

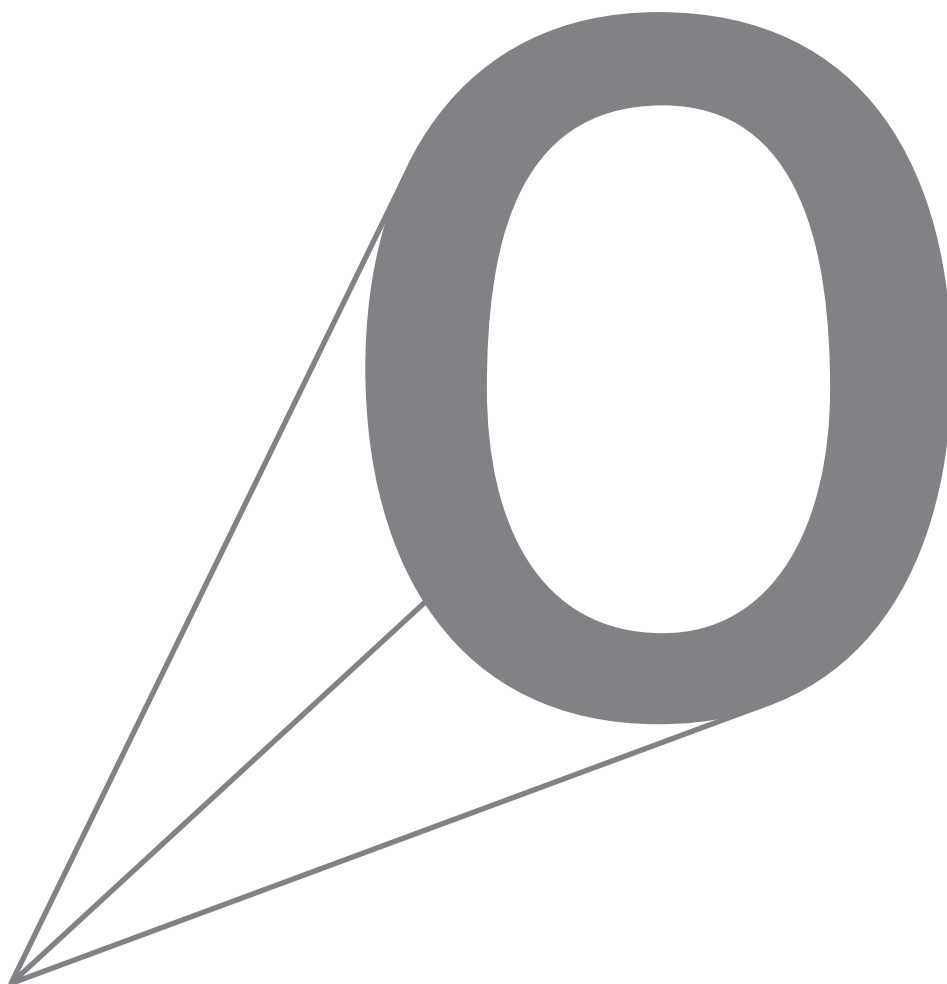
# **OBSERVATORIO NACIONAL**

**EN GÉNERO Y SALUD SEXUAL  
Y REPRODUCTIVA EN URUGUAY**

---

**INFORME  
2013**

**NECESIDADES Y DEMANDAS EN SALUD  
SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN MUJERES  
ADOLESCENTES URUGUAYAS**



# OBSERVATORIO NACIONAL

EN GÉNERO Y SALUD SEXUAL  
Y REPRODUCTIVA EN URUGUAY

---

INFORME  
**2013**

---

NECESIDADES Y DEMANDAS EN SALUD  
SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN MUJERES  
ADOLESCENTES URUGUAYAS

© 2013 MYSU

La reproducción total o parcial de este informe está permitida siempre y cuando se cite la fuente.  
MYSU (2013) Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Estudio 2011-2012:  
Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres adolescentes uruguayas.  
Montevideo: MYSU.

**mysu** MUJER Y SALUD  
EN URUGUAY

Salto 1267 CP 11200  
Montevideo – Uruguay  
Tel: (+598) 2410 3981 – 2410 4619  
mysu@mysu.org.uy  
www.mysu.org.uy  
www.mysu.org.uy/observatorio

**Coordinación general del estudio:** Alejandra López Gómez y Lilián Abracinskas.  
**Informe elaborado por:** Alejandra López Gómez y Valeria Fernández Mouján  
**Coordinación de edición:** Lilián Abracinskas  
**Asistencia de edición:** Rosina Erramuspe  
**Diseño:** María Elena Fernández  
**ISBN:** 978-9974-8303-9-4

Con el apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas



Fondo de Población  
de las Naciones Unidas



Naciones Unidas Uruguay  
Unidos en la Acción

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

Montevideo, 2013.

# ÍNDICE

---

|  |           |
|--|-----------|
| <b>ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS .....</b>                          | <b>5</b>  |
| <b>INTRODUCCIÓN .....</b>  | <b>7</b>  |
| <b>OBJETIVOS Y METODOLOGÍA .....</b>                               | <b>10</b> |
| <b>RESULTADOS .....</b>  | <b>12</b> |
| Características socio-demográficas de la población estudiada ..... | 13        |
| Iniciación y vida sexual .....                                     | 13        |
| Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos .....                | 17        |
| Acceso y uso de servicios de salud sexual y reproductiva .....     | 21        |
| Vida reproductiva .....  | 24        |
| Conocimiento de Infecciones de transmisión sexual (ITS) .....      | 27        |
| Violencia contra las mujeres .....                                 | 29        |
| Conocimiento de derechos sexuales y derechos reproductivos .....   | 31        |
| <b>CONCLUSIONES .....</b>  | <b>33</b> |
| <b>REFERENCIAS .....</b>   | <b>36</b> |

# ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

---

|  |    |
|--|----|
| <b>Cuadro 1.</b> Distribución de las mujeres adolescentes por edades. Población urbana y suburbana de Uruguay, en números absolutos y porcentajes.   | 13 |
| <b>Cuadro 2.</b> Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. Población urbana y suburbana de Uruguay, en porcentajes.   | 18 |
| <b>Cuadro 3.</b> Tipo de violencia vividas por las adolescentes, en porcentajes. Población urbana y suburbana, Uruguay.  | 30 |
| <b>Gráfico 1.</b> Vida sexual en adolescentes de entre 15 y 18 años, por edades, nivel socioeconómico, rezago escolar y región. Población urbana y suburbana, Uruguay.   | 14 |
| <b>Gráfico 2.</b> Media de edad de inicio de vida sexual por nivel socioeconómico, región, tipo de seguro de salud, antecedentes de maternidad y presencia de rezago escolar en adolescentes de entre 15 y 18 años. Población urbana y suburbana, Uruguay. | 15 |
| <b>Gráfico 3.</b> Edad de inicio sexual en mujeres adolescentes de entre 15 y 18 años, por nivel socioeconómico. Población urbana y suburbana, Uruguay.  | 15 |
| <b>Gráfico 4.</b> Cantidad de parejas sexuales en el último año en adolescentes de entre 15 y 18 años. Población urbana y suburbana, Uruguay.  | 16 |
| <b>Gráfico 5.</b> Lugares de obtención de información sobre métodos anticonceptivos, respuestas múltiples, en porcentaje. Población urbana y suburbana, Uruguay.   | 18 |
| <b>Gráfico 6.</b> Elección de método y negociación con la pareja para el uso de métodos anticonceptivos. Población urbana y suburbana, Uruguay.  | 19 |
| <b>Gráfico 7.</b> Tipo de método anticonceptivo utilizado en la última relación sexual por adolescentes, en porcentajes. Población urbana y suburbana, Uruguay.  | 20 |
| <b>Gráfico 8.</b> Lugar de obtención del método anticonceptivo utilizado en la última relación sexual por adolescentes, en porcentajes. Población urbana y suburbana, Uruguay.   | 21 |
| <b>Gráfico 9.</b> Realización de consultas de información y asesoramiento en anticoncepción por tipo de cobertura de salud, en porcentajes. Población urbana y suburbana, Uruguay.   | 22 |
| <b>Gráfico 10.</b> Consultas sobre salud sexual y reproductiva realizadas en los últimos dos años, por región, grupos de edad y escolaridad, en porcentajes. Población urbana y suburbana, Uruguay.  | 23 |
| <b>Gráfico 11.</b> Motivos de consulta en salud sexual y reproductiva realizadas en los últimos dos años, en porcentajes. Población urbana y suburbana, Uruguay.   | 23 |
| <b>Gráfico 12.</b> Material informativo recibido en consultas en salud sexual y reproductiva realizadas en los últimos dos años, en porcentajes. Población urbana y suburbana, Uruguay.  | 24 |
| <b>Gráfico 13.</b> Media de edad al primer hijo o hija, por nivel socioeconómico en adolescentes. Población urbana y suburbana, Uruguay.   | 25 |

|  |    |
|--|----|
| <b>Gráfico 14.</b> Número ideal de hijos/as por nivel socioeconómico, en porcentajes. Población urbana y suburbana, Uruguay.   | 26 |
| <b>Gráfico 15a.</b> Media de número ideal de hijos/as por edades, en adolescentes mujeres. Población urbana y suburbana, Uruguay.  | 26 |
| <b>Gráfico 15b.</b> Media de número ideal de hijos/as por nivel socioeconómico en adolescentes mujeres. Población urbana y suburbana, Uruguay.   | 27 |
| <b>Gráfico 16.</b> Conocimiento de HIV, HPV y sífilis en adolescentes, en porcentajes. Población urbana y suburbana, Uruguay.  | 28 |
| <b>Gráfico 17.</b> Conocimiento y creencias sobre VIH/sida en adolescentes, en porcentajes. Población urbana y suburbana, Uruguay.   | 29 |
| <b>Gráfico 18.</b> Conocimiento sobre formas de violencia contra las mujeres en adolescentes, en porcentajes. Población urbana y suburbana, Uruguay.   | 29 |
| <b>Gráfico 19.</b> Lugares de referencia mencionados por las adolescentes para acudir en caso de situación de violencia, en porcentajes. Población urbana y suburbana, Uruguay.                                    | 30 |
| <b>Gráfico 20.</b> Derechos sexuales y derechos reproductivos mencionados por las adolescentes, en porcentajes, respuestas múltiples. Población urbana y suburbana, Uruguay.                                       | 31 |
| <b>Gráfico 21.</b> Conocimiento de marco normativo vigente sobre Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos por nivel socioeconómico, en porcentajes, respuestas múltiples. Población urbana y suburbana, Uruguay. | 32 |

# INTRODUCCIÓN



Entre los años 2011 y 2012 MYSU implementó, a través de su programa Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva, el estudio "Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas de entre 15 y 49 años", con el apoyo de UNFPA y OPS-OMS. El análisis de esta fuente de información permite observar el estado actual de situación de la salud sexual y reproductiva de las mujeres uruguayas, el acceso a derechos y a la atención en salud. Se trata del estudio específico de carácter representativo a nivel nacional más reciente que se dispone y cuyos resultados están siendo procesados y divulgados en distintos medios y ámbitos.

Este informe constituye una mirada descriptiva de algunos aspectos relevados en el mencionado estudio con relación a la población de mujeres adolescentes de entre 15 y 18 años, con el objetivo de caracterizar el inicio sexual, las trayectorias reproductivas y el acceso a bienes, información, derechos y servicios de salud sexual y reproductiva en este grupo poblacional.

