Descenso acelerado de la fecundidad en Uruguay entre 2015 y 2018

Tres estudios para su análisis



UNFPA

Ministerio de SALUD

© 2019 Los autores

© 2019 UNFPA

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

Para citar la publicación:

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 y Universidad de la República.

Para citar individualmente los trabajos:

López 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 período 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 y Universidad de la República.

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 (2019). *Descenso acelerado de la fecundidad en Uruguay entre 2015 y 2018. Tres estudios para su análisis*. Montevideo: UNFA, MSP y Universidad de la República.

Ceni, R.; Parada, C.; Perazzo, I. y Sena, E. (2019). Estudio sobre el vínculo entre el descenso de la fecundidad y el ofrecimiento de implantes subdérmicos a las usuarias de la Administración de los Servicios de Salud del Estado. Uruguay, 2014-2018. 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 y Universidad de la República.

Corrección de estilo, diseño y diagramación: Versión Inédita

Imagen de tapa: abstract-art-artistic-background-blur-bright-1562119-pxhere.com.jpg con licencia CCo de dominio público libre para uso personal y comercial y sin requerimiento de atribución de autoría

Edición amparada en el Decreto 218/996

Depósito legal: 376.609

ISBN: 978-92-95114-02-9

Imprenta Rojo S.R.L.

Se terminó de imprimir en Montevideo, en octubre de 2019

DESCENSO ACELERADO DE LA FECUNDIDAD EN URUGUAY ENTRE 2015 Y 2018.

TRES ESTUDIOS PARA SU ANÁLISIS

UNFPA

Ministerio de SALUD

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA URUGUAY

Agradecimientos

Los autores de este documento queremos agradecer la celeridad y buena disposición de Ima León, directora de Gestión de la Información del MSP para proporcionarnos la información del Certificado del Nacido Vivo y del Sistema Informático Perinatal. Agradecemos también, por las mismas razones, a Adriana Misa, María Inés Figueroa, Leticia Rodríguez y Carina Viejo, del Departamento de Estadísticas Vitales (MSP).

Alejandra López Gómez, Nicolás Brunet y Martín Couto agradecen a los/as expertos que participaron de las entrevistas y en el grupo focal. Su aporte fue muy valioso para ampliar la discusión sobre los factores implicados en la baja de la fecundidad en nuestro país.

En el trabajo de Wanda Cabella, Ignacio Pardo y Mathías Nathan, Amand Blanes hizo una minuciosa y acertada lectura de una versión preliminar, aportando comentarios valiosos para mejorar el documento final. Como suele decirse, los errores u omisiones son nuestra responsabilidad. Por último, queremos agradecer a Julieta Bengochea del Programa de Población, por sus comentarios y precisiones a la versión final.

Po su parte, Rodrigo Ceni, Cecilia Parada, Ivone Perazzo y Eliana Sena agradecen a los asistentes al seminario del Grupo de Estudios de Familia y a Bibiana Lanzilotta.

Contenido

Prólogo 7

Introducción 9

Estudio sobre descenso de la fecundidad y factores explicativos en Uruguay 2015-2017: políticas públicas implementadas en el período analizado,
Alejandra López Gómez, Nicolás Brunet y Martín Couto 11

1. Introducción 13
2. Uruguay y las políticas de salud sexual y reproductiva 15
3. Síntesis: posible incidencia de estas políticas en el descenso de la fecundidad 27
4. Referencias bibliográficas 29

La caída de la fecundidad en Uruguay entre 2015 y 2018,
Wanda Cabella, Mathías Nathan e Ignacio Pardo 33

I. Introducción 35
2. Fuentes de información 38
3. Evolución de la natalidad entre 1996 y 2018 40
4. Evolución de la fecundidad 43
5. Tasas específicas de fecundidad por edad 46
6. La evolución reciente de los nacimientos por orden 52
7. La evolución reciente de la fecundidad según nivel educativo de las mujeres 58
8. La evolución reciente de la fecundidad según el departamento de residencia de la madre 63
9. Comentarios finales 66
10. Referencias bibliográficas 69

Estudio sobre el vínculo entre el descenso de la fecundidad y el ofrecimiento de implantes subdérmicos a las usuarias de la Administración de los Servicios de Salud del Estado. Uruguay, 2014-2018,
Rodrigo Ceni, Cecilia Parada, Ivone Perazzo y Eliana Sena 71

1. Introducción 72

2. Análisis descriptivo y datos 75
3. Estrategia empírica 88
4. Resultados 90
5. Comentarios finales 98
6. Referencias bibliográficas 100
Anexo 101

En suma 103

Prólogo

En los últimos quince años Uruguay ha hecho avances significativos en la construcción y profundización de un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) enmarcado en una reforma del sector que implicó un cambio de paradigma respecto a los modelos de atención, gestión y financiación.

A su vez, se han desarrollado legislación y políticas clave en el campo de la salud vinculadas a los derechos sexuales y reproductivos y a la igualdad de género.

A partir de un conjunto de problemas de salud de la población, priorizados según criterios de magnitud y relevancia, el Ministerio de Salud Pública definió para el período 2015-2020 Objetivos Sanitarios Nacionales con el propósito de orientar el logro de resultados concretos y medibles, en el marco de las perspectivas de derechos, género y generaciones. En su definición se tuvieron presentes las prioridades planteadas por el plan de gobierno y los compromisos internacionales asumidos por el país. De este modo, se generó una nómina inicial de problemas críticos sobre los que se trabajó y se sigue trabajando, varios de los cuales refieren al campo de la salud reproductiva.

En estos años el país ha obtenido resultados concretos de las diversas políticas que se han implementado al respecto, evidenciados con total transparencia gracias a una mejora sustantiva de los sistemas de registro con los que cuenta en la actualidad el sector salud.

Específicamente, se han obtenido logros importantes en la reducción del embarazo adolescente no intencional, fenómeno que constituía una verdadera deuda histórica del país, de acuerdo a su grado de desarrollo.

La reducción de la fecundidad adolescente, si bien ha acompañado al descenso de la fecundidad general que el país viene experimentando, no la explica en su totalidad. La magnitud del descenso de la cantidad de hijos por mujer y la velocidad con que esto viene ocurriendo en Uruguay han motivado diversas instancias de coloquios que, con participación de la academia, de representantes de organismos públicos y de la cooperación internacional, han buscado analizar y comprender las causas que lo determinan.

En este informe se presenta el resultado de los estudios realizados, que, sin agotar el tema, brindan información clave para la comprensión de los procesos, nutriendo a la política pública de evidencia para su diseño e implementación.

Jorge Basso
Ministro de Salud Pública

Introducción

Uruguay es un país con patrones demográficos que lo alejaron tempranamente del comportamiento de la mayoría de los países latinoamericanos y lo acercaron al de los países industrializados. Uno de ellos es la precoz caída de la tasa global de fecundidad. Mientras que a comienzos del siglo XX se registraba un promedio de seis hijos por mujer, en 1950 el promedio ya era menor a los tres hijos, lo cual correspondía a una etapa avanzada de la transición de la fecundidad, en el marco de la transición demográfica. A comienzos del siglo XXI la tasa global de fecundidad llegó al nivel de reemplazo poblacional, un umbral que se estima en 2,1 hijos por mujer.

A partir de 2016 se produjo una importante caída de la fecundidad en Uruguay, luego de una década de estabilidad relativa: en 2018 hubo 40.139 nacimientos, 8787 menos que los ocurridos en 2015. Si bien varios países de la región vienen experimentando un descenso de la natalidad y de la fecundidad, el caso uruguayo presenta una serie de características que lo colocan en un lugar muy particular que requiere ser estudiado y comprendido de mejor manera. Estas peculiaridades son la extrema velocidad con que se produjo el descenso y la imposibilidad de identificar un único factor desencadenante. Además, es de especial interés la reducción específica de los nacimientos de hijos de madres adolescentes y muy jóvenes, al punto que el 50 % del descenso se explica por la caída de la fecundidad entre los 15 y 23 años de edad. En 2018 la fecundidad adolescente fue de 36 ‰. Así el país alcanzó su mínimo histórico, se alejó del promedio de Latinoamérica, ubicado en 67 ‰, y puso fin a diez años de estancamiento del indicador a nivel nacional.

Por todo ello, el Ministerio de Salud Pública (MSP) solicitó apoyo al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) para hacer una serie de estudios que ayudaran a la comprensión del fenómeno y brindaran insumos para las políticas públicas. Es así que se realizaron los siguientes estudios, que se presentan en esta publicación:

- Cabella, W.; Nathan, M. y Pardo, I. (2019). *La caída de la fecundidad en Uruguay entre 2015 y 2018*. Montevideo: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

- López Gómez, A.; Brunet, N. y Couto, M. (2019). *Estudio sobre descenso de la fecundidad y factores explicativos en Uruguay 2015-2017*. Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad de la República.
- Ceni, R.; Parada, C.; Perazzo, I. y Sena, E. (2019). *Estudio sobre el vínculo entre el descenso de la fecundidad y el ofrecimiento de implantes sub dérmicos a las usuarias de ASSE. Uruguay 2014-2018*. Montevideo: Facultad de Ciencias Económicas y de Administración, Universidad de la República.

Al final del documento se incluye un apartado que resume las conclusiones principales de los tres estudios.

Estudio sobre descenso de la fecundidad y factores explicativos en Uruguay 2015-2017: políticas públicas implementadas en el período analizado

Alejandra López Gómez

Nicolás Brunet

Martín Couto

Agosto de 2019

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

1. Introducción

El presente capítulo fue elaborado por el Programa Género, Salud Reproductiva y Sexualidades del Instituto de Psicología de la Salud de la Facultad de Psicología, Universidad de la República en el marco del *Estudio sobre descenso de la fecundidad y factores explicativos en Uruguay 2015-2017*, que tuvo como objetivo general «describir y explorar factores explicativos de la caída de los nacimientos en Uruguay entre 2015 y 2017».

Para el componente objeto de este capítulo se definieron dos objetivos específicos: «1. Describir la evolución reciente de las medidas de política pública que pudieron haber influido sobre este descenso; y 2. Explorar la implementación, grado de aceptación y resultados de estas medidas, como primer paso de una evaluación integral de su impacto sobre las decisiones reproductivas».

Fueron elegidas tres políticas públicas específicas para su descripción, tomando en cuenta dos aspectos: a) considerando la hipótesis de que son las que pueden haber influido más en el descenso de la fecundidad que se pretende explicar y b) que se trata de políticas cuya implementación se inició en los últimos cinco años. Las políticas seleccionadas fueron la incorporación del implante anticonceptivo subdérmico a la oferta anticonceptiva de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE); el diseño y la implementación de la Estrategia Nacional e Intersectorial de Prevención del Embarazo no Intencional en Adolescentes, y la puesta en marcha de los servicios de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Para la concreción de los objetivos específicos mencionados se utilizó un abordaje cualitativo, de tipo descriptivo y exploratorio. En cuanto a las técnicas aplicadas, se hizo un análisis de la normativa nacional específica, de los documentos programáticos de política pública, de los documentos de trabajo de los organismos encargados de implementar las políticas y de los informes de resultados de investigación nacional; se realizaron entrevistas semiestructuradas en profundidad a seis informantes clave, y se organizó un panel de expertos de manera de discutir los resultados obtenidos en el análisis documental y en el intercambio con informantes calificados y las hipótesis que de allí surgieron.

Se entrevistaron en total seis informantes integrantes o exintegrantes de áreas programáticas del Ministerio de Salud Pública (MSP), de ASSE, del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Uruguay. Por su parte, el panel de expertos convocó a responsables de gestionar servicios de salud y profesionales de la salud vinculados a la atención directa en los servicios. Tanto las entrevistas como el panel de expertos fueron grabados para su posterior desgrabación, sistematización y análisis, con el consentimiento de los participantes. Sobre la base de las normas éticas de protección de los sujetos que participan de las investigaciones vigentes a nivel nacional, se toma el criterio de preservación de la identidad de los informantes y la confidencialidad de la información. La información se recolectó entre setiembre y noviembre de 2018.

