embarazo en adolescentes debe trasladarse desde los «sectores» hacia los «problemas», para atender las necesidades de la población de una determinada área geográfica.
3. La toma de decisiones debe ser consensuada desde perspectiva común sobre el problema a resolver y construcción de relaciones de confianza.
4. El uso de metodologías participativas favorece el trabajo conjunto.
5. La interlocución directa con la sociedad civil y la participación ciudadana aportan perspectivas diversas que ayudan a decidir sobre las intervenciones.

La propuesta es que cada Mesa pueda definir sus propios objetivos y expresar los cambios que se quieren lograr en el corto, el mediano y el largo plazo, a partir del conocimiento sobre el problema del embarazo adolescente en su contexto y tomando como referencia los componentes de la Estrategia y así también lograr formular un plan de trabajo que responda a las necesidades locales y que se enmarque en los lineamientos de la Estrategia.

En este ejercicio de planear se revisa el contexto, se identifican problemas, se relacionan estos con los componentes de la Estrategia, se ven las brechas, se examina qué se quiere y qué se puede hacer desde la propia situación y se plantean los objetivos.

En este punto del proceso, el grupo debe formular su estrategia a partir de las siguientes consideraciones:

1. Necesidades identificadas y priorizadas.
2. Vinculación de las posibles respuestas con una mejora efectiva de los grupos de adolescentes.
3. Armonización de los problemas y objetivos locales con las líneas de acción identificadas por la Estrategia para cada componente.
4. Optimización de los recursos disponibles.
5. Una visión de futuro de largo alcance.
6. Una planeación operativa a corto y a mediano plazo.

Preguntas obligadas:

1. ¿Qué problemas podemos atender el año próximo?
2. ¿Con cuál componente de la Estrategia se relaciona cada uno?

3. ¿En qué línea de acción se inscribe?, ¿a qué objetivo corresponde?
4. ¿Qué producto se espera obtener?
5. ¿Qué actividades se requieren para conseguir el producto?
6. ¿Cuándo se implementan las actividades?
7. ¿Quién será responsable de la coordinación?
8. ¿Quiénes participan en la ejecución de las acciones?
9. ¿De dónde provienen los recursos?
10. ¿Qué indicadores se van a utilizar?

Estrategia para la prevención del embarazo en adolescentes en el estado de [Nombre] Componentes, Líneas de Acción, Productos y Actividades				
EL PROBLEMA A RESOLVER				
(Respuesta a la pregunta 1)				
COMPONENTE				
(Respuesta a la pregunta 2)				
LÍNEA DE ACCIÓN Y OBJETIVO				
(Respuesta a la pregunta 3)				
PRODUCTO	COORDINACIÓN	INSTANCIAS PARTICIPANTES	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	INDICADOR
(Respuesta a la pregunta 4)	(Respuesta a la pregunta 7)	(Respuesta a la pregunta 8)	(Respuesta a la pregunta 9)	(Respuesta a la pregunta 10)
ACTIVIDADES			¿EN QUÉ PLAZO SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES?	
1. 2. 3. 4. 5.			1. 2. 3. 4. 5.	
(Respuesta a la pregunta 5)			(Respuesta a la pregunta 6)	

Tomado de: Domínguez del Olmo, J. (2016). UNFPA. México.

Matriz de planeamiento

Las respuestas a las preguntas anteriores pueden volcarse en un esquema como el que se presenta a continuación. Sin embargo, este trabajo no sigue una secuencia lineal; a menudo hay que volver atrás, replantear algún elemento y pasar de una columna a otra, hasta lograr la coherencia interna de la matriz.

Algunas precisiones necesarias

Sobre el problema o los problemas a tratar:

La decisión sobre los problemas que se deben abordar depende de los siguientes factores:

- La cantidad de personas afectadas.
- La importancia del problema.
- El efecto sobre otros problemas.
- La viabilidad de una solución.
- Las prioridades del gobierno, las comunidades y otros beneficiarios.
- Los recursos técnicos y humanos (saber hacer).
- Los recursos materiales y financieros.

No hay una única decisión buena frente a otras malas. Cualquier decisión plantea siempre un nivel más o menos elevado de incertidumbre sobre sus consecuencias. De lo que se trata es, en primer lugar, de adoptar las decisiones aplicando criterios de transparencia y racionalidad y, además, de encontrarse en disposición de justificar los motivos que han conducido a esa elección sin perder de vista los ejes rectores de la Estrategia.