Los estudios disponibles a nivel nacional sobre salud sexual y reproductiva en población adolescente y joven son escasos en los últimos años, en particular sobre asuntos vinculados a la vida sexual y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. La década de los 90, en el marco de la epidemia del VIH/sida, generó un destacable espectro de estudios con diferentes alcances, enfoques y diseños metodológicos que exploraron distintos aspectos de la vida sexual de la población adolescente y joven. Se resaltan los estudios realizados por Portillo et al (1992), Operti et al (1991, 1992) Spinelli y Calero (1996), Osimani et al (1999) por mencionar algunos de los más relevantes referidos en la revisión realizada por Guchin y Meré (2004) y por López Gómez et al (2005). Otra referencia importante lo constituye el estudio realizado por Ferré et al (2005) sobre jóvenes, salud y redes sociales que exploró algunas dimensiones sobre salud reproductiva y vida sexual. A diferencia de los estudios sobre sexualidad, vida sexual y uso de servicios de salud, los estudios sobre fecundidad y maternidad en la adolescencia constituyen una línea de investigación consolidada que ha producido aportes sustantivos para explicar y comprender las brechas de género y clase social que se pueden observar en el comportamiento reproductivo de las adolescentes, según niveles educativos y socioeconómicos (Amorín, Carril y Varela, 2006; Varela 2008; Varela y Fostik, 2011, 2012;). La Encuesta Nacional de Juventud, ENAJ 2008, exploró algunos aspectos vinculados a trayectorias reproductivas, según estratos sociales y niveles educativos, y su relación con otras trayectorias significativas, educativas, laborales y emancipatorias. Según Filardo (2011), tomando como base la ENAJ 2008, a los 15 años un 2% de las mujeres ha tenido su primer hijo, a los 20 años un 30% y a los 25 años un 51%. En el caso de los varones, no se registran datos para varones con hasta 15 años; a los 20 años un 10% de varones ha tenido hijos y a los 25 años este porcentaje se ubica en 30%. La educación es factor determinante en la edad de inicio de la vida reproductiva, tanto para las mujeres como para los varones, a pesar de las diferencias importantes observadas entre los sexos. Ello se evidencia en que poco más de una de cada tres mujeres con 29 años cumplidos y educación terciaria aprobada ha tenido su primer hijo, mientras que esta proporción es similar para el caso de las mujeres con 18 años cumplidos, con hasta enseñanza primaria aprobada. En base a los resultados obtenidos, la autora señala que incrementar el porcentaje de jóvenes que completen el ciclo de Educación Media "permite prever, si el resto de las condiciones se mantienen constantes, una postergación del inicio de la vida reproductiva y probablemente una disminución de las tasas de fecundidad" (2011:23). Estos resultados dan cuenta de las diferencias sociales (y territoriales) significativas en el comportamiento reproductivo, las cuales son producidas por las desigualdades sociales que se pueden evidenciar en las condiciones y acceso a información, recursos y poder para la toma de decisiones en materia de sexualidad y reproducción.

En materia de acceso y uso de servicios de salud sexual y reproductiva por parte de la población adolescente, se observa un importante vacío en la producción de conocimiento. Un estudio realizado por la Consultora Equipos Mori para el Ministerio de Salud Pública (2011) sobre el estado de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente buscó explicar las causas asociadas al embarazo no deseado, el cual se expresó en 2 de cada 3



de las adolescentes embarazadas que fueron encuestadas. Por su parte, el proyecto Género y Generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya (2006) aportó evidencias importantes sobre acceso a salud sexual y reproductiva en hombres y mujeres de entre 15 y 79 años de edad del país urbano y suburbano, si bien no divulgó resultados específicos sobre la población adolescente.

El estudio realizado por el Observatorio tuvo lugar en el contexto de la puesta en marcha en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) de las prestaciones en salud sexual y reproductiva reconocidas (aunque parcialmente) con la aprobación en 2008 de la Ley 18.426, de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva<sup>1</sup>. La ley se reglamentó en setiembre de 2010 por parte del Ministerio de Salud Pública y comenzó su implementación en enero de 2011. Importa señalar que las prestaciones en salud sexual y reproductiva en los servicios públicos de salud en el país se remontan hacia el año 1996. El nuevo marco normativo implica, entre otros desafíos, la instrumentación de servicios integrales y universales de salud sexual y reproductiva en todos los prestadores del SNIS. Esto significa un avance importante para el país y la región. El reto mayor que tiene actualmente el sistema de salud es universalizar cobertura, minimizar las barreras de accesibilidad de las mujeres a estas prestaciones y elevar la calidad de las mismas.

---

1 La ley aprobada por el parlamento nacional fue parcialmente vetada por el Poder Ejecutivo en los capítulos referidos a la despenalización del aborto voluntario hasta las 12 semanas de gestación y su acceso en los servicios de salud. Este déficit fue subsanado parcialmente con la reciente Ley 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo, aprobada en noviembre de 2012 y puesta en marcha en enero de 2013. La nueva ley suspende la pena del delito de aborto voluntario que establece el Código Penal siempre y cuando se realice dentro de las 12 semanas de gestación y en las condiciones que establece la ley: ser realizado en el SNIS, previa consulta con médico tratante, equipo interdisciplinario e incluyendo, como obligatorio, 5 días a posteriori de las consultas para que la mujer "reflexione" antes de tomar la decisión definitiva y poder acceder al procedimiento de IVE.

## OBJETIVOS Y METODOLOGÍA



El estudio tuvo como objetivo general conocer las necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva y el acceso a información y servicios en mujeres adolescentes uruguayas de entre 15 y 18 años de edad. Los objetivos específicos propuestos fueron:

1. Analizar el inicio sexual y trayectorias reproductivas en las mujeres, según escolaridad y nivel socioeconómico.
2. Analizar la relación entre desigualdades sociales y su impacto en el acceso a derechos y servicios de salud sexual y reproductiva de las adolescentes, tomando en especial consideración región, escolaridad y cobertura de salud.
3. Analizar conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, por nivel socioeconómico, escolaridad y cobertura de salud.
4. Identificar el grado de conocimiento sobre derechos sexuales y derechos reproductivos de la población adolescente.

La estrategia metodológica se basó en el análisis descriptivo de información proporcionada por la base de datos del estudio "Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas en edad reproductiva", de diseño cuantitativo mediante la aplicación de una encuesta en hogares a mujeres de 15 a 49 años de edad, residentes en capitales departamentales y ciudades con más de 5.000 habitantes de todo el país, distribuidas proporcionalmente de acuerdo al peso poblacional de cada región geográfica y con control de cuotas por edad. Se diseñó una muestra probabilística por conglomerado y polietápica que incluyó 1.200 casos en base a la Encuesta Continua de Hogares (ECH, 2010, INE), adicionando una muestra de 200 casos para adolescentes. El margen de error máximo para la muestra fue de +/-2.9% y el nivel de confianza fue de 95.5%.

La muestra total de adolescentes que se obtuvo incluyó 348 casos, de cuyos resultados da cuenta el presente informe.

La recolección de datos se realizó mediante entrevista personal, realizada por una encuestadora mujer, en los respectivos hogares de residencia de las entrevistadas y sin la presencia de otra persona durante la aplicación del cuestionario. El trabajo de campo tuvo lugar entre los meses de noviembre de 2011 y marzo de 2012. El cuestionario, semiestructurado, con predominancia de preguntas cerradas, incluyó 11 secciones referidas a vida sexual, vida reproductiva, acceso a servicios de salud, anticoncepción, aborto, violencia contra la mujer, ITS, VIH, derechos sexuales y derechos reproductivos.

Para el análisis descriptivo se tomaron variables que permiten observar las desigualdades sociales y de género en el acceso a la salud sexual y reproductiva: nivel socioeconómico, nivel educativo y rezago escolar, edad, cobertura de salud y residencia, en términos dicotómicos: Montevideo – interior del país.

| Estrato                                    | Tamaño original<br>Casos | Tamaño relevado<br>Casos |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Estrato 1 (E1)<br>(muestra probabilística) | 1200                     | 1128 (145 adolescentes)  |
| Estrato 2 (E2)<br>(mujeres adolescentes)   | 200                      | 203                      |
| Total población total                      | 1400                     | 1331                     |
| Total Población de Adolescentes            | 350                      | 348                      |

## RESULTADOS



## CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

El estudio incluyó un total de 348 adolescentes, de las cuales 154 (44.25%) corresponden a Montevideo y 194 al interior del país (55.75%). El siguiente cuadro muestra la distribución por edades, en números absolutos y porcentajes.

Cuadro 1. Distribución de las mujeres adolescentes por edades. Población urbana y suburbana de Uruguay, en números absolutos y porcentajes.

| Edades | Nº  | %     |
|--------|-----|-------|
| 15     | 104 | 30    |
| 16     | 79  | 22.70 |
| 17     | 73  | 21    |
| 18     | 92  | 26.3  |
| Total  | 348 | 100,0 |

Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

Desde el punto de vista de la ascendencia étnica, las adolescentes se autoidentificaron como blancas (58.6%), mestizas (10%) y un 22.7% no pudo responder la pregunta. En términos de nivel educativo, se tomó en cuenta el rezago escolar, es decir, el retraso en años de escolaridad en función de lo esperable para la edad de la persona. Casi la mitad de las adolescentes está retrasada en años de estudio respecto a su edad (49.7%). Respecto al nivel socioeconómico, 10.9% pertenecen a nivel alto y muy alto (ABC1), 45.7% a nivel medio (C1C2) y 43.4% a nivel bajo y muy bajo (D1D2E).

En cuanto a aseguramiento de salud, los resultados que se obtuvieron muestran que 48.85% de las mujeres cuenta con seguro a nivel mutual y 48.27% a nivel público (ASSE, Sanidad policial o militar). Cuando se analiza este dato por nivel socioeconómico, las adolescentes con menor nivel se asisten fundamentalmente en servicios públicos (66%) frente al 27% de las de mayor nivel, que se asiste a nivel mutual. Respecto a la identificación religiosa, 38% de las mujeres se definieron como católicas, 6% evangelistas y 52% sin religión alguna. Más de 6 de cada 10 adolescentes manifestaron no acudir nunca a servicios/actividades religiosas. En cuanto a actividad laboral, 12% de las adolescentes manifestó trabajar de manear remunerada al momento de la encuesta (en su mayoría mujeres de 17 y 18 años) y 10% lo hizo en alguna oportunidad en los 12 meses previos. Una amplia mayoría, 71.3% no registró actividad laboral a la fecha. Las adolescentes con bajo nivel socioeconómico presentan porcentajes más elevados de inserción laboral, en particular en servicio doméstico, obrero o peón. No se observan diferencias entre quienes residen en Montevideo y en el interior del país.

## INICIACIÓN Y VIDA SEXUAL

Un conjunto de preguntas buscaron explorar aspectos vinculados a la vida sexual de las adolescentes encuestadas. Poco más de la mitad de ellas no se había iniciado sexualmente (50.3%) frente a un 49.3% que sí lo había hecho. El siguiente gráfico presenta el inicio de la vida sexual en adolescentes mujeres tomando en cuenta algunas variables de corte que resultan de particular relevancia como nivel socioeconómico, región dicotómica (Montevideo / interior), con y sin atraso escolar y edades. Como es de esperarse el porcentaje de adolescentes iniciadas sexualmente se incrementa a medida que avanzan en edad. Los resultados ilustran que las adolescentes pertenecientes a los estratos socioeconómicos altos y muy altos (ABC1) se han iniciado sexualmente en menor proporción que aquellas de los estratos bajos y muy bajos (D1D2E). Se pueden observar

diferencias según se trate de adolescentes con o sin atraso escolar, ya que se duplica el porcentaje de quienes se han iniciado sexualmente entre aquellas que tienen rezago escolar, en comparación a las no rezagadas. El análisis por región no presenta diferencias sustantivas, aunque las del interior se hayan iniciado sexualmente en mayor proporción que sus pares montevideanas.

**La mitad de las adolescentes se inició sexualmente. La edad media de inicio se ubica en 15 años, pero desciende entre aquellas más vulnerables en términos económicos y educativos.**

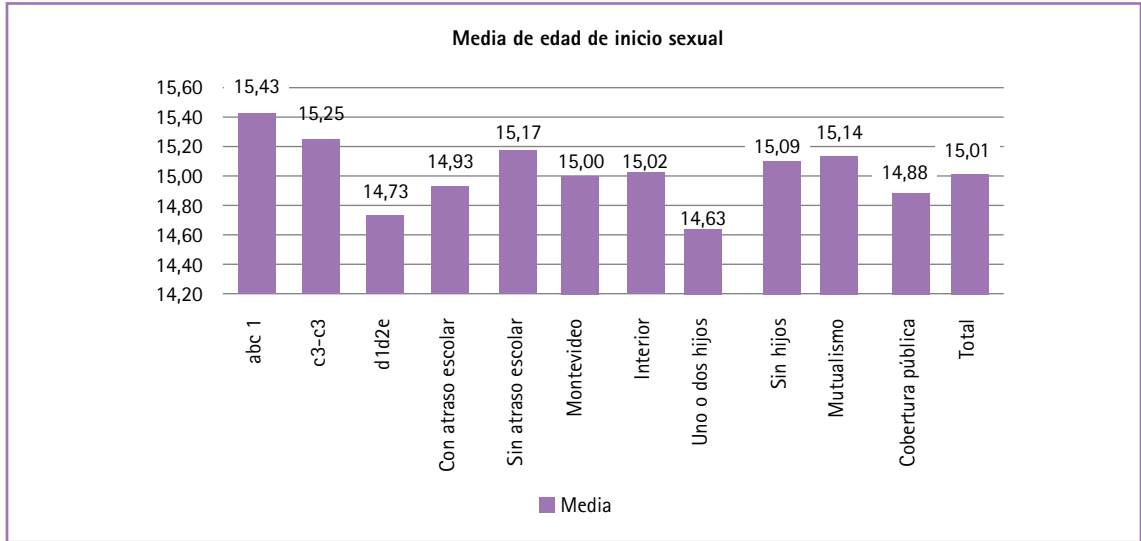
Gráfico 1. Vida sexual en adolescentes de entre 15 y 18 años, por edades, nivel socioeconómico, rezago escolar y región. Población urbana y suburbana, Uruguay.



Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

El siguiente gráfico presenta las medias de edad de inicio sexual en función de nivel socioeconómico, escolaridad, antecedentes de maternidad, tipo de seguro de salud y residencia. Como puede observarse la media de edad se ubica en 15 años. Se pueden observar variaciones en menos en aquellas con rezago escolar, las de nivel socioeconómico bajo y muy bajo, quienes se asisten en servicios públicos y aquellas que ya son madres, para quienes la media se ubica en 14 años.

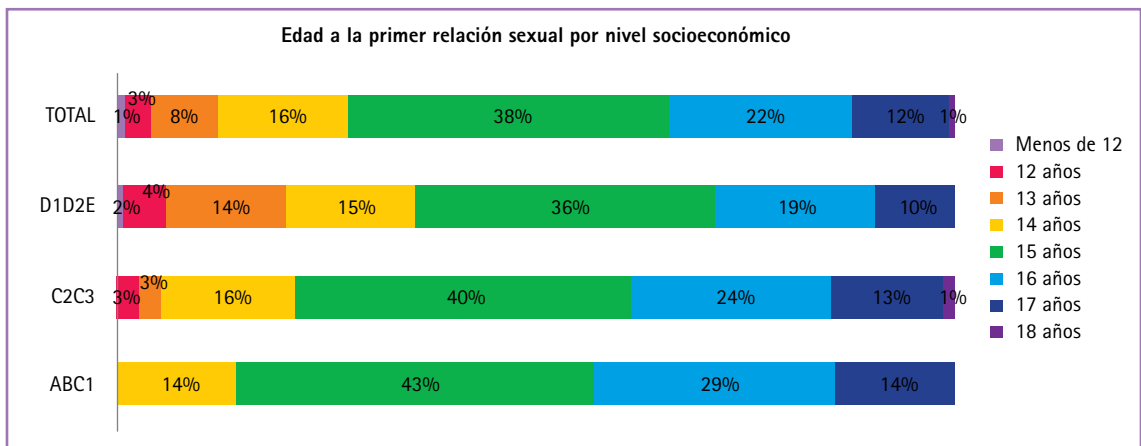
Gráfico 2. Media de edad de inicio de vida sexual por nivel socioeconómico, región, tipo de seguro de salud, antecedentes de maternidad y presencia de rezago escolar en adolescentes de entre 15 y 18 años. Población urbana y suburbana, Uruguay.



Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

En el siguiente gráfico se muestra la edad de inicio sexual por estrato socioeconómico. Las diferencias observables, junto con aquellas que se registran asociadas a la escolaridad, deben analizarse como determinantes sociales que impactan en la salud y la vida sexual y reproductiva de las adolescentes. En los estratos bajos y muy bajos se presentan las edades más tempranas de inicio de vida sexual, antes de los 12 años, 4% a los 12 años y 14% a los 13 años. En términos de salud sexual y reproductiva, el inicio sexual temprano está asociado a la maternidad y la mutiparidad en la adolescencia, al embarazo no deseado, a la violencia y abuso sexual, entre otros aspectos relevantes (De Francisco, Dixon-Mueller, d'Arcanges, 2007).

Gráfico 3. Edad de inicio sexual en mujeres adolescentes de entre 15 y 18 años, por nivel socioeconómico. Población urbana y suburbana, Uruguay.

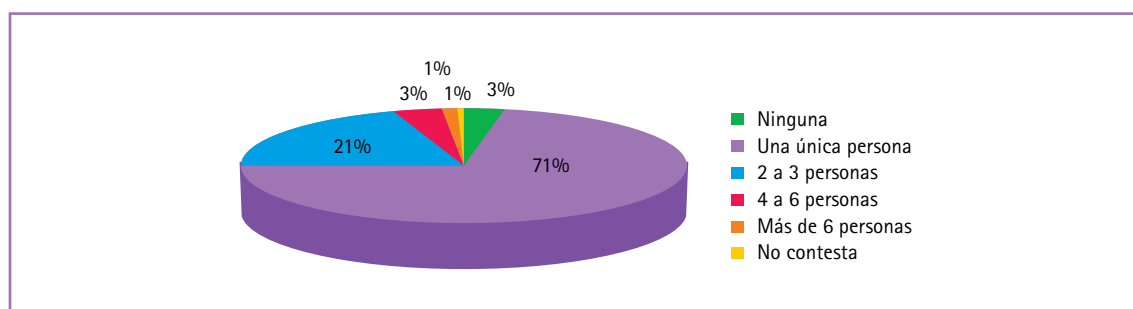


Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

La mayoría de las adolescentes manifestaron haberse iniciado sexualmente con su novio o pareja (87%) y que el motivo fue principalmente por amor (67%); un porcentaje menor manifestó haberse iniciado por deseo (17%) y por curiosidad (11%). No se observan diferencias relevantes por nivel socioeconómico, región o escolaridad. Si bien apenas 1.2% mencionó violación como situación que generó el inicio sexual, este guarismo varía cuando se lo observa por nivel socioeconómico; las más vulnerables mencionaron esta situación en un 2.4%.

En cuanto al número de parejas sexuales en el último año, 71% mencionó una persona y 21% de dos a tres. La amplia mayoría de las adolescentes iniciadas sexualmente reportaron que mantienen relaciones sexuales fundamentalmente con varones.

Gráfico 4. Cantidad de parejas sexuales en el último año en adolescentes de entre 15 y 18 años. Población urbana y suburbana, Uruguay.



Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

**Se han iniciado con su pareja o novio y lo han hecho básicamente por amor; la mitad de ellas manifiesta estar satisfecha con su vida sexual y cuatro de cada 10 no siente placer al masturbarse.**

Poco más de la mitad (57%) manifestó estar muy satisfecha con su vida sexual y 33.5% algo satisfecha, no observándose diferencias por sector socioeconómico, región u otras variables de corte.

Vinculado con la satisfacción sexual, se buscó conocer la opinión de las mujeres sobre prácticas auto-eróticas como la masturbación. Se ofrecieron una serie de afirmaciones para conocer su grado de conformidad o acuerdo con ellas. En su mayoría (60%) las adolescentes acordaron que la masturbación es una forma más de conseguir placer sexual. Las de nivel socioeconómico más bajo (28%) y aquellas con atraso escolar (25%) manifestaron mayores porcentajes de desacuerdo.

Frente a la afirmación "las mujeres como yo no se masturban", una de cada tres adolescentes acuerda con esa expresión, frente a 40% que está en desacuerdo. A su vez, poco más de cuatro de cada 10 adolescentes entiende que es una práctica para mujeres insatisfechas o sin vida sexual plena.

Seis de cada 10 adolescentes consideran que es una práctica frecuente en la población de mujeres adolescentes y esta proporción desciende a una de cada tres cuando se refieren a la población de mujeres adultas. Sin embargo, casi cuatro de cada 10, señaló que no encuentra placer en masturbarse, no existiendo variaciones por estratos sociales, región u otras variables de corte.



Si bien la interpretación de estos resultados sobre aspectos poco explorados en estudios previos exige cautela, se pueden trazar algunas hipótesis de trabajo vinculadas fundamentalmente a los mandatos de género sobre la sexualidad femenina que determinan un sistema de permisos y prohibiciones sobre la "buena mujer" en el cual la masturbación es significada como una práctica moralmente cuestionable. En estas adolescentes parecería predominar un modelo de sexualidad condicionado por algunos estereotipos de género, heteronormativos, censuradores del placer autoerótico, una sexualidad fuertemente enlazada al amor romántico y la fidelidad, el cual se puede observar más acentuado en determinados estratos sociales, en particular en aquellas con menores recursos económicos y educativos.

## CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Un conjunto de preguntas buscaron explorar algunos de los indicadores clásicos de acceso a derechos y salud sexual y reproductiva como son los referidos al conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.

El preservativo masculino es referido por el 96% de las adolescentes. Este porcentaje no presenta variaciones por estratos sociales. La gran mayoría declara saber dónde conseguirlo (95%) y manifiesta haberlo usado alguna vez el 91.3% de aquellas que se han iniciado sexualmente.

**Las adolescentes conocen los métodos anticonceptivos clásicos como preservativo y pastillas. En menor medida el DIU, los inyectables y la anticoncepción de emergencia. Saben dónde conseguirlos y la mayoría de ellas resuelve su demanda en farmacias y comercios. En general, han utilizado método en su primera relación sexual, así como en la última relación mantenida.**

En cuanto a las pastillas anticonceptivas, el conocimiento es alto (94%); un porcentaje similar manifestó saber dónde conseguirlas (93%) y los antecedentes de uso se ubicaron en 72%. El Dispositivo Intrauterino (DIU) es conocido por la mitad de las adolescentes y este porcentaje desciende a 42% respecto a saber dónde obtenerlo. El uso es bajo en comparación con otras opciones anticonceptivas, ubicado en 7.7%.

En cuanto a la anticoncepción de emergencia (AE), la referencia espontánea a este método es muy baja, 18%, y un porcentaje similar declaró saber dónde conseguirlas. Cuando se preguntó a las adolescentes iniciadas sexualmente por el uso de este recurso anticonceptivo, 21.6% manifestó haberlo utilizado, y ese porcentaje se incrementó a 27.8% en los últimos doce meses. Lo mismo sucede cuando se les pregunta directamente sobre conocimiento de este recurso, el guarismo se incrementa al 86%.

En términos generales, se puede observar que a mayor edad se reporta una mayor identificación de los distintos tipos de método, así como se incrementa el conocimiento acerca de dónde conseguirlo. No se detectan diferencias importantes por región y estratos sociales. Se observan porcentajes levemente superiores sobre conocimiento de métodos en mujeres sin rezago escolar y con cobertura mutual. El resto de los métodos anticonceptivos modernos, así como los llamados "naturales", reportan muy bajo conocimiento, con porcentajes que no superan el 5%, con excepción de los inyectables anticonceptivos que se ubica en el 10%, siendo aún bajo en comparación a los que se presentan en el siguiente cuadro.

Cuadro 2. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. Población urbana y suburbana de Uruguay, en porcentajes.

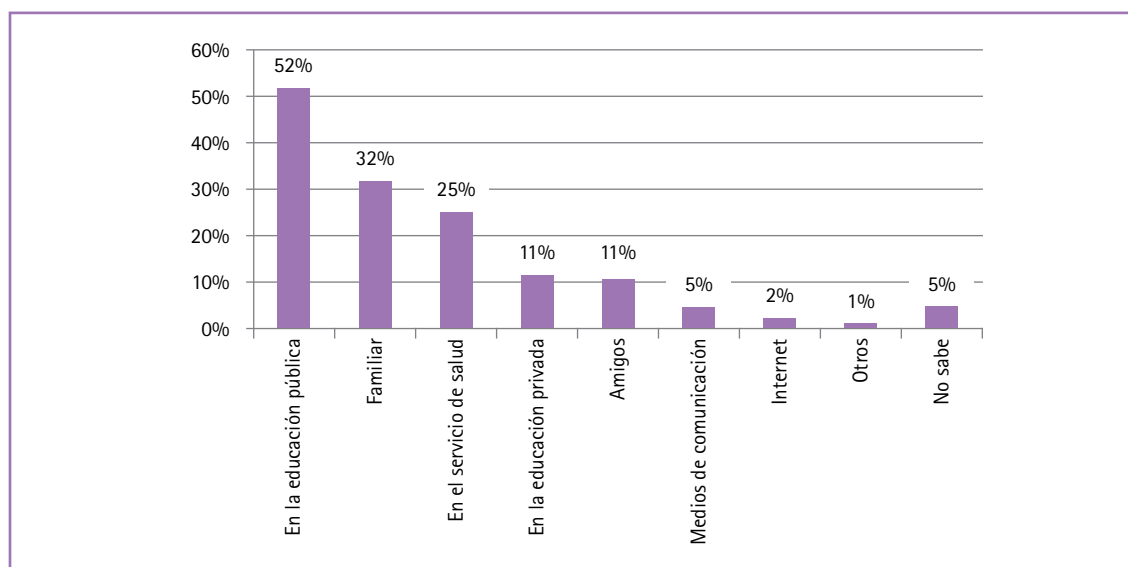
| Tipo de Método                                      | Conoce | Sabe dónde conseguirlo | Lo ha usado alguna vez |
|---|--------|------------------------|------------------------|
| Preservativo  | 96 %   | 95%                    | 91.3 %                 |
| Pastillas Orales                                    | 94 %   | 93 %                   | 72 %                   |
| DIU   | 50 %   | 42 %                   | 7.7 %                  |
| Anticoncepción Emergencia (conocimiento espontáneo) | 18 %   | 18 %                   | 21.6 %                 |

Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

Las fuentes de información sobre métodos que refieren las adolescentes ubican al centro educativo en el primer lugar de preferencia, seguido por la familia y el servicio de salud.