En el siguiente apartado se presentan los resultados y el análisis integrado de lo que surge de los documentos y lo aportado por los informantes, mediante una descripción densa de las políticas seleccionadas. El análisis incluye la construcción del problema público detectado que da origen a cada política, su formulación, los organismos encargados de implementarla, así como el grado en que efectivamente se aplicaron y su evaluación.

2. Uruguay y las políticas de salud sexual y reproductiva

En este apartado se presentan los antecedentes más relevantes de las políticas de salud sexual y reproductiva (SSyR) del país hasta 2010. Posteriormente, se describe la evolución general de las políticas desde 2010 para luego describir cada una de las tres políticas seleccionadas: incorporación de implantes anticonceptivos subdérmicos, Estrategia Nacional e Intersectorial de Prevención del Embarazo no Intencional en Adolescentes e IVE.

2.1. Antecedentes de políticas en salud sexual y reproductiva hasta 2010

Como antecedentes de políticas en SSyR en Uruguay en el siglo XX puede mencionarse el derrotero del aborto en el país, así como los primeros mecanismos de provisión de métodos anticonceptivos (MAC). En cuanto al aborto, este fue despenalizado tempranamente en Uruguay, en 1934, aunque dicho cambio legal estuvo vigente solo hasta 1938, fecha en que se volvió a penalizar, excluyendo al aborto inducido realizado por cuatro causales: honor, violación, causas graves de salud y «angustia económica»[1] (Sapriza, 2011). En 1985, con el retorno a la democracia, el tema volvió a estar en la agenda de debate público con una presencia cada vez más relevante, lo que tuvo su correlato en la presentación de proyectos de ley sobre aborto en todas las legislaturas desde 1985 (Johnson, 2011).

Por su parte, la primera iniciativa de provisión de MAC en el país fue desarrollada por la extinta Asociación Uruguaya de Planificación Familiar e Investigación en Reproducción Humana (AUPFIRH). Esta asociación convenió con el MSP, por lo que estos servicios brindados por la sociedad civil fueron también parte de una política estatal. En la década del noventa se sumaron a esta iniciativa otros servicios en el marco de dos programas desarrollados por el MSP y la Intendencia de Montevideo (IM) (López Gómez, Benia, Contera y Güida, 2003).

1 Ley 9763, disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/9763-1938> [Consultado el 2/2/2019].

Entrado el siglo XXI existen dos antecedentes de importancia relativos a la SSyR. En primer lugar, la aprobación, en 2002, de la Ley 17514 de Erradicación de la Violencia Doméstica.[2] En segundo lugar, la denuncia del incremento de muertes por aborto inducido en condiciones de riesgo (Briozzo, Vidiella, Vidarte, Ferreiro, Pons y Cuadro, 2002) llevó a que el MSP aprobara la Ordenanza 369/004 en 2004, que estableció la obligatoriedad del asesoramiento pre- y pos aborto, y que fuera redactada entre la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, el Sindicato Médico del Uruguay y la Sociedad de Ginecotocología del Uruguay.

Por su parte, entre 2005 y 2010 un conjunto de resoluciones establecieron la obligatoriedad para los prestadores de salud de brindar algunos componentes de SSyR o de disminuir los costos de las prestaciones: se crearon servicios de atención en violencia doméstica y espacios de atención para adolescentes y se exoneró el pago de estudios paraclínicos de control de embarazo, PAP y mamografías.

Es importante anotar la creación del SNIS en 2007 por la Ley 18211,[3] que define el primer nivel de atención, espacio donde estará ubicada la mayor parte de los servicios de SSyR vinculados a promoción, prevención y asesoramiento. A su vez, en 2008 fue aprobada por el Parlamento la Ley 18426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva,[4] que reconoce a los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos y fija en el Estado la responsabilidad de garantizar condiciones para su pleno ejercicio. Dicha ley fue reglamentada por el Decreto 293/010,[5] que establece la obligatoriedad para los prestadores de salud de contar con servicios de SSyR desde 2011, así como la ubicación preponderante de estos en el primer nivel de atención del SNIS.

2 Ley 17514, disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17514-2002> [Consultado el 2/2/2019].

3 Ley 18211, disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007> [Consultado el 3/2/2019].

4 Ley 18426, disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008> [Consultado el 2/2/2019].

5 Decreto 293/010, disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/293-2010> [Consultado el 3/2/2019]

También, antes de 2010 se inició la implementación de la educación sexual por parte de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP) (Benedet y López Gómez, 2015) y luego se incluyó dentro de la Ley General de Educación, 18437.[6]

2.2. Evolución general de las políticas en salud sexual y reproductiva (2010-2017)

En este apartado se presentarán sucintamente algunos datos sobre las políticas de SSyR en el período 2010-2017 que no estarán comprendidos en los apartados siguientes. En cuanto a antinconcepción, es de subrayar que en la Ley de Presupuesto Quinquenal aprobada en 2010 se incluyó la compra por parte del Estado de MAC para los servicios del SNIS (Ley 18719).[7] También es importante señalar la obligación de los prestadores de salud de brindar una canasta básica de anticonceptivos (incluyendo condones masculinos), así como la incorporación de la ligadura tubaria y la vasectomía como prestaciones obligatorias en 2011 (Decreto 9/011 del MSP).[8] A su vez, en 2012 se agregó el dispositivo intrauterino (DIU) con el mismo carácter gratuito.

En 2012 se implementaron iniciativas en relación con la atención del embarazo, del parto y del puerperio: se desarrolló un Plan Integral de Salud Perinatal y Primera Infancia, se regularon las maternidades y se implementó una nueva historia clínica en el marco del Sistema Informático Perinatal (SIP).

En 2013 fue aprobada la Ley 19.167[9] de Fertilización Humana Asistida, por la cual se obliga al Estado a garantizar que estas técnicas sean ofrecidas en el SNIS.

En 2015 el MSP define los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) 2020 con un enfoque centrado en las personas, sus derechos y los determinantes sociales de la salud. Los OSN se organizan en cinco objetivos estratégicos que

6 Ley 18437, disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18437-2008> [Consulado el 3/2/2019].

7 Ley 18719, disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18719-2010> [Consultado el 3/2/2019].

8 Decreto 9/011 del MSP, disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/9-2011> [Consultado el 3/2/2019].

9 Ley 19167, disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19167-2013> [Consultado el 3/2/2019].

incluyen componentes de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Incluyen en el área de intervención 39 al embarazo en la adolescencia, que incluye mayormente medidas sobre anticoncepción para este segmento de la población (MSP, 2016). Finalmente, el MSP plantea como meta asistencial optativa (por la que se define un pago adicional a los prestadores en función de su cumplimiento) la definición de protocolos de atención del embarazo adolescente en los prestadores del SNIS. Dicha meta fue elegida por cinco efectores privados y por el prestador más grande del país (ASSE), y fue puesta en práctica a partir de 2017.

2.3. Incorporación de los implantes anticonceptivos subdérmicos a la oferta de métodos

En 2013 el MSP resolvió iniciar el proyecto piloto «Introducción de implantes anticonceptivos subdérmicos en Uruguay: estudio piloto sobre aceptación y desempeño clínico de los implantes utilizados en servicios de salud» para evaluar la incorporación de implantes anticonceptivos subdérmicos a la canasta de métodos anticonceptivos ofrecida. Esta iniciativa se desarrolló en una alianza estratégica con ASSE, Iniciativas Sanitarias, el UNFPA y su socio implementador Reprolatina. Se enmarcó en la política de aumentar la accesibilidad a anticoncepción de calidad por parte de la población, y previamente implicó asegurar que los prestadores de salud ofrecieran una canasta gratuita o con bajo precio para la población usuaria mediante la compra de MAC, la mejora en la gestión de su provisión, la capacitación del personal para la mejora de la calidad del asesoramiento brindado y, finalmente, la ampliación de las opciones ofrecidas, dentro de la que se enmarca la incorporación de los implantes. El Cuadro 1 resume los principales hitos de este programa.

A su vez, según las personas entrevistadas, la incorporación de un nuevo MAC fue utilizada para reforzar en los servicios y entre los profesionales de la salud el trabajo en torno a derechos sexuales y reproductivos y perspectiva de género.

Cuadro 1.
Incorporación de los implantes anticonceptivos subdérmicos. Hitos principales

Fecha	Hito
2013	Inicia un proceso de evaluación de aceptabilidad y desempeño clínico de los implantes anticonceptivos subdérmicos para establecer una recomendación sobre la introducción de los implantes a la canasta de MAC en Uruguay
2013	El UNFPA dona al MSP 3000 implantes anticonceptivos subdérmicos para proyecto piloto
2014	MSP inicia estrategia piloto en centros de salud de ASSE para incorporar implantes anticonceptivos subdérmicos con apoyo de Iniciativas Sanitarias y del UNFPA
2015-2017	Aumenta la demanda de implantes[10]

Fuente: elaboración propia

Esta iniciativa, entonces, fue parte de una estrategia para ampliar la canasta de métodos disponibles, con atención a sus déficits. Esto explica que para tal ampliación se haya elegido un método de larga duración y reversible, en la medida en que el único método de estas características que se ofrecía hasta ese momento era el DIU. Todos los informantes coinciden en subrayar la baja aceptación de este método por parte de las usuarias, debido a la existencia de una percepción negativa sobre él. La literatura científica internacional señala que si se realizan procesos virtuosos de asesoramiento las personas prefieren métodos de larga duración y que, dentro de estos, los implantes anticonceptivos ocupan un lugar central por su mayor efectividad frente a los métodos hormonales de corta duración (Winner, Peipert, Zhao, Buckel, Madden, Allsworth y Secura, 2012) así como por mayores niveles de satisfacción (Pérez Parra, Ortega Blanco, Ovies Carballo y Pérez Vives, 2001; Petrelli y Mauricio, 2003; Zuleta, 2008; Gómez Sánchez y Pardo, 2010).

A partir de la donación del UNFPA de tres mil implantes subdérmicos, fueron capacitados los equipos de 14 centros de salud (7 en Montevideo y 7 en el interior del país)[11] para ofrecer los implantes dentro de la canasta de MAC. Se

10 Semestre 2 de 2015: 6950; semestre 2 de 2016: 10.750; semestre 1 de 2017: 12.800 (Fuente: MSP).

11 Los centros de salud donde se realizó el piloto fueron: Servicio de Salud Sexual y Reproductiva del Centro Hospitalario Pereira Rossell, Centro de Salud Ciudad Vieja, Centro de

tuvo en cuenta el objetivo de ampliar la accesibilidad a la anticoncepción, por lo que la incorporación de los implantes en los 14 centros seleccionados implicó asegurar desde ASSE la disponibilidad de todos los métodos ofrecidos en la canasta. Al mismo tiempo se hizo particular hincapié en que los equipos de salud debían realizar una asesoría integral a las usuarias, ofreciendo todos los métodos disponibles sin limitarse al nuevo método incorporado. De esta manera se buscó ampliar la capacidad de elección de las usuarias.

El piloto, tal como fue diseñado, implicaba la construcción de una línea de base así como el seguimiento a los seis meses y al año de colocación del implante a las usuarias que optaran por él.

La idea de realizar el piloto en ASSE obedeció a que se trata del mayor prestador de servicios públicos de salud del país, quien ha sido socio estratégico del MSP en los avances en prestaciones de SSyR, al tiempo que se ubicó dentro del primer nivel de atención, donde médicos de familia y obstetras parteras eran quienes colocaban el implante.

El piloto, tal como fue diseñado, no pudo concluirse debido a la alta demanda de implantes por parte de la población usuaria, lo que hizo que los centros incluidos en esta experiencia se convirtieran en lugares de referencia para el acceso y la colocación de implantes dentro de ASSE. Así, antes de terminar el piloto fue necesario aumentar la oferta de implantes para cubrir una demanda que siempre fue mayor a la oferta hasta 2017, según ASSE. Es decir que el inicio del proceso de generalización de la presencia de implantes en la canasta fue anterior a la evaluación planificada como resultado del piloto.