Es relevante mencionar que las líneas de acción que se establecen en este documento habrán de precisarse conforme se avance en su ejecución. Es decir, la estrategia debe considerar que las acciones son dinámicas y evolucionará de acuerdo con los resultados y obedecerá a las cambiantes necesidades que planteen los y las adolescentes en el ejercicio libre, informado y responsable de sus derechos sexuales y reproductivos.

Sobre los procesos para tomar decisiones

Es importante generar un espacio de discusión lo más abierto posible en el que se involucren todas las partes implicadas en la gestión de la estrategia, particularmente sus beneficiarios.

Sobre los enfoques transversales

Se requiere asegurar haber integrado desde el inicio los enfoques de género y de derechos. Si la fase de diagnóstico ha sido llevada a cabo con estas perspectivas, las decisiones sobre las alternativas las reflejarán también, de manera sencilla y evidente. Si no se integran desde el inicio, existe el riesgo de subsanar con la palabra *género* o la palabra *derechos* la descripción de las alternativas elegidas, sin obtener el menor efecto en materia de igualdad entre mujeres y

hombres en el ejercicio pleno de derechos, ni en mayores oportunidades de salud, educación y trabajo para las y los adolescentes.

Sobre la participación adolescente

Las y los adolescentes son portadores de verdades, percepciones, conocimientos y también son portadores de palabra. Al incorporar el derecho de niñas, niños y adolescentes a ser escuchados y a que su opinión sea tomada en cuenta, la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) está dando legitimidad jurídica a un hecho casi ignorado por las normas, las instituciones y las prácticas sociales. De esta manera, la CDN sienta las condiciones mínimas para el desarrollo de capacidades en niñas, niños y adolescentes, pero también en las personas adultas y las instituciones, para encarar procesos de diálogo y negociación, habilitantes para la profundización de las relaciones democráticas.

Sobre el monitoreo y la evaluación

Dichos procesos de monitoreo, seguimiento y evaluación de las actividades son parte del planeamiento que corresponde a los Mesa. Estos procesos responden al requisito de dar cuenta de los avances y resultados, y de poder identificar oportunamente la necesidad de realizar algún cambio en los planes.

Los procesos de evaluación, seguimiento y monitoreo requieren una planificación que permita saber cuándo se evalúa, quién lo hace, qué se evalúa y para qué. Asimismo, el grupo debe llegar a acuerdos sobre los indicadores para monitorear el proceso de implementación de la estrategia.

La evaluación permite observar cómo ha sido el desarrollo del plan trazado y ajustar, con base en la experiencia, los planes venideros. La evaluación puede considerarse un aprendizaje y el punto de partida para la planeación de cada año.

Sobre la formulación de la estrategia territorial

Todo proceso de planeamiento tiene que concluir en un documento concreto que plasme los insumos generados por la Mesa. La Estrategia representa un instrumento de largo plazo que marca la ruta a seguir desde la situación actual hasta la situación deseada. La Estrategia sirve de referencia para la elaboración de los planes anuales de trabajo y permite dar continuidad y rumbo a las acciones, a pesar de los previsibles cambios en las administraciones nacionales. A su vez, los mecanismos de evaluación que están integrados como parte fundamental de la Estrategia permiten ir ajustando las acciones de conformidad con los resultados que se obtienen y las nuevas necesidades que surgen.

Para cerrar

Planear es pensar lo que se va a hacer ahora y después. En términos de la Estrategia, es observar y reconocer una situación en un momento dado y decidir de qué manera actuar para modificarla. Esto implica la existencia de algo que queremos cambiar o resolver; que entre las diversas opciones hay que escoger las que son más pertinentes, viables y coherentes; que hacemos cálculos de tiempo y costos; que prevemos barreras, identificamos aliados y también adversarios; que revisamos y evaluamos lo que estamos haciendo para saber si vamos por el camino correcto.

En general, una intervención tiene un ciclo o etapas por las que va pasando. Dichas etapas se pueden resumir en cuatro:

1. *Identificación:* es la etapa de acopio de datos e información, a partir de la cual se detectan los principales problemas, necesidades de las personas beneficiarias, y se van definiendo las posibles líneas de acción.
2. *Formulación:* es cuando se plantean los objetivos, se planean las actividades y se examinan los recursos necesarios y disponibles.
3. *Ejecución y seguimiento:* durante su transcurso se ponen en marcha las actividades planteadas y se monitorea su progreso.
4. *Evaluación:* en esta etapa se diseñan y ponen en marcha los mecanismos necesarios para valorar el grado de avance y cumplimiento de los objetivos planteados, la adecuación de las acciones, los alcances que se han conseguido y los cambios que se requieren con el fin de mejorar.

Anexo 5.