En cuanto a las fuentes de información sobre métodos anticonceptivos, las respuestas muestran que más de la mitad de las adolescentes (52%) refieren al centro educativo público como espacio principal donde obtienen información, seguido por familiares (32%) y el servicio de salud en tercer lugar (25%). Se pueden observar diferencias según escolaridad; para las que no tienen atraso escolar, el centro educativo es referido por 6 de cada 10 adolescentes, mientras que quienes tienen atraso escolar refieren el servicio de salud en mayor proporción.

Gráfico 5. Lugares de obtención de información sobre métodos anticonceptivos, respuestas múltiples, en porcentaje. Población urbana y suburbana, Uruguay.



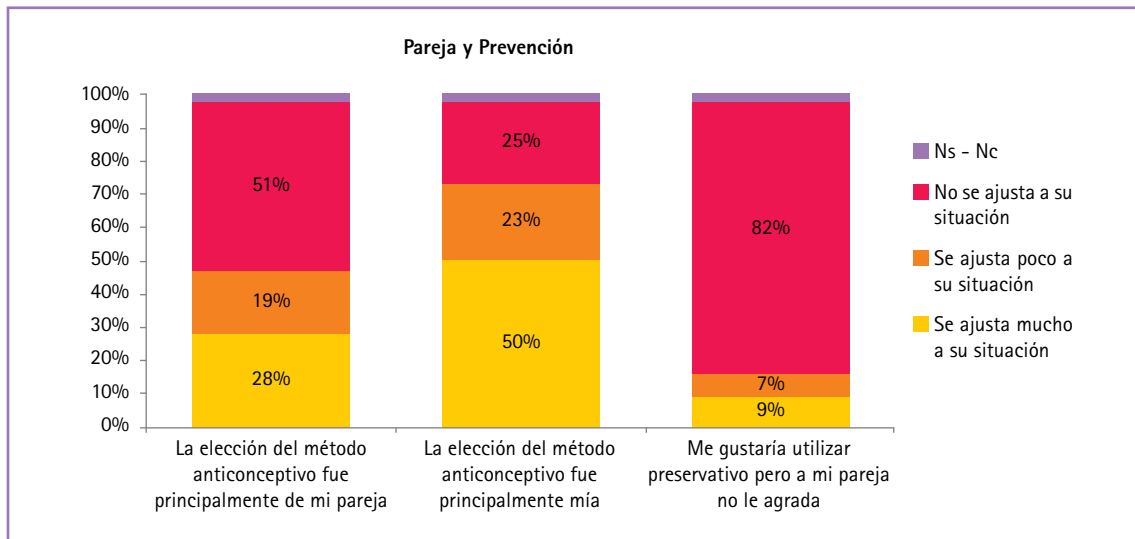
Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas, MYSU, 2012.

**La mitad de las adolescentes elige el método a utilizar y 1 de cada 4 lo acuerda con su pareja. Las adolescentes madres tienen más dificultades para negociar con sus parejas el uso de métodos anticonceptivos.**

Del total de adolescentes sexualmente activas, 86,7% respondieron haber utilizado alguna medida preventiva en su primera relación sexual. Ese porcentaje desciende a 82,6% en mujeres con atraso escolar. El método utilizado fue, en la gran mayoría, el preservativo, con 89% de las respuestas y en segundo lugar pastillas, con 7 %.

Tan sólo el 22% refiere llevar consigo preservativo y el 50% mencionó que la elección del método fue propia, mientras que para un 25% la elección fue compartida con la pareja. Una de cada 10 adolescentes menciona que no le agrada usar preservativo. Este porcentaje se duplica en aquellas que tienen hijos (20%) y se incrementa en las más jóvenes, con 12,5%. Un comportamiento similar se observa ante la pregunta sobre la preferencia de su pareja respecto al uso de métodos: 7% señaló que a su pareja no le gusta que ella use método anticonceptivo y ese porcentaje se ubica en 17% en aquellas con hijos. A su vez, entre quienes tienen menor acceso a educación, el 10% menciona que su pareja no le gusta que ella use método. Este porcentaje se ubica en 1,7% en aquellas sin atraso escolar. A su vez, ante la afirmación "no tendría relaciones con quien no use preservativos", 73,4% acordó con la misma, frente a 17% que la rechazó. Finalmente, 21% de las adolescentes manifestó sentir impotencia en la negociación con su pareja para el uso del preservativo si él no quiere usarlo. Ese porcentaje se incrementó en las más jóvenes, 29% entre quienes tienen 15 y 16 años. El siguiente gráfico presenta una síntesis de las principales respuestas obtenidas.

Gráfico 6. Elección de método y negociación con la pareja para el uso de métodos anticonceptivos. Población urbana y suburbana, Uruguay.



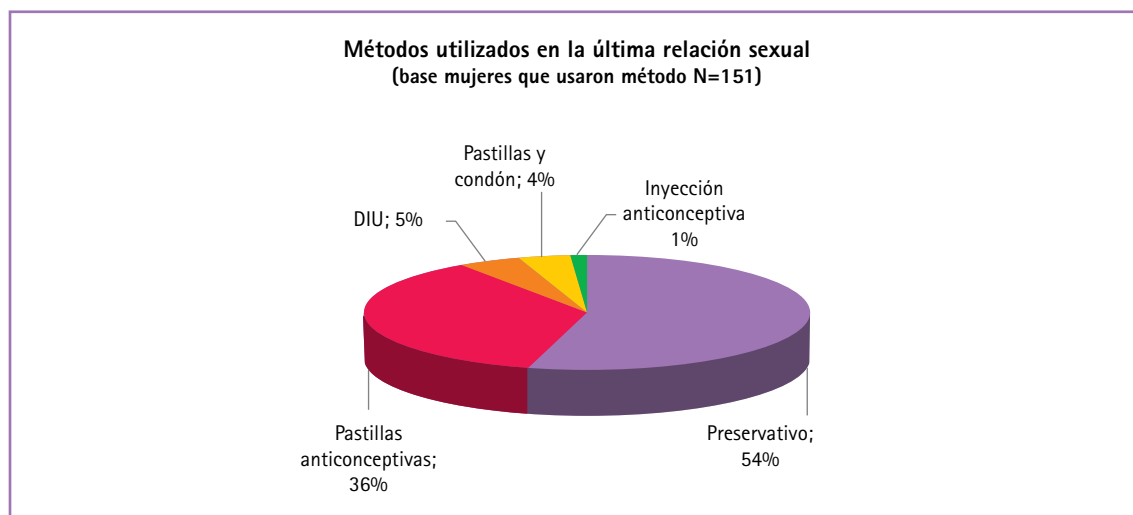
Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

La mayoría de las adolescentes (87%) reportó utilización de método anticonceptivo (MAC) en la última relación sexual para evitar un embarazo no deseado. Más de la mitad prefirieron uso de preservativo (54%) seguido por pastillas anticonceptivas (36%). Es muy bajo el uso de la doble protección, con apenas 4%. Si se analizan los resultados por edades, las que tienen 15 años reportan el más bajo uso (79%), al igual que aquellas con rezago

escolar, con 82%. A su vez, las más jóvenes son quienes reportan mayor uso de preservativo (62%). A medida que se avanza en la edad, disminuye el uso de preservativo y se incrementa el uso de pastillas.

Si se analiza el tipo de método utilizado en la última relación sexual, 42% de las adolescentes manifestaron haber usado un método de su exclusivo control (pastillas, 36%; inyectable, 1%; DIU, 5%). El 4% usó doble protección y 54% de ellas refirieron el preservativo masculino. En tal sentido, se podría decir que casi seis de cada 10 adolescentes no controlan por sí mismas el método anticonceptivo y deben negociar el uso del preservativo con la pareja, en cada relación sexual.

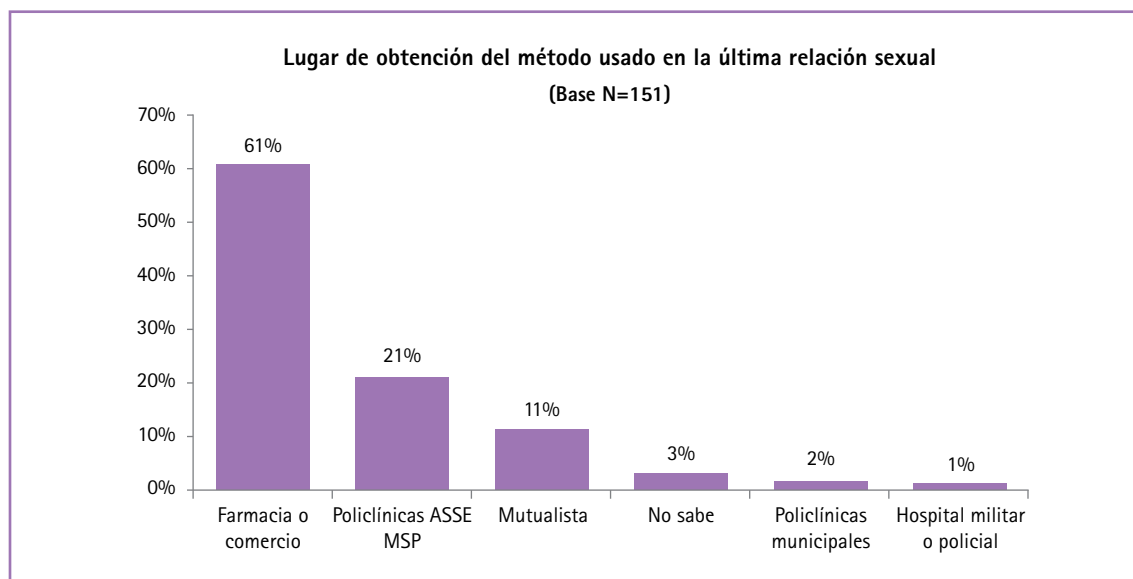
Gráfico 7. Tipo de método anticonceptivo utilizado en la última relación sexual por adolescentes, en porcentajes. Población urbana y suburbana, Uruguay.



Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

El siguiente gráfico presenta los resultados acerca del lugar reportado para la obtención del método usado en la última relación sexual. En el primer lugar se ubica la farmacia o comercio como lugar para adquirir los métodos (61%), por debajo se ubican los servicios públicos de salud (21%) y las mutualistas son referidas en 11%. Como podrá observarse, la presencia de los servicios de salud, públicos o mutuales, aunque con diferencias entre ellos, es dramáticamente bajo en tanto recurso al cual acudir para resolver una demanda en salud sexual y reproductiva como el acceso a la anticoncepción.

Gráfico 8. Lugar de obtención del método anticonceptivo utilizado en la última relación sexual por adolescentes, en porcentajes. Población urbana y suburbana, Uruguay.



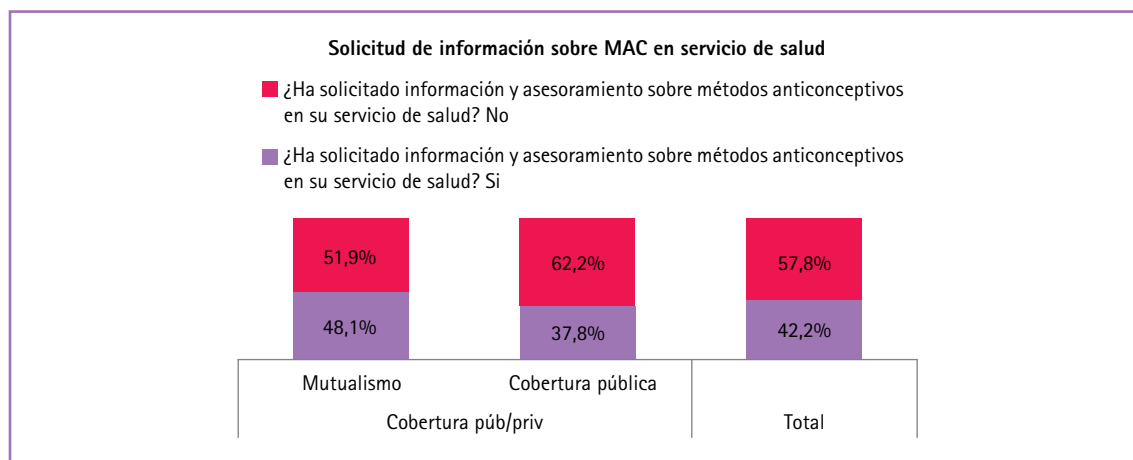
Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

Los resultados sobre conocimiento y uso de métodos anticonceptivos muestran, en términos generales, que la gran mayoría de las adolescentes tiene algún tipo de información sobre distintos métodos. A su vez, la mayoría reporta haber utilizado métodos anticonceptivos alguna vez, y el número de quienes lo usaron en la última relación sexual es elevado. Sin embargo, más de la mitad de ellas no acude a su servicio de salud para acceder al método y lo resuelven en su mayoría a través de farmacias o comercios.