Los resultados cuantitativos del piloto para Montevideo[12] señalan que se colocaron 1581 implantes de mayo a diciembre de 2014. A su vez, 24,8 % de las usuarias a las que se les colocó el implante eran adolescentes, entre las cuales 88 % ya eran madres. Se logró dar seguimiento a 1185 usuarias, de las cuales un 91,7 % completó un año de uso y las restantes se lo retiraron antes (Aguirre y otros, 2017). El nivel de no extracción de 91,7 % en el primer año sería indicativo de la adhesión que genera este método de larga duración.

En cuanto a los resultados cualitativos del piloto, los profesionales en general señalaron que «el implante es un MAC apropiado para cualquier mujer independientemente de su condición y edad, incluida la población adolescente y joven», es decir que se destaca la opinión favorable de los profesionales participantes del piloto en cuanto a la incorporación del implante a la canasta de MAC (López Gómez, Pascoll, Farías y Micol, 2016, p. 63).

La colocación de implantes (según datos del MSP) ha ido en aumento desde el inicio del piloto hasta 2017 (más de cincuenta mil hasta esa fecha). Las personas entrevistadas señalaron que próximamente se extenderá la provisión de implantes en los prestadores privados de salud a través de su incorporación en el Plan Integral de Atención en Salud por parte del MSP.

2.4. Implementación de los servicios de interrupción voluntaria del embarazo en el Sistema Nacional Integrado de Salud

Luego de décadas de debate social y político fue aprobada en 2012 la Ley 18987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo,[13] promulgada y reglamentada en ese año y aplicada desde 2013. La ley habilita la realización de abortos inducidos en el SNIS hasta las doce semanas de gestación (catorce semanas en el caso de violación y sin plazo para riesgo de vida o de salud y malformaciones incompatibles con la vida extrauterina) y siempre y cuando la usuaria cumpla con determinados requisitos vinculados a la ruta que debe transitar dentro de los servicios de salud. El Cuadro 2 presenta los principales hitos de la implementación de la Ley 18987 en el SNIS.

El Decreto reglamentario de la ley (375/012)[14] definió mediante la sigla IVE seguida de un número a la serie de consultas obligatorias establecidas en

Salud Santa Catalina, Centro de Salud 19 de Abril, Centro de Salud Misurraco, Centro de Salud Maroñas, Policlínica de Ginecología de ASSE y la Unidad Docente Asistencial de Medicina Familiar del Hospital Saint Bois, Hospital Las Piedras, Policlínica Salvador Allende (Canelones Este), Centro de Salud Bella Unión, Centro de Salud Artigas, Centro de Salud Dr. José Royol (Rivera), Policlínica Hugo Román (Florida), Centro de Salud Fray Bentos y Centro de Salud Paysandú.

12 No fue posible acceder a información sobre resultados de este tipo para el interior del país.

13 Ley 18987 disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012> [Consultado el 10/2/2019].

14 Decreto 375/012 disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/375-2012> [Consultado el 10/2/2019].

el texto legal. La consulta IVE 1 corresponde al momento inicial en que la mujer acude a un servicio de salud a expresar su decisión de abortar. Allí, el médico tratante solicita los estudios paraclínicos y le da pase a la siguiente instancia (consulta IVE 2). Esta segunda consulta está a cargo de un equipo multidisciplinario (integrado por un profesional de ginecología, uno de salud mental y uno de trabajo social) y en ella la mujer debe comunicar los motivos de su decisión de abortar. La ley establece a texto expreso que el equipo no puede denegar una IVE. Luego de la consulta IVE 2 la mujer debe esperar cinco días antes de volver al servicio de salud a comunicar su decisión de continuar o interrumpir el embarazo. La IVE 3 implica la consulta para el acceso al aborto propiamente dicho, la cual está a cargo de un médico ginecólogo. Este profesional es el único autorizado a recetar la medicación en caso de aborto farmacológico o a realizar el aborto quirúrgico. La reglamentación agregó una consulta posaborto no prevista por la ley, denominada IVE 4. Los servicios de aborto legal deben estar disponibles en todos los servicios públicos y privados que integran el SNIS sin costo bolsillo para la usuaria. La ley ampara la objeción de conciencia para los médicos ginecólogos y la objeción por ideario para aquellos efectores de salud que, por su visión institucional, decidan no instrumentar directamente los servicios, aunque deben asegurar el acceso a sus usuarias a esta prestación en acuerdo con otro proveedor del sistema (López Gómez y otros, 2017).

Cuadro 2. Implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Hitos principales

Fecha	Hito
2012	Aprobación de la Ley 18987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo
2013	Decreto reglamentario de la Ley 18987
2013	Votación voluntaria para habilitar un referéndum derogatorio de la Ley 18987
2015	Sentencia del Tribunal de lo Contencioso Administrativo que desencadena modificaciones en la reglamentación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (Sentencia 586/2015). Algunas modificaciones: simultaneidad de consulta IVE 2, extensión de la objeción de conciencia (médicos para IVE 1, 2 y 3; otros profesionales solo para IVE 3 si intervienen directamente)

Fuente: elaboración propia

La objeción de conciencia se ha constituido en uno de los principales obstáculos para la implementación de los servicios. Según investigaciones nacionales, el departamento de Salto tuvo un 100 % de ginecólogos objetores durante el primer año de implementación, que pasó luego a un 92 % (MYSU, 2014). A su vez, durante 2014 los departamentos de Soriano, Río Negro y Paysandú mostraron cifras igualmente preocupantes de objeción de conciencia: 82 %, 57 % y 87 % respectivamente (MYSU, 2015). En algunos de los departamentos mencionados se identificaron ciudades con un 100 % de objetores. Un monitoreo más reciente de los servicios muestra que el uso abusivo de la objeción de conciencia por parte de médicos ginecólogos es la principal barrera para el acceso a los servicios de aborto en varias ciudades del interior del país (MYSU, 2017a; 2017b). A su vez, fue constatado que un 52 % de las y los ginecólogos de los servicios públicos del primer nivel de atención en Montevideo pertenecientes a la Red de Asistencia Primaria (RAP) de ASSE[15] han objetado conciencia (López Gómez y otros, 2017). Estos estudios también han constatado la existencia de un fuerte estigma asociado al aborto a nivel comunitario que se constituye en una barrera al acceso a los servicios de IVE para las mujeres. Esto último se suma a la falta de difusión de los servicios, de su funcionamiento y de los procedimientos establecidos por la ley y por los fallos posteriores del Tribunal de lo Contencioso Administrativo (TCA) respecto a la implementación de los servicios (MYSU, 2014; 2015; 2017a; 2017b). Las y los objetores de conciencia presentaron un recurso contra el decreto del MSP que reglamentó la ley. El TCA dio razón parcial a los demandantes, lo que implicó la anulación de algunos artículos del decreto y la introducción de modificaciones en la pauta de organización de las prestaciones.

Tabla 1.
Cantidad de IVE 3 por año

2013	2014	2015	2016	2017
7171	8537	9362	9719	9830

Fuente: MSP

15 La RAP es una red de servicios del primer nivel de atención de ASSE.

En cuanto a la ocurrencia de la IVE en el sistema de salud para el período 2013-2017, la Tabla 1 presenta su frecuencia por año.

Tabla 2.
Porcentaje de interrupciones voluntarias del embarazo por tipo de prestador y año

	2013	2014	2015	2016	2017
Público	45	49	49	53	51
Privado	55	51	51	47	49

Fuente: MSP

Como se observa en la Tabla 1, la cantidad de abortos voluntarios realizados en el SNIS tiende a estabilizarse sin mayores saltos en el período 2015-2017. Asimismo, entre los abortos ocurridos, el porcentaje de aquellos realizados por usuarias menores de veinte años se ha mantenido estable en un rango de entre 15 % y 17 %. Igual de estable es el porcentaje de mujeres que habiendo iniciado el proceso de IVE deciden continuar con su embarazo: entre 6 % y 8 % para el período 2013-2017. Por último, en la Tabla 2 se presentan los datos sobre el tipo de prestador en el que ocurrió el aborto.

A modo de síntesis, es necesario señalar que las personas entrevistadas manifestaron que, más allá de los cambios impuestos por el TCA, no ha habido variación en la forma en la que se implementa la ley, de manera que no es razonable suponer un aumento de la accesibilidad, lo que se corrobora con las cifras sobre abortos de la Tabla 1.

2.5. Diseño e implementación de la Estrategia Nacional e Intersectorial de Prevención del Embarazo no Intencional en Adolescentes

En 2016, a partir de la identificación del embarazo no intencional en adolescentes como un problema a abordar desde la política pública, comenzó un trabajo intersectorial para la definición de una estrategia nacional. Las instituciones que participaron de este fueron el MSP, el Ministerio de Desarrollo Social (Mides), el Ministerio de Educación y Cultura (MEC), la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), la ANEP, el Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay (INAU) y ASSE, con el apoyo del Núcleo Interdisciplinario Adolescencia, Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de la Universidad de la República y del UNFPA.

Las personas entrevistadas coinciden en señalar como uno de los elementos más importantes de la construcción de la Estrategia Nacional e Intersectorial de Prevención del Embarazo no Intencional en Adolescentes (en adelante, la Estrategia) haber generado un consenso entre los organismos participantes de ella sobre la definición del problema público y la forma de abordarlo. Al decir de Charles Elder y Roger Cobb (1993), la conformación de un problema público tiene una relación fundamental con la forma en que ese asunto es definido. En el caso de la Estrategia, la definición del embarazo en adolescentes como problema a ser abordado desde el Estado, con un enfoque de derechos y género, es la principal innovación, al tiempo que permitió alinear las acciones de los distintos organismos estatales en función de objetivos, líneas de acción y actividades.

Cuadro 3.
Diseño e implementación de la Estrategia Nacional e Intersectorial de Prevención del Embarazo no Intencional en Adolescentes

Fecha	Hito
2016	Definición del embarazo no intencional como problema de política pública y anuncio de que se trabajará para conformar una Estrategia de Prevención del Embarazo Adolescente no Intencional
9/2016-4/2017	Elaboración del plan de acción de la Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo no Intencional en Adolescentes
2017	Inicio de la ejecución de la Estrategia.

Fuente: elaboración propia

El plan de acción de la Estrategia, construido entre setiembre de 2016 y abril de 2017 (Cuadro 3), define como objetivo general «disminuir la incidencia del embarazo no intencional en adolescentes y sus determinantes, garantizando la promoción y el ejercicio de sus derechos» (MSP y otros, 2017). Asimismo, se divide en cuatro componentes: 1) fortalecimiento del ejercicio de derechos y toma de decisiones reproductivas con autonomía; 2) acciones focalizadas con mujeres embarazadas; 3) acciones focalizadas en quienes ya son madres/padres; 4) trabajo intersectorial coordinado para

la implementación de políticas públicas. Este último componente es señalado como el valor agregado de esta Estrategia frente a las políticas y programas ya existentes.

Mientras que el consenso sobre el embarazo no intencional en adolescentes como problema público así como la forma en que este fue definido fueron los aspectos novedosos de la Estrategia, fue señalado por las personas entrevistadas que este abordaje interinstitucional no generó el desarrollo de nuevos dispositivos por parte de las instituciones participantes, sino que alineó las iniciativas existentes con los objetivos específicos definidos. Las líneas de acción y actividades fueron construidas a partir de lo que ya estaban realizando las instituciones. Sobre la base de estas consideraciones sostenemos la hipótesis de que la Estrategia no tuvo impacto en el descenso de la fecundidad en el período analizado (2015-2017).

3. SÍNTESIS: POSIBLE INCIDENCIA DE ESTAS POLÍTICAS EN EL DESCENSO DE LA FECUNDIDAD

Se organizó un panel de expertos para discutir hipótesis preliminares sobre el descenso de la fecundidad en Uruguay y la posible incidencia de algunas de las políticas o programas descritos anteriormente. A partir de la presentación de análisis preliminares de los equipos integrantes del proyecto se presentaron a las personas integrantes del panel dos hipótesis para la discusión.

Hipótesis 1: la incorporación de los implantes anticonceptivos subdérmicos explicaría la caída en los nacimientos entre 2015 y 2017. Por su parte, el descenso de los nacimientos en el subsector privado se explicaría por la migración de mujeres con implantes desde ASSE hacia mutualistas. A su vez, también habría contribuido la colocación en prestadores privados de implantes comprados en farmacias comerciales. Esto se habría generado por la importante difusión que tuvo el implante a nivel nacional desde el inicio del piloto en 2014.