Prevención y reducción del embarazo no intencional en la población adolescente del Cono Sur

El embarazo y la maternidad temprana se asocian con:

- Mayores riesgos de morbilidad materna y neonatal.
- Más probabilidad de abandono y retraso escolar.
- Una inserción laboral más precaria, hipotecando el capital social de un país.

El Marco Estratégico Regional para la Prevención y Reducción del Embarazo Adolescente No Intencional es el resultado de un amplio proceso de trabajo conjunto iniciado en el año 2015, que involucró tanto a las autoridades como al funcionamiento público de los Ministerios de Salud, Educación y Desarrollo Social de Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay; así como del UNFPA, la OPS, UNICEF y a personas expertas en la temática.

La sede Regional para América Latina y el Caribe UNFPA – LACRO actuó como facilitadora de este proceso que implicó la organización de dos reuniones del Cono Sur: la primera realizada en la ciudad de Montevideo, Uruguay (mayo de 2015), y la segunda en la ciudad de Buenos Aires, Argentina (octubre de 2016).

En el primer encuentro realizado en la ciudad de Montevideo, se evaluó de manera conjunta las respuestas políticas para la prevención y reducción del embarazo en las adolescentes y jóvenes de los países del Cono Sur. Además, se reflexionó sobre las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas, y se identificaron las lecciones aprendidas y las prácticas promisorias para la cooperación horizontal entre los países.

Un resultado relevante de este trabajo colectivo fue sistematizado en el **Reporte Fecundidad y Maternidad Adolescente en el Cono Sur: Apuntes para la construcción de una agenda común** siendo el primer diagnóstico subregional en esta materia que brinda evidencias de la situación de la fecundidad y maternidad adolescente y la respuesta de los 5 países a esta desafiante realidad.

Durante el segundo encuentro en Buenos Aires, se actualizaron los acuerdos, consensos y los avances sucedidos entre un encuentro y el otro, y se establecieron los objetivos y ejes estratégicos establecidos en este Marco Estratégico.

El **Reporte Fecundidad y Maternidad Adolescente en el Cono Sur: Apuntes para la construcción de una agenda común**, elaborado por UNFPA, aporta evidencias claras de la situación en la región, analiza las tendencias y compara la legislación, políticas y programas vinculados a la salud sexual y reproductiva de adolescentes, desde un enfoque multisectorial. De este informe se desprende que:

América Latina y el Caribe es la segunda región del mundo con más alta tasa de embarazos adolescente.

Casi duplica los niveles de fecundidad adolescente, del resto de las regiones.

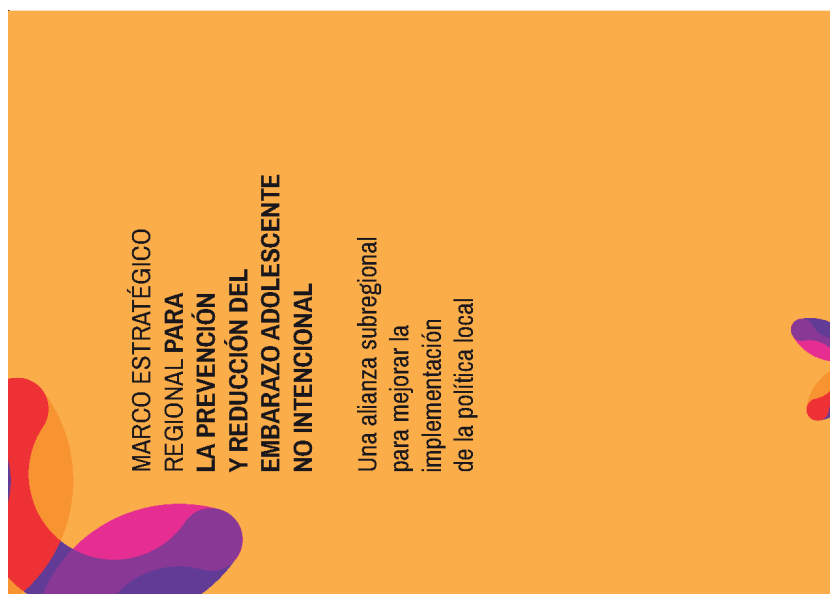
2 de cada 3 nacimientos de madres adolescentes de 15 a 19 años de América Latina y el Caribe ocurren en los países del Cono Sur.

1 de cada 5 adolescentes es madre en el Cono Sur.

Entre el 40% y 55% de las adolescentes ha tenido relaciones sexuales. La iniciación sexual se ha adelantado en todos los países.

Hay indicios, al menos en Brasil y Paraguay, de que en la última década las adolescentes tienen embarazos siendo cada vez más jóvenes.