## ACCESO Y USO DE SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Poco menos de la mitad de las adolescentes (42.2%) había solicitado información y asesoramiento sobre métodos anticonceptivos en su centro de salud. Este porcentaje presenta algunas variaciones si se observan los resultados por tipo de cobertura, pública o mutual, tal como lo presenta el siguiente gráfico.

Gráfico 9. Realización de consultas de información y asesoramiento en anticoncepción por tipo de cobertura de salud, en porcentajes. Población urbana y suburbana, Uruguay.



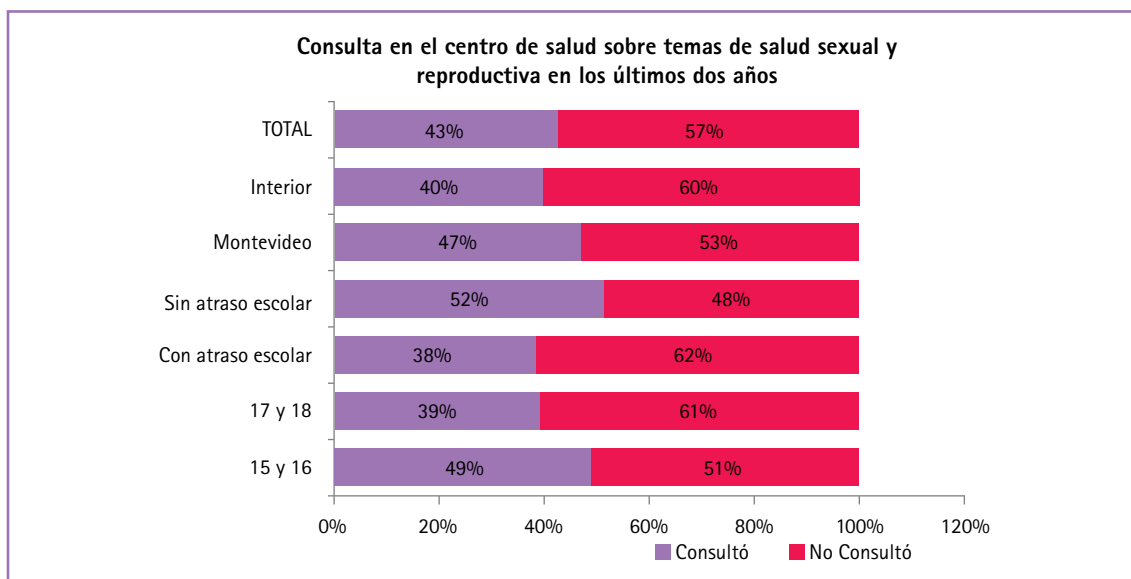
Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

Las adolescentes acuden a consulta ginecológica o en salud sexual y reproductiva luego de haberse iniciado sexualmente. La gran mayoría lo hace con el ginecólogo/a de los centros de salud. Muy pocas lo hacen en los servicios de salud sexual y reproductiva o en los Espacios Adolescentes.

Se indagó sobre consultas ginecológicas y en salud sexual y reproductiva. Del total de las adolescentes encuestadas, poco más de la mitad (56%) respondió haber acudido a una consulta ginecológica en los últimos 12 meses. Si se analizan estos datos por algunas variables de corte, se puede apreciar que casi ocho de cada 10 adolescentes que ya se iniciaron sexualmente han consultado, frente a tres de cada 10 que no se han iniciado. A su vez, las más jóvenes han consultado en menor proporción que las de más edad. Las que cuentan con cobertura mutual lo han hecho en mayor medida que quienes se asisten en servicios públicos. Entre quienes consultaron a ginecólogo/a, mencionaron que lo hicieron porque habían iniciado su vida sexual activa (22%) y porque entendían que debían hacerlo (28%). Respecto al lugar de consulta, la gran mayoría (63%) consultó directamente con el o la ginecóloga de su centro de salud y 17.8% mencionó policlínicas del Espacio Adolescente. Este último recurso es más referido por quienes se asisten a nivel público, quienes tienen retraso escolar y aquellas con 15 y 16 años. Las adolescentes reportan, en su mayoría, acudir a la consulta acompañada de la madre (67%), la pareja (12%) u otro familiar (9.3%). Casi un 27% de quienes nunca consultaron con ginecólogo/a mencionaron no hacerlo porque no le gusta, o prefiere no hacerlo. Finalmente, ante la realización de Papanicolaou o PAP, un 11,2% del total de adolescentes se lo ha realizado. Si se observa quienes se han iniciado sexualmente, este porcentaje es muy bajo y se ubica en 22%.

A su vez, se exploró acerca del uso de los servicios de salud sexual y reproductiva por parte de las adolescentes, en el período 2010 y 2011. Los resultados se presentan desagregados por algunas variables de corte que resultan relevantes. En primer lugar, se destaca el bajo uso de los servicios por parte de esta población. Apenas 4 de cada 10 adolescentes reportó acudir a un servicio de salud por temas de salud sexual y reproductiva en los últimos dos años. Este guarismo es aún menor entre quienes tienen rezago escolar.

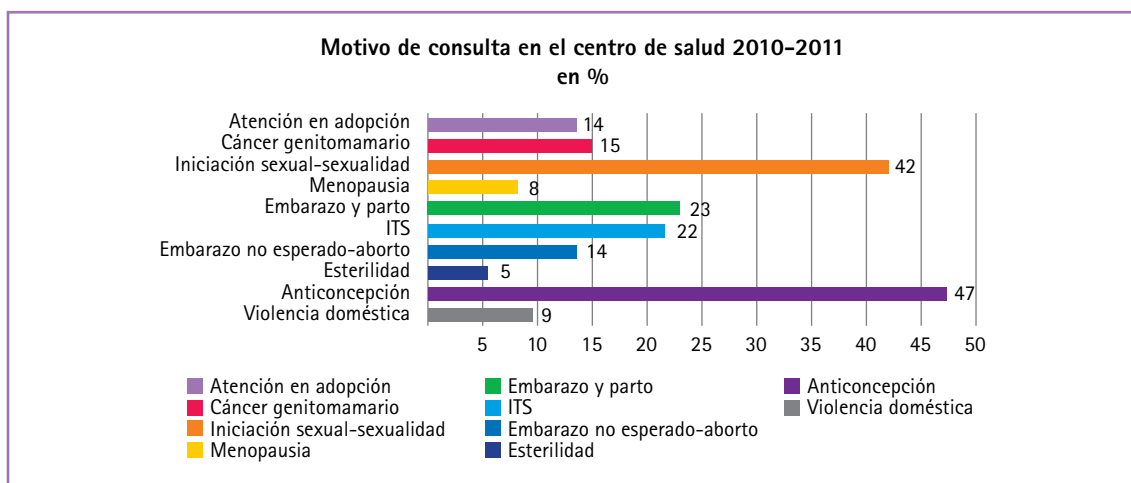
Gráfico 10. Consultas sobre salud sexual y reproductiva realizadas en los últimos dos años, por región, grupos de edad y escolaridad, en porcentajes. Población urbana y suburbana, Uruguay.



Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

Entre aquellas que consultaron en 2010 y 2011 se indagó sobre el motivo de consulta. El siguiente gráfico presenta los resultados obtenidos y, como podrá observarse, la consulta vinculada a iniciación sexual y la relacionada con anticoncepción presentan los porcentajes más elevados, 42% y 47% respectivamente. Otros motivos como violencia doméstica y violencia sexual tienen muy baja referencia (9%), lo cual debería de ser materia de análisis específico.

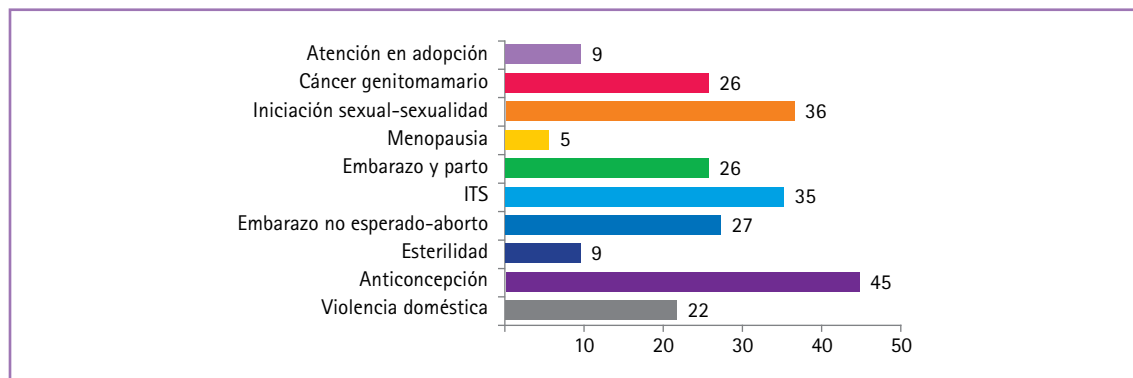
Gráfico 11. Motivos de consulta en salud sexual y reproductiva realizadas en los últimos dos años, en porcentajes. Población urbana y suburbana, Uruguay.



Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

Respecto a la información recibida en las consultas a través de la entrega de material específico, el siguiente gráfico presenta los resultados obtenidos. Como puede observarse hay una distribución relativamente homogénea respecto a algunos tópicos como información sobre anticoncepción, iniciación y vida sexual e ITS, con porcentajes superiores al 30% de las menciones, seguido de embarazo y parto, embarazo no esperado y aborto y violencia doméstica, con números que superan el 20%.

Gráfico 12. Material informativo recibido en consultas en salud sexual y reproductiva realizadas en los últimos dos años, en porcentajes. Población urbana y suburbana, Uruguay.



Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

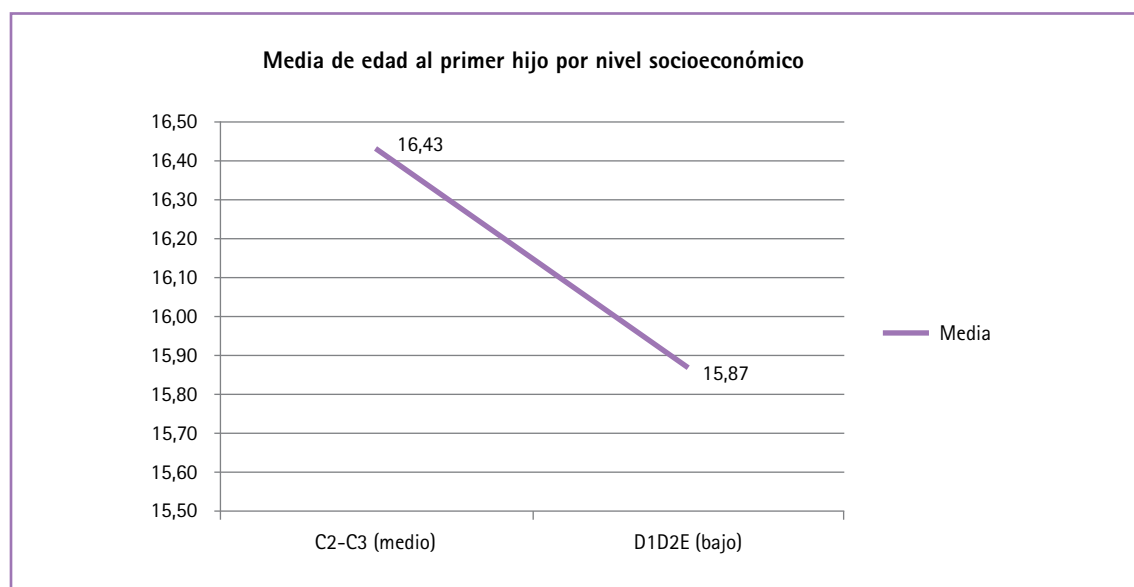
## VIDA REPRODUCTIVA

Del total de las adolescentes encuestadas, 8.6% son madres y 1.3% estaba embarazada al momento de la encuesta. El porcentaje mayor (7.5%) manifestó tener 1 hijo o hija. En términos generales, se puede decir que se trata de adolescentes que se asisten a nivel público, con atraso escolar y de nivel socioeconómico bajo y muy bajo. Más de un tercio estaba estudiando al momento del embarazo y una de cada cinco abandonó los estudios. La amplia mayoría refiere haberse realizado los controles de atención prenatal y casi ocho de cada 10 lo hicieron en el primer trimestre del embarazo. Un amplio porcentaje (86.7%) estuvo acompañada durante el parto: más de la mitad de ellas por su pareja (56.7%), el 16.7% por su madre y el 13.3% por amigas u otro familiar. Una de cada 10 no estuvo acompañada. Casi ocho de cada 10 realizaron controles post parto y en igual porcentaje mencionaron haber dado lactancia.