Hipótesis 2: la política de provisión de MAC dentro del SNIS a partir de 2011, enmarcada en una política pública con enfoque de derechos sexuales y reproductivos, explicaría el descenso de la fecundidad. Esto, debido a que la incorporación del implante subdérmico habría potenciado toda la provisión de MAC dentro del SNIS y no solo el aumento del uso de los implantes. A su vez, la inclusión de parteras y médicos de familia en la asesoría y provisión de métodos en ASSE habría aumentado la accesibilidad, al tiempo que la Estrategia habría reforzado las intervenciones del sector salud al involucrar a otras instituciones que trabajan con la población objetivo. Por último, en el subsector privado habría incidido la definición y aplicación de protocolos de atención del embarazo adolescente.

Las integrantes del panel de expertos se mostraron en desacuerdo con la hipótesis 1 por considerar que era reduccionista y que no daba cuenta de todos los esfuerzos hechos desde las instituciones de salud y educativas. No obstante, reconocieron que el aumento exponencial del uso de anticoncepción de larga duración a causa de la incorporación de los implantes implica un beneficio en la medida en que no requiere una acción sistemática y cotidiana por parte de la usuaria como sí ocurre con los métodos de

corta duración. Es decir que las expertas consideraron al implante como una buena herramienta de orden práctico para las mujeres. Esta perspectiva sobre el implante coincide con lo planteado en la hipótesis 2, a la que las integrantes del panel sí adhirieron consensuadamente.

También hubo consenso sobre la no incidencia específica de la implementación tanto de los servicios de IVE como de la Estrategia, aunque esta última sí pudo haber influido en un clima institucional favorable a la SSyR y particularmente a la anticoncepción.

La hipótesis 1 fue refutada por el panel de expertas debido a que la incorporación de implantes no se hizo desde una concepción de control de población sino con la meta de aumentar la autonomía de la decisión de las usuarias. Para ello se promovió un abordaje integral y basado en un enfoque de derechos. Surge como interrogante si la forma en que esta iniciativa finalmente fue implementada en cada centro de salud respondió efectivamente a este enfoque.

A modo de síntesis, corresponde evaluar si la hipótesis 2, que generó consenso en el panel de expertas, se sostiene o es refutada con estudios de carácter explicativo.

4. Referencias bibliográficas

Aguirre, R.; Gorgoroso, M.; Píriz, G.; Cambre, L.; Alegretti, M.; Cardozo, S.; Díaz, J. y Ramos, V. (2017). *Introducción de implantes anticonceptivos subdérmicos en Uruguay: estudio piloto sobre aceptación y desempeño clínico de los implantes utilizados en servicios de salud del área metropolitana de Montevideo*. Informe Técnico, MSP. Montevideo: MSP.

Benedet, L. y López Gómez, A. (2015). La educación sexual en Uruguay: enfoques en disputa en la genealogía de la política pública. *Temas de Educación, 21* (1), 11-30.

Briozzo, L. (2016). From risk and harm reduction to decriminalizing abortion: The Uruguayan model for women's rights. *International Journal of Gynecology and Obstetrics, 134*, S3-S6. doi: 10.1016/j.ijgo.2016.06.003

Briozzo, L.; Vidiella, G.; Vidarte, B.; Ferreiro, G.; Pons, E. y Cuadro, J. C. (2002). El aborto provocado en condiciones de riesgo emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay. *Revista Médica del Uruguay, 18* (1), 4-13. Recuperado de: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902002000100002&script=sci_arttext>.

Decreto 293/010, Reglamentación de la Ley 18426 sobre Salud Sexual y Reproductiva.

Decreto 375/012, Reglamentación de la Ley 18987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Decreto MSP 9/011, Sistema Nacional Integrado de Salud. Métodos Anticonceptivos.

Elder, Ch. y Cobb, R. (1993). Formación de la agenda. El caso de la política de los ancianos. En: Aguilar Villanueva, L. *Problemas públicos y agendas de gobierno*. Ciudad de México: Porrúa.

Gómez Sánchez, P. y Pardo, Y. (2010). Percepciones del uso de anticonceptivos en Bogotá (Colombia) 2009: estudio cualitativo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, *61* (1), 34-41. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1952/195215352005.pdf>.

Johnson, N. (2011). El tratamiento de la despenalización del aborto en el ámbito político-parlamentario. En: Johnson, N.; López Gómez, A.; Sapriza, G.; Castro, A. y Arribeltz, G. (Coords.). *(Des) penalización del aborto en Uruguay. Discursos, acciones y prácticas. Abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja*. Montevideo: Universidad de la República. Recuperado de: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/7619/1/Despenalizacion%20del%20aborto%20en%20Uruguay.pdf>

Ley 9763, Código Penal. Modificación.

Ley 18211, de Creación del sistema nacional integrado de salud.

Ley 18426, de Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva.

Ley 18437, Ley General de Educación.

Ley 18719, Presupuesto Nacional de Sueldos, Gastos e Inversiones.

Ley 18987, de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

López Gómez, A.; Benia, W.; Contera, M. y Güida, C. (2003). *Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas*. Montevideo: Universidad de la República.

López Gómez, A.; Couto, M.; Píriz, G.; Monza, A.; Abracinskas, L. e Ituarte, M. (2017). Servicios legales de interrupción voluntaria del embarazo en Uruguay. Estrategias de los servicios públicos del primer nivel de atención. *Salud Pública Mex., 59* (5), 577-582. doi: 10.21149/7937

López Gómez, A.; Pascoll, N.; Farías, C. y Micol, R. (2016). *Estudio sobre experiencias de uso de implantes anticonceptivos subdérmicos desde la perspectiva de profesionales y mujeres usuarias de servicios públicos de salud en Uruguay*. Montevideo: Universidad de la República.

Ministerio de Salud Pública (MSP) (2015). Objetivos Sanitarios Nacionales 2020.

MSP y otros (2017). *Estrategia intersectorial de prevención del embarazo no intencional en adolescentes. Documento Fase I. Mayo 2017.* Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/estrategia-intersectorial-de-prevencion-del-embarazo-no-intencional-en>.

MSP (2016). *Objetivos Sanitarios Nacionales 2020*. Montevideo: MSP. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/publicaciones-objetivos-sanitarios-nacionales-2020>.

Mujer y Sociedad Uruguay (MYSU) (2014). *Informe 2014: estado de situación y desafíos en aborto y salud sexual y reproductiva en el departamento de Salto.* Montevideo: MYSU. Recuperado de: http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/08/2014a-Informe-Salto.pdf

MYSU (2015). *Informe 2014-2015: estado de situación de los servicios en salud sexual y reproductiva y aborto en los departamentos de Paysandú, Río Negro y Soriano*. Montevideo: MYSU. Recuperado de: <https://issuu.com/mujerysaludenuruguay/docs/2015-informe-litoral->.

MYSU (2017a). *Servicios legales de aborto en Uruguay. Logros y desafíos de su funcionamiento*. Montevideo: MYSU. Recuperado de: <www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2018/04/Folleto-OBS_6-4-2018.pdf >.

MYSU (2017b). *Los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto legal. Monitoreo 2013- 2017. Sistematización de los resultados de 10 de los 19 departamentos del país.* Montevideo: MYSU. Recuperado de: <https://issuu.com/mujerysaludenuruguay/docs/informe_observatorio_2017_10de19_we>.

Ordenanza 369/004 del Ministerio de Salud Pública. Normativa de atención Sanitaria. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo.

Pérez Parra, Z.; Ortega Blanco, M.; Ovies Carballo, G. y Pérez Vives, J. (2001). Caracterización del uso del implante norplant. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 17* (4), 344-348. <Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252001000400006&script=sci_arttext&tlng=en>.

Petrelli, J. y Mauricio, J. (2003). Satisfacción de las usuarias de implantes de Levonorgestrel. Experiencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Ginecología y Obstetricia, 49* (4), 237-242. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/f978/9b72c0aebdd778b07d083059a09b3d7ae9fb.pdf>.

Sapriza, G. (2011). Historia de la (des)penalización del aborto en Uruguay. «Aborto libre»: la corta experiencia uruguaya (1934-1938). En: Johnson, N.; López Gómez, A.; Sapriza, G.; Castro, A. y Arribeltz, G. (Coords.). *(Des)penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos. Abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja.* Montevideo: Universidad de la República. Recuperado de: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/7619/1/Despenalizacion%20del%20aborto%20en%20Uruguay.pdf>.

Winner, B.; Peipert, J. F.; Zhao, Q.; Buckel, C.; Madden, T.; Allsworth, J. E. y Secura, G. M. (2012). Effectiveness of long-acting reversible contraception. *The New England Journal of Medicine*, *366*, 1998-2007. doi: 10.1056/NEJMoa1110855

Zuleta, J. (2008). Anticoncepción: ¿cuál método seleccionar? *Iatreia, 21* (3), 280-291.

La caída de la fecundidad en Uruguay entre 2015 y 2018

Wanda Cabella
Mathías Nathan
Ignacio Pardo

1. Introducción

Después de casi una década de relativa estabilidad, la natalidad uruguaya registró un descenso abrupto en 2016, 2017 y 2018. Basta señalar que en 2018 hubo 40.124 nacimientos, 8802 menos que los ocurridos en 2015, para tener dimensión de cuán importante fue el descenso. Se trata de una caída relativa del 18 %, lo que implica un descenso de la tasa bruta de natalidad (TBN) de 14,1 ‰ a 11,4 ‰. En el mismo período, la tasa global de fecundidad (TGF), es decir, el número promedio de hijos por mujer se redujo de 1,88 a 1,59. La caída de los nacimientos de este trienio es una de las más agudas de la serie estadística del último medio siglo. En este documento se describe este descenso con el objetivo de contribuir a entender los factores demográficos que lo impulsaron y las particularidades de la población que protagonizó el fenómeno.

¿Qué hace especial a la caída iniciada en 2016? Al menos tres características: 1) la extrema velocidad con la que se procesó, 2) el papel clave de la caída de la fecundidad adolescente y 3) la dificultad para encontrar un fenómeno que se asocie de forma directa a esa caída tan radical.

En cuanto al primer aspecto, no se registra un descenso de esta magnitud en un período de solo tres años en toda la serie que va desde la mitad del siglo XX hasta la actualidad. Producto de su historia demográfica, la baja natalidad es un rasgo estructural del país (Pellegrino, 2010). A esta tendencia de largo plazo, que implicó una reducción paulatina de la natalidad desde las primeras décadas del siglo XX, se intercalaron períodos de intensificación del descenso, seguidos por otros de estancamiento y muy escasos episodios de aumento de los nacimientos.

La segunda particularidad del fenómeno es que, a diferencia de otros períodos de descenso, esta caída tiene un fuerte componente de reducción de los nacimientos de madres adolescentes. La caída de la fecundidad adolescente contribuyó de forma decisiva a esta baja, al punto que este trienio pone fin al período de estancamiento de la fecundidad de las menores de veinte, abatiendo la fluctuación de la tasa en torno al valor de 60 ‰. Este valor fue considerado como el *piso de resistencia* al descenso que perduró entre 2004 y 2014-2015 (Varela Petito, Pardo, Lara, Nathan, y Tenenbaum 2014). En 2015 la tasa de fecundidad adolescente era de 57 ‰, en 2016 se

redujo a 51 y a 42 ‰ en 2017. En 2018 llegó a 36 ‰, el valor más bajo conocido desde que se dispone de cifras oficiales en 1961.