El **Reporte Fecundidad y Maternidad Adolescente en el Cono Sur: Apuntes para la construcción de una agenda común** puede descargarse desde <http://tinyurl.com/lbxku2b>



MARCO ESTRATÉGICO REGIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE NO INTENCIONAL

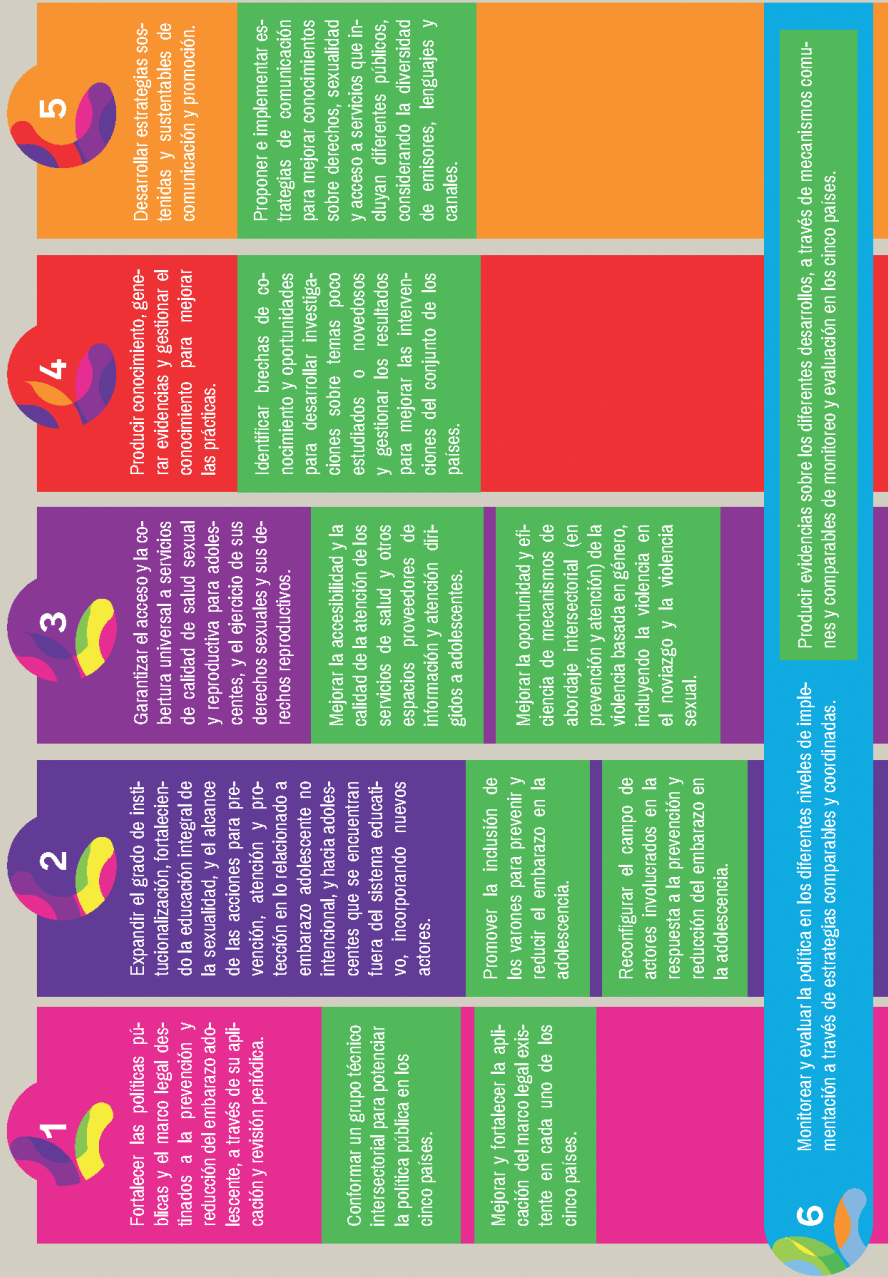
Una alianza subregional para mejorar la implementación de la política local

Juntos prevenimos el embarazo adolescente no intencional

CONO SUR

Argentina - Brasil - Chile - Paraguay - Uruguay

Objetivos estratégicos y objetivos prioritarios



Estrategias

- Incorporar la perspectiva de derechos, género, e interculturalidad.
- Incluir nuevos actores del Estado, de la sociedad civil, y de las asociaciones juveniles, con énfasis en el trabajo intersectorial.
- Garantizar la participación protagónica de adolescentes y jóvenes en todos los niveles.



Con el apoyo de:

Fondo de Población de las Naciones Unidas