La media de edad al nacimiento del primer hijo o hija se ubica en 16 años, con variaciones por nivel socioeconómico, por rezago escolar y por región, tal como se ilustra en los siguientes gráficos, para quienes la media se ubica en 15 años.



Gráfico 13. Media de edad al primer hijo o hija, por nivel socioeconómico en adolescentes. Población urbana y suburbana, Uruguay.



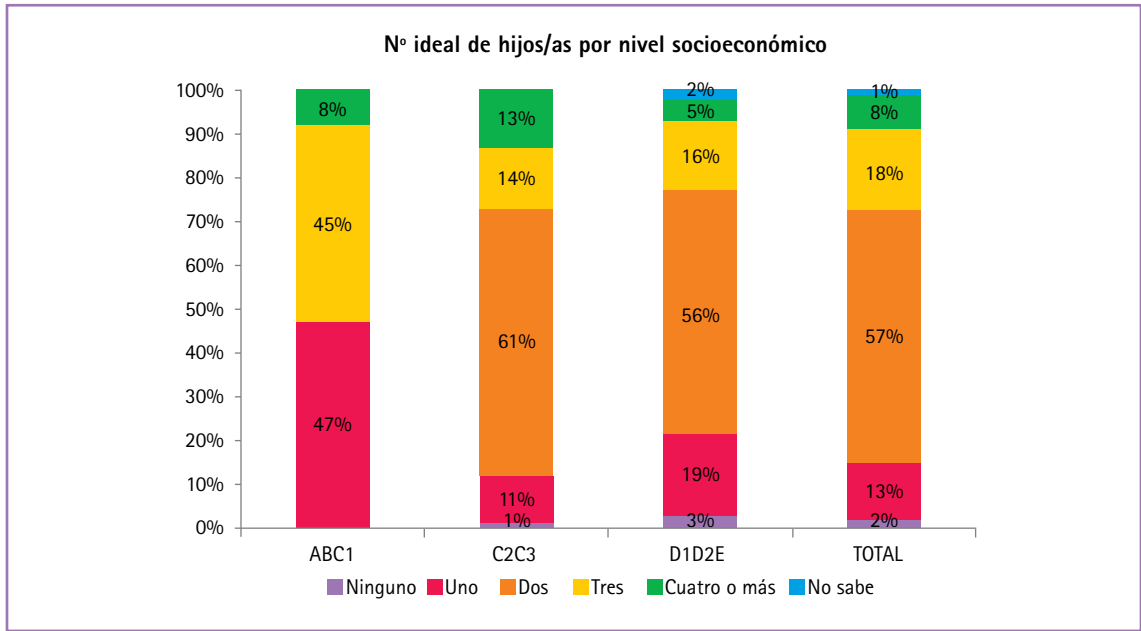
Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

**El ideal de maternidad para las adolescentes es de dos hijos/as, si bien un porcentaje importante de aquellas con nivel socioeconómico alto y con escolaridad adecuada a su edad aspiran a tener tres hijos/as.**

Del total de adolescentes, un 4.6% manifestó haber interrumpido un embarazo, fundamentalmente montevideanas y con atraso escolar. La mayoría de las adolescentes (55%) considera que el aborto voluntario es una práctica frecuente entre las mujeres uruguayas y un 36% manifiesta estar a favor de la despenalización de la práctica, frente a un 55% que está en contra. Quienes acuerdan en mayor medida son las montevideanas, quienes tienen niveles socioeconómicos más favorecidos y las de mayor edad.

Se indagó acerca del número ideal de hijos/as. Como puede observarse en el siguiente gráfico, el número dos concentra la mayoría de las respuestas. Si se analizan éstas por nivel socioeconómico, las adolescentes de sectores altos y muy altos son quienes en mayor medida se inclinan por tres hijos/as (45%), mientras que la opción por cuatro o más hijos/as es referida en mayor proporción por aquellas de sectores medios (13%).

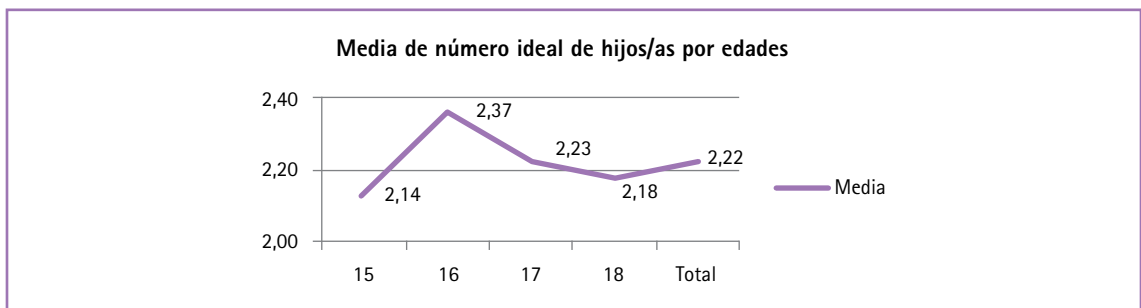
Gráfico 14. Número ideal de hijos/as por nivel socioeconómico, en porcentajes. Población urbana y suburbana, Uruguay.



Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

Como hemos señalado, el número dos concentra la mayoría de las respuestas. Si se analiza la media de ideal de hijos/as por edades, se puede observar que quienes superan la media total (2.22 como número ideal de hijos/as) son las que hoy tienen 16 años, con 2.37.

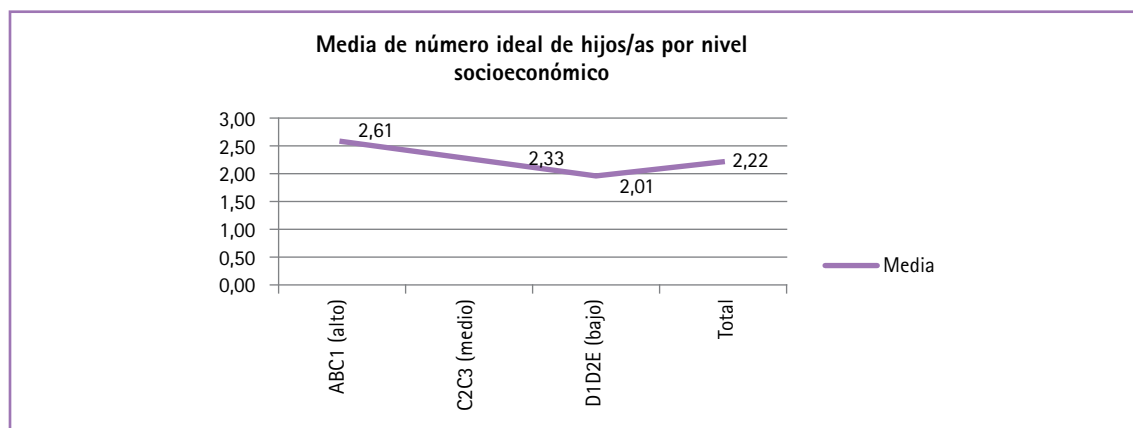
Gráfico 15a. Media de número ideal de hijos/as por edades, en adolescentes mujeres. Población urbana y suburbana, Uruguay.



Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

Cuando observamos las medias de número ideal de hijos/as por nivel socioeconómico agrupado, se puede identificar que aquellas pertenecientes a los sectores alto y muy alto presentan valores superiores a la media total, con 2.61 hijos/as como aspiración.

Gráfico 15b. Media de número ideal de hijos/as por nivel socioeconómico en adolescentes mujeres. Población urbana y suburbana, Uruguay.



Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

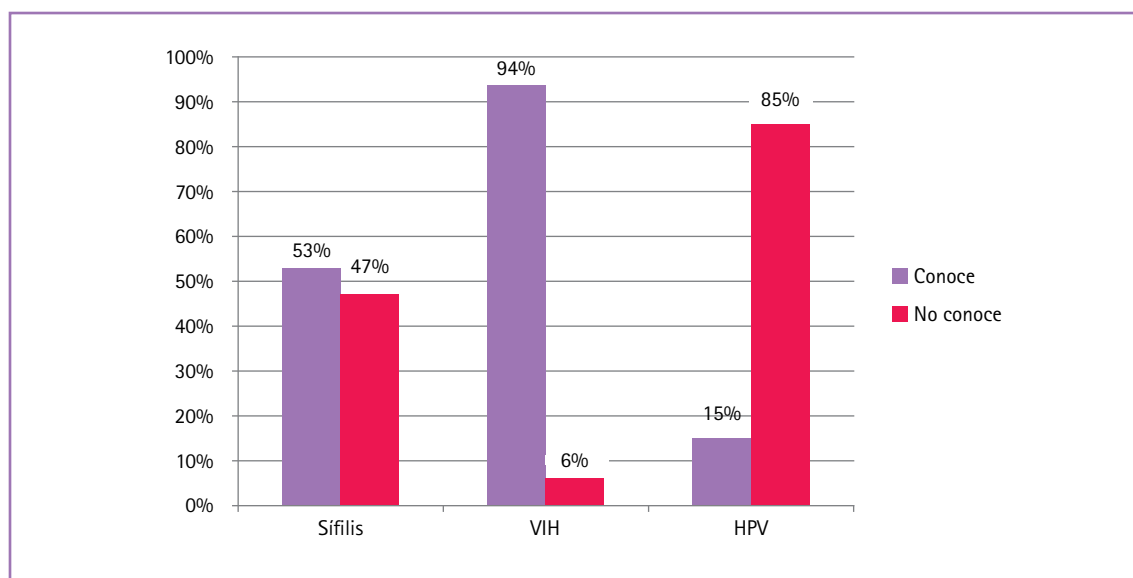
Finalmente, para estas adolescentes, la edad ideal para tener hijos/as se ubica mayoritariamente entre los 26 y 27 años, concentrando un 33% de las respuestas.

## CONOCIMIENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

**El conocimiento sobre Virus de Papiloma Humano (HPV) es muy bajo. Como contracara, es alto el conocimiento sobre VIH/sida, aunque persisten creencias y comportamientos de riesgo en las adolescentes.**

Un conjunto de preguntas en el formulario buscaron indagar sobre el conocimiento de distintas infecciones de transmisión sexual. En este informe se incluyen tres de ellas, por ser las de mayor incidencia en la población uruguaya: VIH/sida, HPV y sífilis. Los resultados se presentan en el siguiente gráfico; como podrá observarse, se constata un muy bajo conocimiento sobre HPV, con apenas 15%. Como contracara puede observarse un alto conocimiento del VIH, respecto del cual, sin embargo, persisten creencias y mitos que operan como barreras de prevención.

Gráfico 16. Conocimiento de HIV, HPV y sífilis en adolescentes, en porcentajes. Población urbana y suburbana, Uruguay.