La tasa de fecundidad adolescente en Uruguay no solo ha alcanzado su mínimo histórico, sino que también se distancia del promedio mundial (46,5 ‰) y del latinoamericano (66,6 ‰), pero aún permanece lejos de los valores de los países más desarrollados. Por ejemplo, en 2017, Francia, España y Portugal compartían un valor de 9 ‰ y en Estados Unidos la tasa de fecundidad adolescente, una de las más altas del mundo desarrollado, era de 19 ‰.[1] Entre inicios de la década del noventa y 2015, la fecundidad adolescente uruguaya se acompasó con el comportamiento latinoamericano y mostró primero un aumento y luego una reducción mucho más moderada que la de la fecundidad total (Cepal, 2011; Cabella y Pardo, 2014; Rodríguez Vignoli, 2011, 2014). De mantenerse la tasa adolescente en este nivel o de profundizarse su caída, Uruguay saldría del esquema de descenso de la fecundidad latinoamericana de las dos últimas décadas, caracterizado por una caída veloz de la fecundidad total y por un ritmo lento y vacilante de la reducción de la fecundidad adolescente (Rodríguez Vignoli, 2011, 2014; Cabella y Pardo, 2014).[2]

Respecto al tercer elemento, la ausencia de una causa claramente determinante del descenso implica que hay mucho por investigar. La conjunción de varios factores suele ser la explicación de los movimientos de la natalidad que ocurren durante períodos más extensos; por el contrario, es poco usual que suceda una caída tan abrupta sin que simultáneamente se reconozca un acontecimiento que la explique de forma más o menos directa (un *shock* económico, una guerra, un cambio abrupto en la política de anticoncepción, entre otros).

Hay ejemplos muy conocidos en la historia demográfica que demuestran la relación de eventos y coyunturas específicas con movimientos extremos de la natalidad. Por ejemplo, los efectos de las guerras mundiales sobre la natalidad están entre los casos más estudiados; las consecuencias de la epidemia del virus del Zika en Brasil también provocaron una gran retracción de la natalidad (Marteleto, Weitzman, Coutinho, R. Z. Y Valongueiro Alves, 2017).

Hasta el momento, no hay una explicación evidente para el gran descenso de la natalidad en este período excepcionalmente corto. La política de introducción de los implantes anticonceptivos subdérmicos en el sector público de la salud, iniciada en 2014, ha sido la principal candidata para explicar la baja, dada la veloz expansión y gran aceptación del método, sobre todo en las mujeres más jóvenes. Pero los últimos datos muestran que, si bien la introducción de los implantes tiene una relación causal con la caída, su aporte explicativo es parcial, de acuerdo con los resultados de un estudio específico sobre el tema (Ceni, Parada, Perazzo, y Sena 2019).

En este documento se describe la evolución de la natalidad y la fecundidad y sus explicaciones demográficas entre 2015 y 2018.[3] Luego de esta introducción, se presentan las fuentes de datos utilizadas. En las secciones 3 a 8 se describen las grandes tendencias y luego se profundiza en el análisis de algunas variables demográficas clásicas vinculadas con los cambios en los niveles y tendencias de la fecundidad. El trabajo cierra con una sección de comentarios finales.

1 División de Población de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2017*.

2 No se dispone de información sobre la tasa en los países de la región para los años 2017 o 2018, pero es probable que Uruguay haya alcanzado el nivel de fecundidad adolescente más bajo de América del Sur, superando a Chile, que en 2015 tenía una tasa 40,6 ‰ (ine, 2017).

3 El año 2015 se incluye en el análisis como punto de referencia previo a la caída observada en el trienio 2016-2018. También se hacen comparaciones con el período que va de 1996 a 2014, a efectos de poner en contexto la caída reciente. Tal período es relevante porque allí se procesó el descenso desde una TGF de 2,5 hijos por mujer a niveles inferiores a 2,1, es decir, el descenso hacia un régimen de fecundidad baja, con un nivel de fecundidad que llegó al valor de reemplazo

2. Fuentes de información

Para el análisis de la evolución de los nacimientos y la estimación de las tasas de fecundidad se utilizaron los datos del Sistema Informático Perinatal (SIP) y el Certificado de Nacido Vivo (CNV) del Ministerio de Salud Pública (MSP). Las poblaciones medias anuales de mujeres por edad y departamento de residencia (denominadores para el cálculo de tasas específicas) y los indicadores resumen de fecundidad provienen de las estimaciones y proyecciones de población 1996-2025 del Instituto Nacional de Estadística (INE, Revisión 2013). Para obtener las poblaciones de mujeres por edad y nivel educativo se tomó la información del CNV.

Los datos del SIP fueron utilizados para analizar la distribución de nacimientos en función de algunas variables relevantes que no están disponibles en el CNV (orden de nacimiento, intencionalidad de los embarazos) o para el caso de datos que presentan una calidad deficiente (situación conyugal, nivel educativo). Dado que el SIP no cubre la totalidad de nacimientos ocurridos en el país, los datos fueron expandidos tomando en cuenta las razones de nacimientos CNV-SIP por edad de la madre.

Tabla 1.
Cobertura de nacimientos del Sistema de Información Perinatal en relación con los certificados de nacido vivo

	SIP	CNV	Cobertura
2014	47.215	48.368	0,976
2015	47.210	48.926	0,965
2016	45.876	47.058	0,975
2017	42.274	43.036	0,982
Total	275.150	284.130	0,968

Fuente: MSP, Uruguay

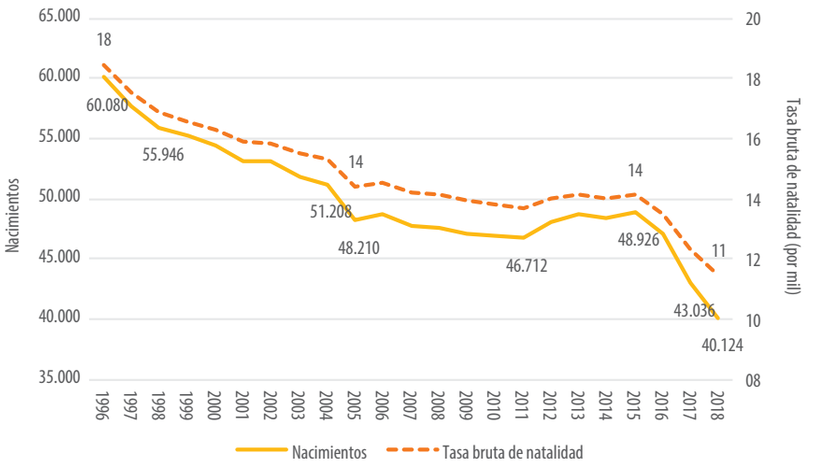
Asimismo, se contó con una base preliminar de nacimientos ocurridos en 2018, lo que permitió realizar estimaciones demográficas básicas, pero no permitió llevar hasta este último año las estimaciones dependientes de la información provista por el SIP. Los datos de nacimientos totales y por edad de la madre previos a 1996 (fecha a partir de la cual se dispone de microdatos oficiales de nacimientos) provienen de los boletines de estadísticas vitales del INE. Para obtener las poblaciones medias se empalmaron las estimaciones y proyecciones de población del INE, revisiones 1998 y 2013.

En el análisis de la serie que incluye las décadas del ochenta y del noventa faltan estimaciones puntuales para algunos años. Ello se debe a que la información necesaria para realizarlas no fue publicada en los boletines de estadísticas vitales ni ha podido ser localizada en otros registros públicos.

3. Evolución de la natalidad entre 1996 y 2018

El número absoluto de nacimientos es el primer indicador disponible tras el cierre anual de las Estadísticas Vitales. Aunque no es un indicador adecuado para medir la intensidad de la fecundidad de una población, la variación y la magnitud del número de nacimientos permiten obtener una aproximación inicial a la comprensión de los cambios en el comportamiento reproductivo en la población.

Gráfico 1.
Evolución de los nacimientos anuales y de la tasa bruta de natalidad (Uruguay, 1996-2018)



Fuente: CNV, MSP y Estimaciones y Proyecciones de Población de Uruguay, INE, revisiones 1998 y 2013

Entre 1996 y 2018 hubo 20.000 nacimientos menos y una disminución de 7 puntos en la TBN, de 18 a 11 nacimientos por mil habitantes. Si bien el período en su conjunto estuvo marcado por la tendencia descendente de la natalidad, se distinguen tres fases en la evolución de ambos indicadores: a) una fase de descenso sostenido entre 1996 y 2004, cuando la TBN pasa de 18 a 14 ‰; b) una fase de estabilidad entre 2005 y 2015, cuando los nacimientos oscilaron en torno a los 48.000 y la tasa se mantuvo en 14 ‰,[4] y, por último, c) una fase de caída abrupta entre 2016 y 2018. En este trienio, la TBN salió del valor promedial de la fase anterior para llegar a 11 ‰ (Gráfico 1).

En la Tabla 2 puede observarse la magnitud y la rapidez de la caída de la fase reciente: entre 2015 y 2018 el cambio relativo es casi el mismo que el acumulado entre los años 1996 y 2005. En ambas fases se registra una disminución de casi un quinto de los nacimientos, pero en el primer caso se procesó en el lapso de una década. La tasa media de cambio anual de la fase de caída reciente, triplica la registrada en la primera fase de descenso.

Tabla 2.
Indicadores de variación de los nacimientos según período

Período	Cambio absoluto	Cambio relativo (%)	Tasa media de cambio anual (%)
1996-2005	-11.870	-19,8	-2,4
2005-2015	716	1,5	0,1
2015-2018	-8802	-18,0	-6,6

Fuente: elaboración propia a partir de datos del CNV, SIP, MSP

El número absoluto de los nacimientos permite obtener una idea del comportamiento reproductivo, aunque limitada. Ello es así porque la natalidad responde no solo a cambios en las pautas reproductivas sino también a factores vinculados con la dinámica demográfica. En la natalidad registrada en un período influye la intensidad con la que las mujeres de una población tienen hijos y la cantidad de mujeres que está en edad reproductiva en esta población. Así, el aumento de la natalidad en un momento dado puede ser el resultado de la llegada de grandes contingentes de mujeres a la edad reproductiva (más mujeres teniendo hijos, pero sin cambios en la cantidad de hijos por mujer), de una modificación del comportamiento reproductivo que lleve a aumentar la fecundidad, o una combinación de ambas.

En la caída reciente de la natalidad el factor que influyó de manera decisiva fue el descenso de la fecundidad: hubo un cambio en las pautas reproductivas que se tradujo en un descenso del promedio de hijos por mujer,

4 Aunque en la segunda mitad del período se registró un leve descenso seguido de casi un lustro de moderado repunte.

registrado en la TGF. Ya que no se registra en este período un descenso del número estimado de mujeres en edades reproductivas sino un pequeño aumento, se puede descartar que este factor esté jugando un papel relevante en la dinámica demográfica.

4. Evolución de la fecundidad

La población uruguaya se caracteriza por un nivel de la fecundidad históricamente bajo en el contexto latinoamericano. Mientras que en la década del cincuenta el promedio de hijos por mujer en el subcontinente estaba en torno a seis, Uruguay ya había descendido por debajo de tres. Fuera de una década de alza sostenida entre 1966 y 1976 en la que la tasa volvió a tres, la TGF ha mostrado una tendencia descendente hasta la actualidad, solo interrumpida por períodos de estabilidad y muy eventuales lapsos de aumento de escasa magnitud (Gráfico 2).

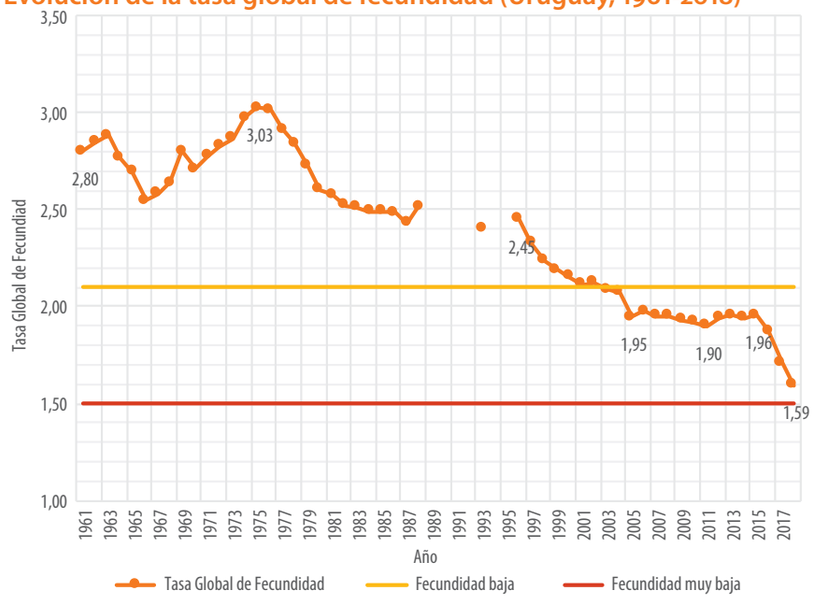
La tendencia de la TGF replica las fases identificadas en la evolución de la natalidad en el período 1996-2005. Entre estos años, la fecundidad bajó sin interrupciones hasta franquear el umbral de reemplazo a partir de 2005 (representado en el Gráfico 2 por la línea punteada naranja). Este umbral se ubica en 2,1 hijos por mujer e indica el valor de la tasa necesario para que haya reposición generacional.