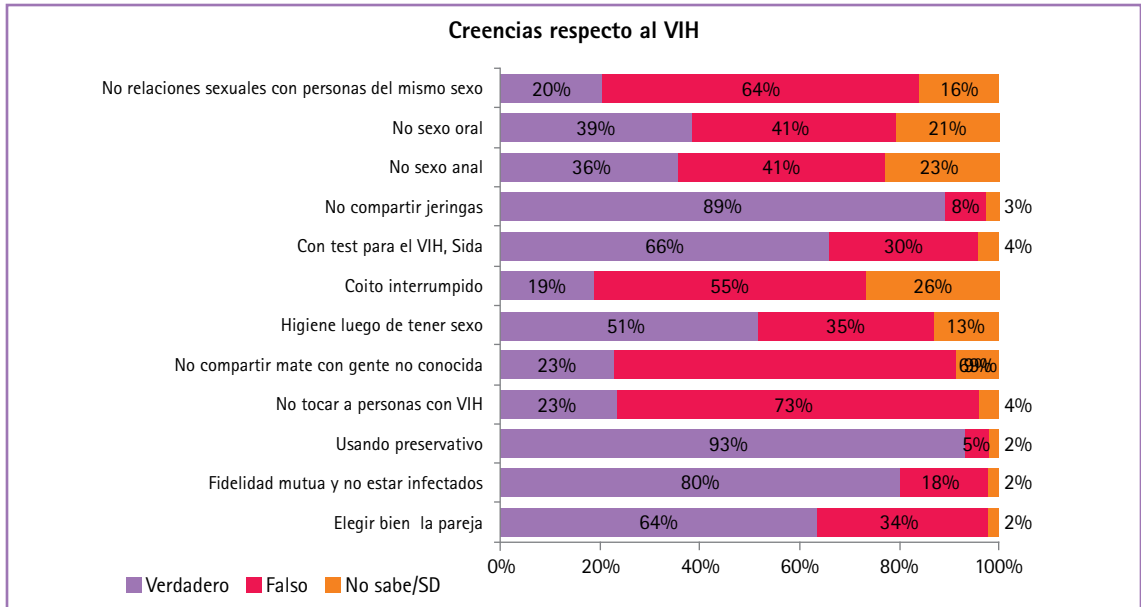


Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

Se presentaron una serie de afirmaciones sobre prevención de VIH con la consigna que las adolescentes señalaran si eran verdaderas o falsas. En el gráfico siguiente se presentan los resultados. Como podrá observarse, las adolescentes encuestadas reconocieron como verdaderas las opciones que clásicamente han constituido los ejes de las campañas preventivas y educativas en la prevención del VIH/sida: el uso de preservativos, la pareja mutuamente fiel y no compartir jeringas. Sin embargo, junto con ello, persisten algunas ideas y prácticas discriminatorias que merecen la atención, puesto que podrían tener efectos directos en los comportamientos sexuales y en la salud de las mujeres, al exponerlas a situaciones de riesgo. Asimismo constituyen analizadores de la (no) apropiación y ejercicio de sus derechos sexuales; por ejemplo, considerar que la adecuada higiene luego de tener relaciones sexuales o la realización de test de VIH protege de la infección, o que más de seis de cada 10 considere que la elección cuidadosa de la pareja es un factor de protección.

Dos de cada 10 considera que no tocar a las personas con VIH es una práctica preventiva y un porcentaje similar considera que también lo es no mantener relaciones sexuales con personas del mismo sexo. Estas representaciones sociales están anudadas con ideas y prácticas discriminatorias que persisten en presentarse como medidas preventivas para la reducción de riesgos.

Gráfico 17. Conocimiento y creencias sobre VIH/sida en adolescentes, en porcentajes. Población urbana y suburbana, Uruguay.



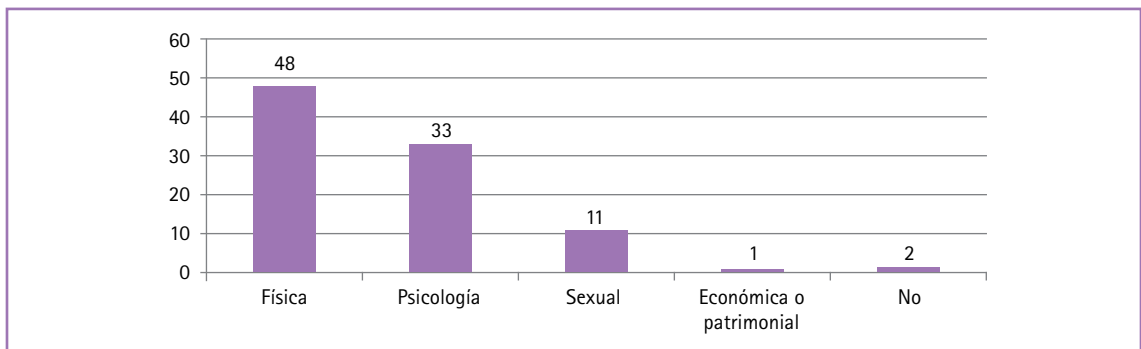
Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

## VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

Unas pocas preguntas en el formulario buscaron explorar aspectos vinculados a la violencia contra las mujeres, incluyendo conocimiento de formas de violencia, lugares donde acudir en caso de requerirlo, antecedentes de violencia y dónde buscó ayuda frente a esa situación.

Los resultados permiten señalar que las adolescentes identifican de manera espontánea la violencia física (48%) y la violencia psicológica (33%) y en menor proporción, la violencia sexual (11%).

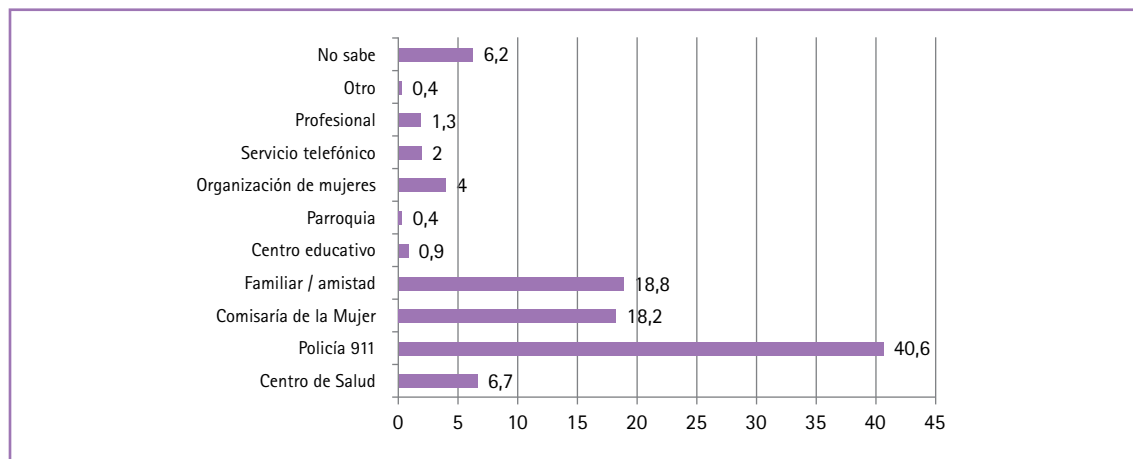
Gráfico 18. Conocimiento sobre formas de violencia contra las mujeres en adolescentes, en porcentajes. Población urbana y suburbana, Uruguay.



Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

Respecto a la información sobre dónde recurrir en caso de vivir situaciones de violencia, las adolescentes identificaron en primer lugar la Policía (911, comisarías) con 40.6%, en segundo lugar un familiar o amistad con 18.8% y la Comisaría de la Mujer con 18.6%. El resto de los posibles lugares fueron señalados en porcentajes muy bajos. Un porcentaje menor (6.2%) señaló no saber dónde acudir. Las instituciones educativas no son identificadas como lugares de referencia donde acudir en caso de necesitarlo.

Gráfico 19. Lugares de referencia mencionados por las adolescentes para acudir en caso de situación de violencia, en porcentajes. Población urbana y suburbana, Uruguay.



Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

Casi una de cada tres adolescentes ha vivido una situación de violencia. Las adolescentes reconocen el maltrato físico como violencia, sin embargo el maltrato psicológico y el sexual son menos referidos. En caso de necesitar ayuda, las adolescentes refieren a la policía y comisarías como primer lugar de asistencia.

Se buscó indagar sobre experiencias de violencia de género que las adolescentes hubieran vivido alguna vez en su vida. 28,7% respondió afirmativamente frente a 62,3% que lo hizo de manera negativa y 9% rehusó contestar. El siguiente cuadro presenta la distribución por tipo de violencia.

Cuadro 3: Tipo de violencia vividas por las adolescentes, en porcentajes. Población urbana y suburbana, Uruguay.

| Tipo de violencia vivida | %     |
|--------------------------|-------|
| Física                   | 12 %  |
| Psicológica              | 12%   |
| Sexual                   | 0.5 % |
| Económica / Patrimonial  | 2.4%  |
| No vivió                 | 62 %  |

Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

En cuanto a los lugares donde pidieron ayuda frente a la situación vivida, la policía es mencionada en primer lugar (21.6%), seguida por un/a familiar (15%), Comisaría de la Mujer (6.8%) y profesional (5.7%). El centro de salud y la institución educativa no son referidas. Un tercio de las mujeres reportan no haber pedido ayuda.

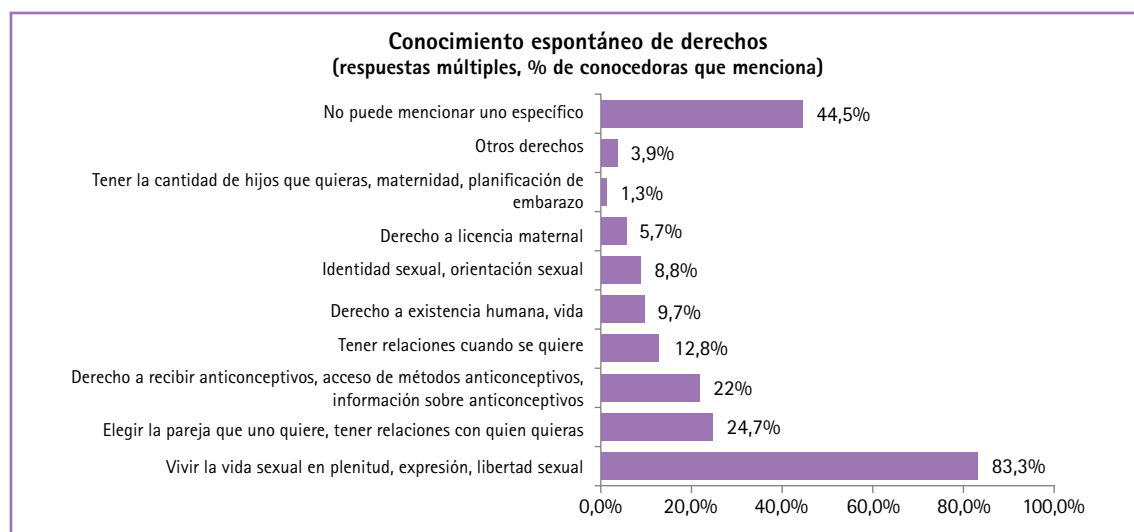
## CONOCIMIENTO DE DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

El estudio exploró la identificación de las mujeres de los derechos sexuales y reproductivos y de las normas vigentes que los garantizan. Se trató de una primera pregunta cerrada global sobre los derechos sexuales y los derechos reproductivos para luego, mediante preguntas abiertas, solicitarles que enumeraran tres derechos.

**Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son conocidos por menos de la mitad de las adolescentes. Los derechos vinculados con la vida sexual plena y placentera son los más identificados por las adolescentes.**

Ante la consigna "Existen una serie de derechos humanos relacionados con la sexualidad y la reproducción, denominados 'Derechos sexuales y derechos reproductivos', ¿ha escuchado hablar de estos derechos?", apenas 43% de las adolescentes respondió afirmativamente, lo cual resulta consistente con otras respuestas obtenidas en este estudio, como por ejemplo, los magros resultados respecto a información recibida en los servicios de salud sobre distintos componentes de la SSR. Que menos de la mitad de las adolescentes "haya escuchado hablar de estos derechos" es un dato que da cuenta que aún resta un largo proceso para el reconocimiento de los mismos, siendo que ha sido un área integrada en la Educación Pública a través de la ley general de Educación. Es interesante analizar las menciones que las mujeres realizaron a la hora de identificar espontáneamente tres derechos. Casi la mitad de las mujeres no pudo responder a la pregunta, lo cual es un dato relevante a considerar en tanto la identificación del término es un primer paso para la apropiación cognitiva de los derechos, que favorece los procesos de apropiación subjetiva, ejercicio y exigibilidad de los mismos.

Gráfico 20. Derechos sexuales y derechos reproductivos mencionados por las adolescentes, en porcentajes, respuestas múltiples. Población urbana y suburbana, Uruguay.