En el período entre 2005 y 2015 la tasa tuvo un comportamiento estable, con fluctuaciones leves en torno a 1,95, para luego caer de forma repentina entre 2016 y 2018. Al final de esta fase, la tasa alcanzó el valor de aproximadamente 1,6 hijos por mujer. La línea roja, que marca el valor de la TGF en 1,5, representa el umbral por debajo del cual las poblaciones se clasifican en la categoría «muy baja fecundidad», un grupo mayormente conformado por poblaciones europeas y del sudeste asiático.

La gran interrogante es si esta caída es la señal de que el país está ingresando en un régimen de muy baja fecundidad o si solo atraviesa un episodio coyuntural, luego del cual se debe esperar que la tasa se recupere hasta llegar a valores inferiores pero cercanos al umbral de reemplazo, es decir, hasta fortalecer la condición de país de «baja fecundidad». Por sus características estructurales, no hay duda de que Uruguay es y seguramente será una población con fecundidad baja. Su historia demográfica y prácticamente todos los indicadores sociales y económicos son acordes con la preponderancia de familias pequeñas (nivel educativo de la población, participación laboral femenina, acceso a métodos anticonceptivos), lo que resulta compatible con la caída a niveles muy bajos. Sin embargo, el patrón de descenso por edades (véase la sección 5) indica que son las mujeres

adolescentes y muy jóvenes las que más han reducido su fecundidad. En el supuesto de que estas mujeres tengan sus hijos a edades más tardías, es factible que ocurra una recuperación de la TFG en el mediano plazo.

Gráfico 2.
Evolución de la tasa global de fecundidad (Uruguay, 1961-2018)

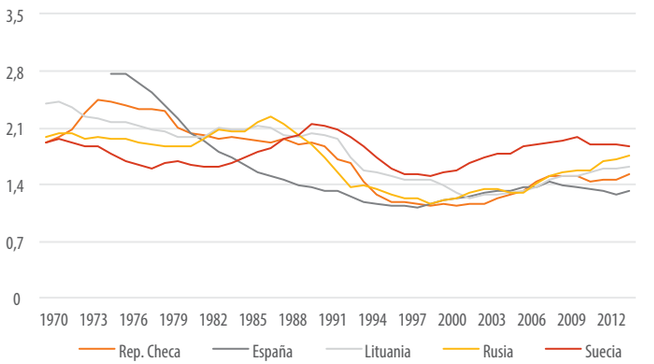


Fuente: CNV, MSP y Proyecciones Nacionales del INE, revisiones 1998 y 2013

La evolución de la fecundidad europea de las últimas décadas es un escenario relevante para entender cómo la postergación de los nacimientos actúa en dos etapas: en la primera hay una gran reducción de la fecundidad y años más tarde se observa un rebote, en esta segunda etapa ocurren los nacimientos de los hijos que las mujeres decidieron no tener siendo más jóvenes (Gráfico 3). Este proceso se conoce como aplazamiento y recuperación de la fecundidad (Bongaarts y Sobotka, 2012; Frejka y Sardon, 2006; Kohler, Billari y Ortega, 2002). La postergación de los primeros nacimientos trajo consigo un período de descenso de la TGF iniciado en algunos países europeos a fines de los setenta y condujo la fecundidad a valores muy bajos. A principios del siglo XXI el proceso de postergación de la edad al primer nacimiento culminó, llegando a una edad promedio al primer hijo

cercana a los treinta años y produciendo un paulatino incremento de la TGF. Este aumento se conoció como *efecto rebote*. En varios países que pasaron por períodos prolongados de reducción de la TGF a causa de los cambios en la edad a la maternidad, la fecundidad remontó posteriormente hasta alcanzar valores cercanos al nivel de reemplazo (Bongaarts y Sobotka, 2012), es el caso de Suecia, por ejemplo, donde la tasa llegó a 1,5 a fines de la década del noventa y en 2014 ya era de 1,9. En Rusia la TGF alcanzó el valor extremo de 1,2 a fines de los noventa y luego repuntó hasta 1,7 hijos por mujer.

Gráfico 3.
Evolución de la tasa global de fecundidad en países europeos seleccionados (1970-2014)



Fuente: Human Fertility Database

El análisis pormenorizado del cambio en la fecundidad por edad y la descripción de las subpoblaciones que protagonizaron las transformaciones observadas permitirá afinar la comprensión del fenómeno.

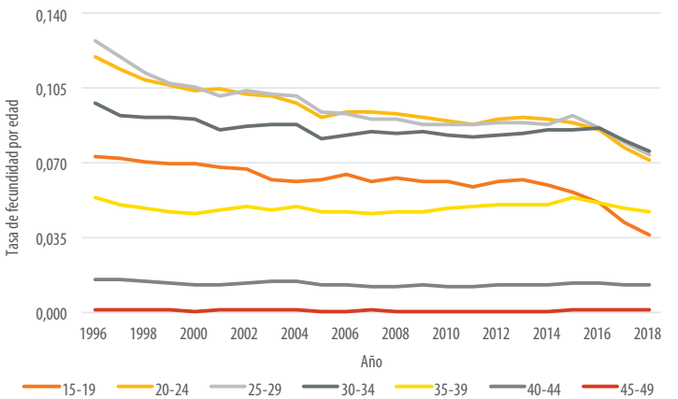
5. Tasas específicas de fecundidad por edad

La fecundidad varía fuertemente en función de las distintas etapas del curso de vida: los nacimientos durante la adolescencia, la juventud o la adultez joven son fenómenos cualitativamente distintos, así como son distintos los primeros nacimientos respecto a los órdenes subsiguientes. Conocer estas tendencias a nivel poblacional permite observar los distintos fenómenos que se esconden detrás de la caída, que son a su vez dependientes de la evolución de la fecundidad que tuvo nuestra población en el pasado.

Usualmente se considera que las mujeres de 20 a 29 años se encuentran en las edades centrales de la fecundidad porque es entre estas edades que ocurre el grueso de los nacimientos. Esta característica se ha relativizado en las poblaciones europeas y asiáticas con fecundidades bajas y muy bajas, concentrándose en un rango menor y más cercano a los treinta años, pero sigue vigente en las poblaciones latinoamericanas y en Uruguay, donde las tasas más altas se observan entre esas edades y son a la vez las que registran mayores reducciones en las etapas de caída. En la fase de descenso reciente, solo la tasa de fecundidad adolescente superó el ritmo de disminución de los grupos de 20-24 y 25-29 años (Gráfico 4).

Las principales protagonistas del descenso reciente fueron las adolescentes y jóvenes, aunque no exclusivamente: se registraron descensos en todos los grupos quinquenales, a excepción de las tasas de las mujeres de 40 a 44 y 45 a 49 años, cuya fecundidad es tan pequeña que representa un aporte marginal al cambio total. Nótese que las tasas de las mujeres de 30 a 34 y las de las de 35 a 39 años también se redujeron. Esta reducción es llamativa, ya que se esperaba que en este grupo de mujeres comenzara a notarse un aumento, producto del aplazamiento del primer hijo que se venía procesando en algunos sectores de la población (Nathan, 2015).

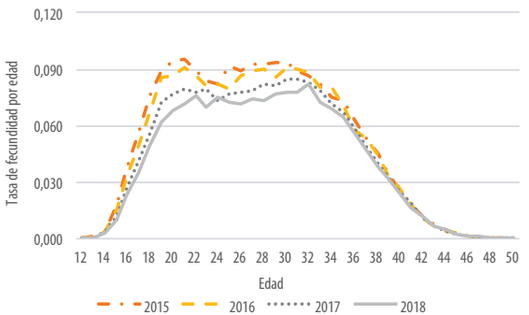
Gráfico 4.
Tasas específicas de fecundidad por edad quinquenal de la madre (Uruguay 1996-2018)



Fuente: CNV, MSP y Proyecciones Nacionales del INE, Revisión 2013

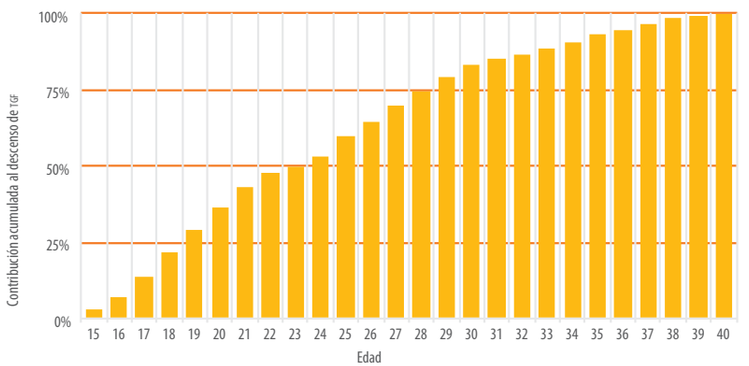
La visualización gráfica de las tasas de fecundidad por edad simple durante la fase de caída reciente permite identificar con mayor precisión cuáles fueron las edades que se vieron más afectadas (Gráfico 5). Cabe resaltar dos aspectos de este gráfico: a) la progresiva reducción de las magnitudes, que se observa en el acercamiento de las curvas al eje horizontal a medida que nos aproximamos a 2018, y b) el corrimiento de las curvas hacia la derecha en especial en las edades más tempranas, dando cuenta de la fuerte caída entre las mujeres adolescente y jóvenes. En el gráfico se ve también que la caída se inicia en el año 2016 y es notoria entre las mujeres hasta veinte años en este primer año de reducción. En 2017 y 2018 se continúa profundizando la caída en las primeras edades acompañada por una fuerte reducción en el tramo que abarca desde los 23 a los 33 años aproximadamente.

Gráfico 5.
Tasas específicas de fecundidad por edad simple de la madre (Uruguay 2015-2018)



Fuente: CNV, MSP y Proyecciones Nacionales del INE, Revisión 2013

Gráfico 6.
Contribución acumulada de las tasas de fecundidad por edad simple al descenso de la tasa global de fecundidad 2015-2018

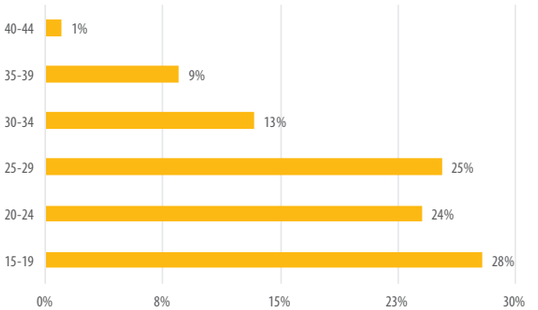


Fuente: CNV, MSP y Proyecciones Nacionales del INE, Revisión 2013

Como muestra el Gráfico 6, la estimación de las contribuciones de cada edad a la caída reciente evidencia que la mitad de toda la reducción ocurrió entre las mujeres de 15 a 23 años y el 40 % del descenso se procesó entre los 17 y los 22 años. A los 29 años se alcanza el 80 % de la reducción total y

a los 34 el 90 %. Conclusiones similares pueden sacarse utilizando grupos quinquenales de edad (Gráfico 7).

Gráfico 7.
Contribución de las tasas de fecundidad por grupo de edad quinquenal al descenso de la tasa global de fecundidad 2015-2018

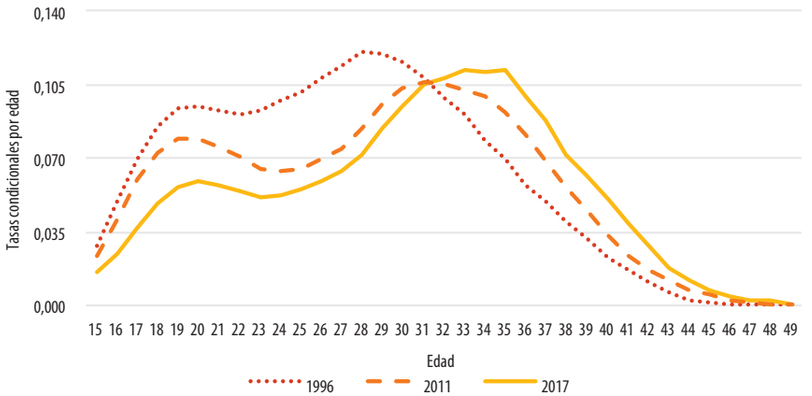


Fuente: CNV, MSP y Proyecciones Nacionales del INE, Revisión 2013

Las tasas específicas permiten también monitorear un fenómeno especialmente relevante del comportamiento reproductivo en Uruguay. La fase de descenso anterior de la TGF (1996-2005) se caracterizó por la formación de una curva bimodal en la edad al primer hijo, representada por dos crestas en las tasas, una de ellas en torno a los veinte años y la otra cercana a los treinta; una forma que se interpreta como el reflejo de la polarización social del comportamiento reproductivo (Nathan, Pardo y Cabella, 2016). Mientras la segunda cresta se formó progresivamente a medida que un grupo de mujeres aplazaba el nacimiento de su primer hijo, la primera se mantuvo firme entre 1996 y 2011 en torno al fin de la adolescencia. Resulta claro que la caída del último trienio implicó el abatimiento de la primera moda por efecto de la caída del primer nacimiento a edades muy jóvenes (Gráfico 8).

El corrimiento de la curva de 2017 en las primeras edades, aunque modesto, contribuyó a mitigar el patrón bimodal. Es necesario contar con la información de tasas condicionales en 2018 para evaluar si el descenso de la fecundidad temprana continuó erosionando la primera cresta.

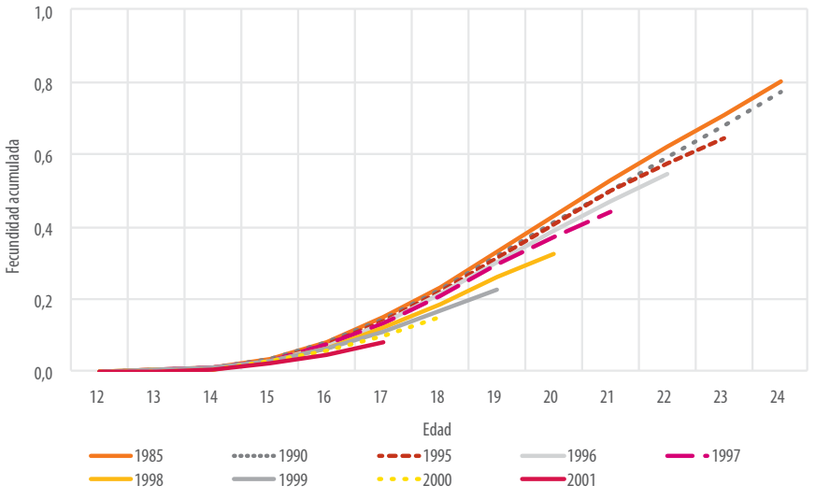
Gráfico 8.
Tasas condicionales de edad al primer hijo (Uruguay, 1996, 2011 y 2017)



Fuente: Nathan, Pardo y Cabella, 2016 para los años 1996 y 2011; elaboración propia a partir de datos del CNV, del SIP, del MSP y de las Estimaciones y Proyecciones de Población de Uruguay del INE, Revisión 2013, para el año 2017

Por último, analizar la fecundidad acumulada de las cohortes permite observar mejor el descenso de la fecundidad a lo largo del curso de vida de las mujeres. El comportamiento de las cohortes muestra el cambio en la intensidad de la fecundidad de las generaciones jóvenes, especialmente visible a partir de la cohorte nacida en 1998. Su comportamiento se diferencia sobre todo por la frecuencia de los nacimientos a edades adolescentes y tempranas (hasta 21 años). Entre las cohortes más antiguas, son más evidentes los cambios en la fecundidad alcanzada a partir de los 22 años (Gráfico 9).

Gráfico 9.
Fecundidad acumulada por cohortes seleccionadas



Fuente: CNV, MSP y Proyecciones Nacionales del INE, Revisión 2013

6. La evolución reciente de los nacimientos por orden

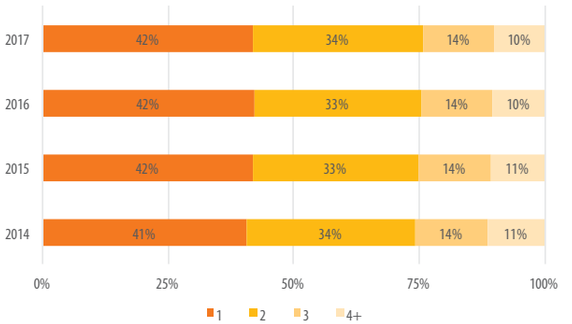
Es esperable que, a medida que desciende la fecundidad, la proporción de nacimientos anuales de orden 1 (primeros hijos) aumente, mientras disminuye la participación en el total de los nacimientos de los hijos de órdenes superiores (segundos hijos, terceros, etc.). En el caso de Uruguay, este fenómeno se aprecia en la evolución de los últimos años, a pesar de que se trata de un período muy corto (Gráfico 10). Vale recordar que en 1996 los nacimientos de orden 1 eran el 37 % del total.

Por otra parte, las tasas de orden 1 muestran una disminución muy importante en la fecundidad adolescente y temprana; también se observa una reducción importante en el tramo de edades inmediatamente anterior a los treinta años (Gráficos 11a a 11d). El fenómeno más visible y fácilmente interpretable, entonces, es la caída de las tasas de orden 1 en las edades más jóvenes: es posible que allí se estén aplazando algunos nacimientos que en los años anteriores sucedían de forma temprana. Las tasas de orden 2 también muestran una caída considerable, distribuida de forma más uniforme a lo largo de todas las edades, aunque con mayor intensidad a los 20 a 22 años y dejando de ser visible a partir de los 34. Además de la postergación de los segundos nacimientos, parte de esta caída podría corresponder a la decisión de no avanzar hacia el segundo hijo, lo que contribuiría con el aumento de la proporción de mujeres que culminan su vida reproductiva con un hijo. De todas formas, aún es prematuro especular cuál será el comportamiento reproductivo que adopten las más jóvenes en el futuro, pues la caída abrupta de la fecundidad es un fenómeno reciente.

Las tasas por orden muestran una tendencia interesante, que puede explicarse por el comportamiento del período 2015-2017 y la consideración de las tendencias previas. El proceso denominado *stopping*, o la limitación de la descendencia cuando se alcanza el número deseado de hijos, jugó un papel clave en la reducción de la fecundidad del período 1966-2005. De hecho, el 75 % de la reducción de la TGF entre 1996 y 2011 se debió a la contribución de las tasas de fecundidad de orden 3 y más hijos (Nathan, Pardo y Cabella, 2016). El margen para que el descenso de la fecundidad de orden 3 o 4 y más continuara incidiendo en el descenso era de allí en adelante escaso. Se observa que en el trienio la suma de las contribuciones al descenso de los órdenes 3 y 4 y más alcanzan a 31 % (Tabla 3). Un valor

significativamente más bajo que el señalado para el período anterior, pero todavía importante.

Gráfico 10.
Distribución porcentual de la fecundidad según orden de nacimiento (Uruguay, 2014-2017)



Fuente: CNV, SIP, MSP, y Proyecciones Nacionales del INE, Revisión 2013

Gráfico 11a.
Tasas específicas de fecundidad de orden 1 por edad (2015-2017)

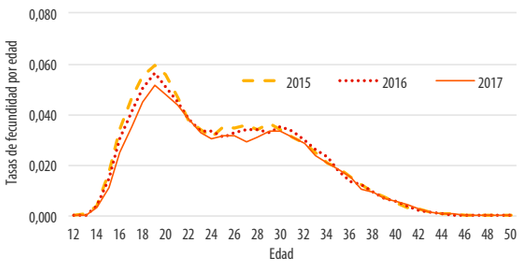


Gráfico 11b.
Tasas específicas de fecundidad de orden 2 por edad (2015-2017)

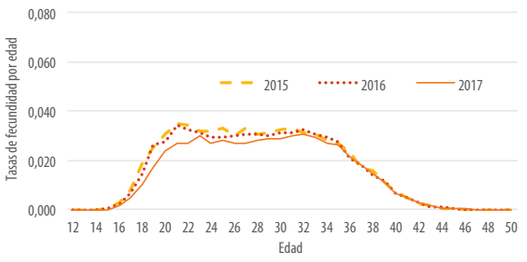


Gráfico 11c.
Tasas específicas de fecundidad de orden 3 por edad (2015-2017)

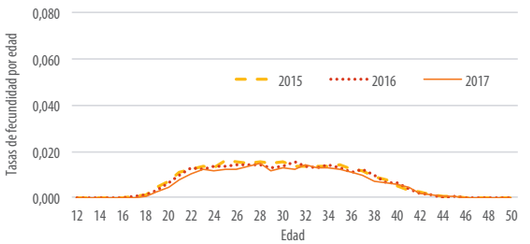
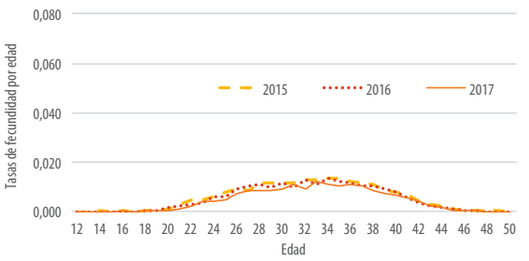


Gráfico 11d.
Tasas específicas de fecundidad de orden 4 y más por edad (2015-2017)



Fuente: CNV, SIP y Proyecciones Nacionales del INE, Revisión 2013

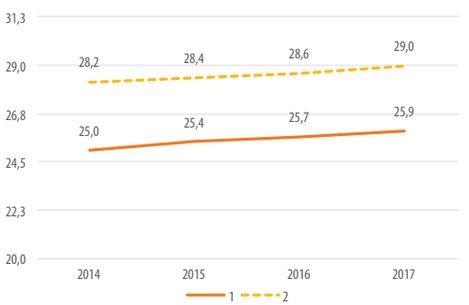
Tabla 3.
Descomposición de la tasa global de fecundidad por orden de nacimiento y contribución de cada orden al descenso entre 2015 y 2017

	2015	2017	Diferencia absoluta	Diferencia relativa (%)	Contribución (%)
1	0,816	0,717	-0,099	-12,1	41
2	0,646	0,577	-0,069	-10,7	29
3	0,279	0,247	-0,033	-11,7	14
4+	0,211	0,170	-0,041	-19,2	17
Total	1,952	1,711	-0,241	-12,4	100

Fuente: elaboración propia a partir de datos de Estadísticas Vitales, MSP

De todas formas, puede concluirse que el cambio en los niveles de la fecundidad uruguaya desde valores bajos (TGF < 2,1 hijos) a niveles más cercanos al umbral de *muy bajo* (TGF < 1,5 hijos) es mayormente consecuencia del descenso de las tasas de fecundidad de orden 1 y 2.