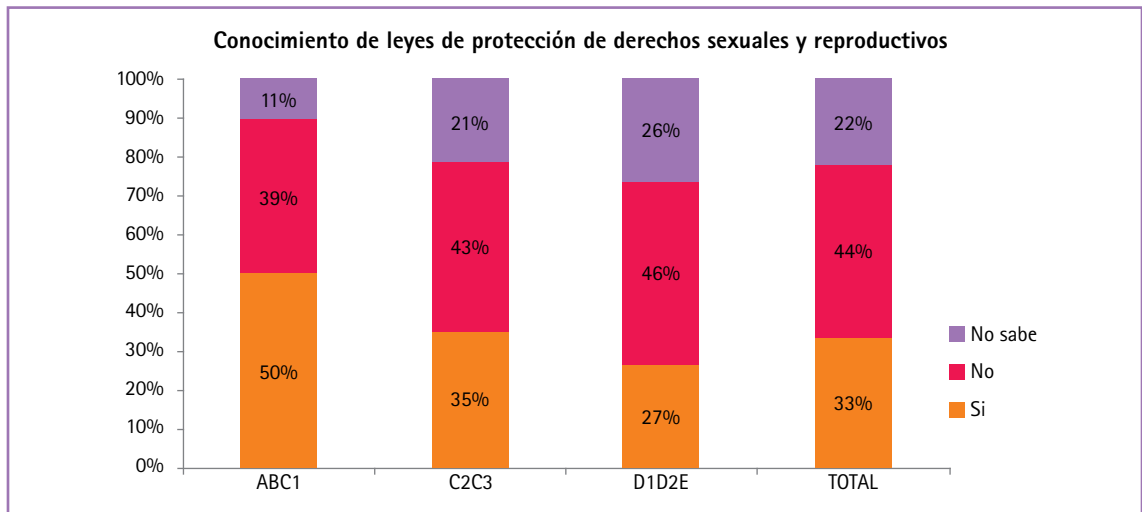
Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

Si analizamos los resultados, se puede observar que "vivir la sexualidad en plenitud y con libertad" es el derecho que concentra la mayoría de las respuestas, seguido en menciones por el "derecho a elegir la pareja", en porcentaje menor.

Es interesante constatar que los derechos sexuales son mencionados notablemente en mayor medida que los derechos reproductivos y que, a su vez, los son desde una perspectiva afirmativa de estos derechos, tal como señala Alice Miller (2002). A diferencia de las demandas evolucionistas que, según esta autora, buscan marcos protectores a los derechos (derecho a la no violencia, no discriminación sexual), este otro tipo de demandas son indicios de emancipación, reconocimiento y redistribución simbólica del sentido de las prácticas sexuales.

En consistencia con la información anterior, apenas un tercio de las adolescentes conocen la existencia de los marcos normativos que protegen y garantizan estos derechos, mientras que 44% de ellas los desconoce y 22% responde no saber. Si se analizan los resultados por niveles socioeconómicos, aquellas con nivel alto y muy alto conocen más, con 50 % de las respuestas, frente a las menos favorecidas, con 27%. Son éstas últimas quienes presentan porcentajes más elevados de no respuesta.

Gráfico 21. Conocimiento de marco normativo vigente sobre Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos por nivel socioeconómico, en porcentajes, respuestas múltiples. Población urbana y suburbana, Uruguay.



Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.



## CONCLUSIONES



Los resultados aportados por este estudio son importantes en la medida que permiten evidenciar el impacto de algunas desigualdades sociales en el campo de la salud sexual y reproductiva de las adolescentes, generando brechas en el acceso a la información, los recursos y los servicios disponibles.

En primer lugar, la edad media de inicio sexual se ubica en 16 años, descendiendo en aquellas con rezago escolar, quienes tienen hijos/as y las de nivel socioeconómico bajo y muy bajo. Las adolescentes reportan un adecuado conocimiento de métodos anticonceptivos modernos, así como dónde acceder a ellos. Una amplia mayoría lo han usado en su primera relación sexual así como en la última mantenida. El preservativo o condón masculino ocupa el primer lugar de preferencia, al cual le siguen las pastillas, si bien con guarismos más bajos. Sin embargo, más de la mitad de ellas no acude a su servicio de salud para acceder al método y lo resuelven, en su mayoría, a través de farmacias o comercios. Persisten dificultades para negociar el uso de preservativos con la pareja, así como para acordar el método a utilizar. El centro educativo público es referido por las adolescentes como el principal lugar donde acceder a información sobre anticoncepción.

Las adolescentes consultan con ginecólogo/a o servicio de salud por motivos de salud sexual y reproductiva una vez que se han iniciado sexualmente, pero además lo hacen en baja medida; en particular se debe consignar la baja referencia a los Espacios Adolescentes. Quienes se han iniciado sexualmente, se han realizado el PAP en porcentajes muy bajos. Si bien se destaca un reporte elevado de conocimiento de VIH/sida, no se puede afirmar lo mismo respecto a la sífilis y al HPV. En este último caso, el nivel de conocimiento es muy bajo. Igualmente, en el caso del VIH los niveles de desinformación, las creencias y los prejuicios son importantes y deben ser materia de políticas preventivas, en la medida que operan como factores de riesgo frente a la infección.

La respuesta de los servicios de salud parecería aún estar lejos de las necesidades y demandas de esta población. En primer lugar, las adolescentes mencionan recibir escasa información sobre distintos asuntos de la salud sexual y reproductiva. A su vez, el servicio de salud no es percibido como un espacio al cual acudir en caso de situaciones de violencia o para acceder a los métodos anticonceptivos. En el caso de situaciones de violencia de género, las adolescentes reconocen a la comisaría y la policía como los espacios donde pedir ayuda. En el caso de los métodos, la información la obtienen en los centros educativos públicos y el insumo, directamente en farmacias. En este sentido, cabe analizar las barreras funcionales, culturales y organizativas de los servicios de salud que inhiben y/o dificultan el acceso de las adolescentes. Es evidente que para ellas el servicio de salud es un lugar de referencia si se trata de atender el embarazo, pero no así si se trata de obtener información y asesoramiento profesional frente al inicio de la vida sexual, para elegir el método anticonceptivo o frente a una situación de violencia de género, por ejemplo.

Se observan diferencias en el comportamiento sexual y reproductivo por estratos sociales. El estudio confirma que la desigualdad socioeconómica es un trazador en el campo de la salud sexual y reproductiva, condicionando las posibilidades de acceso a información, recursos y condiciones subjetivas y sociales para la toma de decisiones. A su vez, las brechas de género y clase se potencian para generar en las adolescentes más desfavorecidas escasas oportunidades para revertir sus condiciones en materia de ejercicio de derechos sexuales y reproductivos.

Finalmente, los derechos sexuales y los reproductivos son conocidos apenas por la mitad de las adolescentes. La mitad de quienes sí mencionaron conocerlos pudieron dotarlos de contenido. Allí es destacable que el derecho "a vivir plenamente la sexualidad, con libertad" sea la primera referencia con la gran mayoría de las menciones. Ahora bien, ¿podemos afirmar que estamos frente a un escenario de transformaciones de las relaciones de género y sexualidad? Es decir, ¿podemos sospechar que estos resultados auguran avances significativos en el reconocimiento de estos derechos por parte de las adolescentes que los identifican? ¿Cómo se interpretan estos resultados a la luz de otros obtenidos en este estudio que parecen contradictorios con estos postulados? El derecho a decidir cuántos hijos o hijas tener y cuándo tenerlos/as apenas es mencionado por las mujeres.

¿Cómo se interpreta este dato a la luz de los otros resultados obtenidos? Seguramente será necesario ahondar en los significados contenidos en las respuestas brindadas por parte de las adolescentes. Estudios de corte cualitativos, en profundidad, pueden contribuir a alumbrar algunos de los asuntos críticos que se pueden observar.

Pero, más allá de futuros estudios, con la información hoy disponible se pueden identificar algunas pautas a ser consideradas en las políticas integrales dirigidas a la población de mujeres adolescentes. Entre ellas podemos mencionar el desarrollo de iniciativas que busquen transformar los mandatos y estereotipos de género y su impacto en la vida sexual y reproductiva de las adolescentes; el diseño de una respuesta institucional desde el sector salud sensible al género y adecuada a las características y necesidades propias de esta etapa de la vida; incentivar las políticas de educación sexual en el sistema educativo, pues éste es el escenario de referencia para las adolescentes; incrementar acciones transversales de promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de adolescentes, los cuales aún resultan poco visibles para esta población, entre otras.

## REFERENCIAS



Amorín, Carril y Varela (2006) Significados de maternidad y paternidad en adolescentes de sectores medios de Montevideo. En: López Gómez, A. (coord.). Proyecto Género y Generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya. Estudios cualitativos. Montevideo: Ediciones Trilce, UNFPA.

De Francisco, Dixon-Mueller, d'Arcanges (2007) Investigación en salud sexual y reproductiva en países de ingresos medios. Ginebra: Global Forum for Health Research.

Ferré, González, Rossi y Triunfo (2005) Los jóvenes en Uruguay: salud y redes sociales. Uruguay 2004. Documento de trabajo N° 05/05. Montevideo: Departamento de Economía de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

Filardo, V (2011) Transiciones a la adultez y educación. En: Filgueiras y Mieres (ed) Jóvenes en tránsito. Oportunidades y obstáculos en las trayectorias hacia la vida adulta. Montevideo: UNFPA, Rumbos.

Guchin, M y Meré JJ (2004) Jóvenes, sexualidad y VIH/Sida en Uruguay. Conocer para prevenir. Montevideo: Iniciativa Latinoamericana, UNESCO.

López Gómez, A. (coord.). (2006) Proyecto Género y Generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya. Estudios cualitativos. Montevideo: Ediciones Trilce, UNFPA.

López Gómez, A. (coord.). Adolescentes y sexualidad. Significados, discursos y acciones en Uruguay. Un estudio retrospectivo 1995-2004. Montevideo: Facultad de Psicología, UdelaR.

Miller, A. (2002) Las demandas por los derechos sexuales. En III Seminario Regional, Derechos Sexuales, Derechos Reproductivos, Derechos Humanos. Lima: CLADEM, 121-140.

Ministerio de Salud Pública (2011). Informe de línea de base sobre servicios de salud sexual y reproductiva. Iniciativas Sanitarias, MSP, Montevideo.

Opertti, R.; Villagrán, A. y otros (1991). Encuesta CACP. Proyecto: Relaciones sexuales de pareja, conocimientos, actitudes, creencias y prácticas concernientes a la infección por VIH/SIDA. Uruguay. MSP/OPS- OMS.

Opertti, R.; Villagrán, A. y otros (1992). Encuesta CACP. Proyecto: Relaciones sexuales de pareja, conocimientos, actitudes, creencias y prácticas concernientes a la infección por VIH/SIDA. Uruguay. MSP/OPS- OMS.

Osimani, M.L.; Latorre, L. y otros (1999). Conocimientos, prácticas y actitudes en SIDA y drogas, CAPs en una población de Montevideo. Montevideo. MSP- PNS- AMEPU- IDES.

Portillo, J. (1992) La sexualidad de los adolescentes. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de los adolescentes de Montevideo, según clase social y distribución en el espacio urbano. Montevideo. Ediciones de la Banda Oriental, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Rossel, C (2009) Adolescencia y juventud en Uruguay: elementos para un diagnóstico integrado. Viejas deudas, nuevos riesgos y oportunidades futuras. Documento elaborado como insumo para el Primer Plan Nacional de Juventud, INJU-Mides. Montevideo.

Varela C. (coord.) (2008) Demografía de una sociedad en transición. La población uruguaya a inicios del siglo XXI, Montevideo: UNFPA, UdelaR, Ed. Trilce.

Varela y Fostik, A. (2011) Maternidad en la adolescencia en el Uruguay: ¿incorporación anticipada y precaria a la vida adulta? Disponible en: [http://www.fcs.edu.uy/archivos/Mesa\\_52\\_Varela%20y%20Fostik.pdf](http://www.fcs.edu.uy/archivos/Mesa_52_Varela%20y%20Fostik.pdf)

Varela, Fostik y Fernández Soto (2012) Maternidad en la juventud y desigualdad social. Cuadernos de UNFPA Año 6, N° 6. Montevideo: UNFPA.

En el período 2011–2012, MYSU implementó el estudio “Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas en edad reproductiva”, a través de su Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. El estudio tuvo como propósito generar información sobre distintos componentes de la salud sexual y reproductiva, en términos de demandas y necesidades y acceso a servicios, en mujeres de entre 15 y 49 años de edad del país urbano. El relevamiento de la información incluyó una muestra adicional de mujeres adolescentes, de entre 15 y 18 años, para poder realizar un tratamiento específico de los resultados de este grupo poblacional.

El estudio ofrece evidencias sobre asuntos relevantes para la vida de las adolescentes, tales como iniciación y vida sexual, acceso a información y uso de métodos anticonceptivos, prácticas preventivas de cuidado en salud sexual y reproductiva, vida reproductiva, violencia doméstica y sexual y acceso a servicios de salud, considerando las diferencias por nivel educativo, nivel socioeconómico y residencia.

La publicación de este informe, dedicado específicamente a los resultados obtenidos sobre la población adolescente, permite acceder a conocimiento actualizado y novedoso destinado a dar visibilidad y tratamiento al impacto de las desigualdades sociales en el acceso y goce del derecho a la salud sexual y reproductiva de las adolescentes uruguayas.



**mYSU** MUJER Y SALUD  
EN URUGUAY

Esta publicación fue  
realizada con el apoyo de



Fondo de Población  
de las Naciones Unidas



Naciones Unidas Uruguay  
Unidos en la Acción