Gráfico 12.
Edad media a la maternidad según orden de nacimiento (2014-2017)



Fuente: CNV, SIP, MSP, y Proyecciones Nacionales del INE, Revisión 2013

Por último, la caída reciente trajo consigo un aumento de la edad media al primer hijo (Gráfico 12). El aumento ocurrido durante esta fase fue de un año: de acuerdo con los datos de 2017 las mujeres uruguayas tienen su primer hijo a los 26 años, en promedio. El cambio implica una postergación relevante del inicio de la maternidad. A modo de comparación, entre 1978 y 2011 este indicador había aumentado apenas un año (Nathan, 2015). Si la tendencia observada recientemente se mantiene, estaría en marcha un proceso de postergación de los primeros nacimientos, vinculado con el cambio en el patrón de la fecundidad de las adolescentes y mujeres jóvenes. Si en trabajos recientes se detectó un aumento significativo de la edad al primer hijo entre los sectores con mayor nivel educativo (Nathan, 2015; Varela Petito, Fostik y Fernández Soto, 2012), los resultados observados durante el período reciente sugieren que la postergación de la maternidad está alcanzando a otros grupos sociales. Nótese que también hubo un aumento de casi un año en la edad media al segundo hijo.

7. La evolución reciente de la fecundidad según nivel educativo de las mujeres

La fecundidad uruguaya, al igual que muchas de la región, se ha caracterizado por la convivencia de patrones distintos entre sectores sociales, como ha sido descrito en gran número de estudios que abordan el comportamiento reproductivo del país y en este mismo documento. Tanto si se considera la educación como otros indicadores de bienestar social y económico (ingresos, necesidades básicas, etc.), las mujeres que pertenecen a estratos sociales más desfavorecidos tienen más hijos y más temprano que las que ocupan estratos más aventajados (Cabella, Fernández Soto, Nathan y Pardo 2017; Varela Petito y otros, 2014; Amarante y Perazzo, 2011).

En términos de la intensidad, en las últimas dos décadas ha ocurrido un acercamiento entre sectores, con una tendencia a la convergencia en torno a un nivel de dos hijos, lo que ha disminuido la brecha, aunque no la ha hecho desaparecer. No ha ocurrido lo mismo respecto al calendario. Las mujeres con menor nivel educativo y las más pobres continúan teniendo sus hijos desde la etapa de la adolescencia o la adultez temprana (20 a 24 años), mientras que las de mayor educación experimentaron cambios notables en la edad de inicio de la vida reproductiva, asociados a la postergación de la maternidad. Esto reforzó una brecha considerable, sobre todo en la edad al primer hijo, el indicador más relevante del calendario reproductivo (Nathan, 2015).

De acuerdo con la información relevada en el censo de 2011, la edad mediana al primer hijo de las cohortes de mujeres nacidas entre 1974 y 1976 era veinte años para quienes tenían bajo nivel educativo y 31 para las que habían alcanzado el mayor nivel (Nathan, 2015). Esta diferencia de 11 años entre ambas edades medianas es producto de un proceso de creciente heterogeneidad en el comportamiento reproductivo entre sectores sociales. En las cohortes nacidas veinte años antes (1954-1956), la brecha era de seis años, resultado de una edad mediana de 21 años entre las menos educadas y 27 entre las más educadas. Así, la evolución de la edad al primer hijo muestra un considerable aumento de la dispersión, que puede interpretarse como polarización del calendario.

Gráfico 13a.
Tasas de fecundidad por edad, mujeres con educación hasta primaria (Uruguay, 2015-2017)

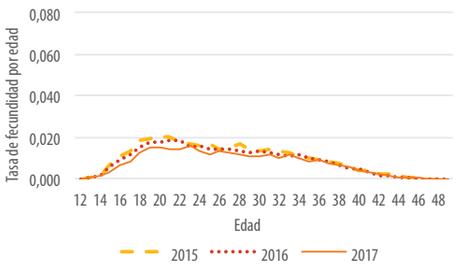


Gráfico 13b.
Tasas de fecundidad por edad, mujeres con educación secundaria (Uruguay, 2015-2017)

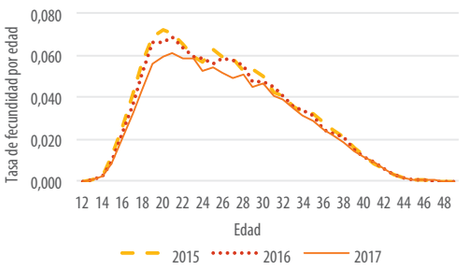
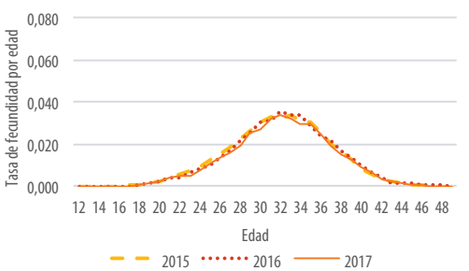


Gráfico 13c.
Tasas de fecundidad por edad, mujeres con educación terciaria (Uruguay, 2015-2017)



Fuente: elaboración propia a partir de datos del CNV, SIP, MSP y de Proyecciones Nacionales del INE, Revisión 2013

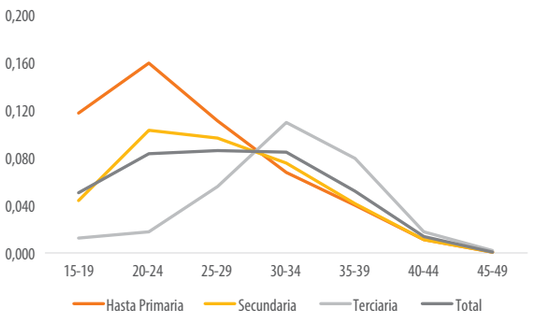
Existen dos grandes poblaciones de mujeres con conductas distintas en cuanto al momento de comenzar la maternidad. Distinguirlas según sus niveles educativos es la práctica habitual en la investigación demográfica, por razones de disponibilidad de datos y porque se trata de un clivaje que distingue los comportamientos a nivel empírico. De todos modos, conviene recordar que los mecanismos que están por detrás de la heterogeneidad de comportamientos reproductivos según nivel educativo responden en parte a la educación y en parte al lugar en la estratificación social de las mujeres, que se relaciona estrechamente con su nivel educativo, pero no se restringe a ese atributo.

En el período que estamos observando, las tasas de fecundidad por edad y nivel educativo (Gráficos 13a a 13c) son elocuentes respecto a la diferencia de calendario de las mujeres en función de la educación alcanzada. Sin embargo, este rasgo estructural de la fecundidad uruguaya empieza a mostrar síntomas moderados de cambio en este nuevo contexto de descenso. En primer lugar, ante la caída de la fecundidad adolescente y temprana, que tuvo lugar entre las mujeres que protagonizaban tales nacimientos: aquellas con nivel educativo bajo y medio, especialmente entre las que alcanzaron secundaria. También puede observarse un ligero corrimiento de las tasas desde la adolescencia hacia la juventud temprana.

Es relevante la ausencia de cambios entre las mujeres que alcanzaron educación universitaria, quienes concentran su fecundidad en edades tardías (entre los 26 y los 36 años), lo que resulta coherente con el proceso de postergación de los nacimientos que esta población protagonizó en años anteriores: el margen para un mayor aplazamiento es limitado. Así, podría comprenderse el veloz cambio de estos últimos años, de impactante descenso en la intensidad, desde la hipótesis del eventual inicio de un proceso de disminución de las brechas en el comportamiento reproductivo de las uruguayas, también en términos de calendario. De todos modos, la distancia es tan importante que estos cambios aún no modifican el aspecto general de la fecundidad, inequívocamente polarizado. Las diferencias en el comportamiento reproductivo según nivel educativo se ven incluso más claramente al considerar la distribución de mujeres por nivel educativo para el año 2016 (Gráfico 13d).

Finalmente, descomponer el peso de cada nivel educativo en la TGF permite complementar el acercamiento a los fenómenos que pueden estar detrás del descenso. Acorde al gran número de mujeres que culmina su ciclo educativo en algún punto de la educación media, cerca del 60 % de la fecundidad total se procesa entre mujeres de este nivel. Las universitarias aportan más de un quinto y las mujeres que no superaron la educación primaria son las que menos contribuyen con la TGF en todos los años considerados (Gráfico 13e).

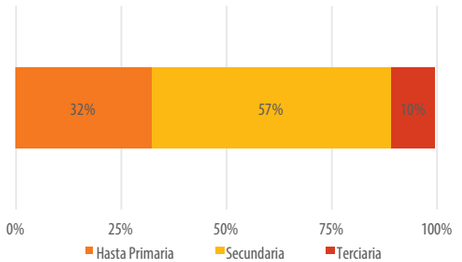
Gráfico 14.
Tasas de fecundidad por grupo de edad quinquenal y nivel educativo (Uruguay, 2016)



Fuente: elaboración propia a partir de datos del CNV, SIP, MSP y de las Estimaciones y Proyecciones de Población de Uruguay (Revisión 2013) y de la ECH 2016, INE

Lo más llamativo es que, en este corto período, el peso de las mujeres con educación primaria se redujo en tres puntos porcentuales, al tiempo que las universitarias aumentaron su contribución en la misma magnitud. Estos datos complementan lo que sugerían datos y gráficos anteriores: aunque la caída de la fecundidad sucedió de forma relativamente extendida, fue más intensa en las poblaciones con más margen para el descenso. Concretamente, las mujeres de menor nivel educativo, quienes, a pesar de la tendencia a la convergencia en la intensidad, aún tienen una cantidad de hijos considerablemente mayor que el promedio.

Gráfico 15.
Contribución de la fecundidad por nivel educativo al descenso total entre 2015 y 2017



Fuente: elaboración propia a partir de datos del CNV, SIP, MSP y de las Estimaciones y Proyecciones de Población de Uruguay (Revisión 2013), INE

8. La evolución reciente de la fecundidad según el departamento de residencia de la madre

El comportamiento reproductivo no es idéntico a lo largo del territorio nacional. La fecundidad al norte del Río Negro suele ser más alta y temprana que la de los departamentos del sur. Este fenómeno, que estuvo fuertemente arraigado durante buena parte de la historia de la población uruguaya, se mitigó en los últimos años, al punto que hoy puede decirse que la heterogeneidad territorial de la fecundidad uruguaya es limitada, especialmente si se la compara con la socioeconómica.

En el mediano plazo, la caída ocurrida a partir de 1996 involucró a todo el país, con niveles de reducción diferentes, pero el resultado final fue una convergencia de todas las regiones hacia niveles similares, en torno a los dos hijos (Blanes, Koolhaas, Nathan y Pardo 2018; Varela Petito y otros, 2014). De todas formas, se mantienen distancias importantes; en particular, los departamentos norteños linderos con Brasil son lo que tienen fecundidad más alta y temprana.

La caída reciente de los nacimientos ocurrió en todos los departamentos del país, pero las reducciones fueron de distinta magnitud. Durazno experimentó el descenso más importante: su fecundidad cayó 30,4 %. Un segundo grupo de departamentos, formado por Montevideo, Maldonado y Río Negro, con reducciones en torno al 20 %, tuvieron asimismo una caída levemente superior al promedio nacional. Luego, un conjunto amplio y heterogéneo de departamentos (Canelones, Rocha, Salto, San José, Tacuarembó, entre otros), experimentó disminuciones superiores al 15 %. Finalmente, Rivera fue el departamento que tuvo la reducción más pequeña del país, seguido por Artigas.

En función de la gran disparidad de población de los departamentos, las contribuciones al descenso general no solo responden a los cambios de la fecundidad, sino que reflejan el tamaño poblacional del departamento. Así, el departamento de caída más intensa, Durazno, contribuyó escasamente (2 %), por su escasa población, mientras que Montevideo y Canelones, con un descenso menor de su fecundidad, acumulan más de la mitad de la contribución a la caída total (45,3 % y 11,3 % respectivamente). El resto de los

departamentos se concentra en torno a contribuciones de 3 % o menos, a excepción de Maldonado (6 %) y Salto (4 %) (Tabla 4).

Tabla 4.
Nacimientos por lugar de residencia de la madre, indicadores de variación y contribución al descenso (Uruguay 2015-2018)

Departamento	2015	2018	Diferencia absoluta	Diferencia relativa	Contribución
Artigas	1.276	1.102	-174	-13,6	2,0
Canelones	6.637	5.611	-1.026	-15,5	11,7
Cerro Largo	1.419	1.164	-255	-18,0	2,9
Colonia	1.741	1.455	-286	-16,4	3,2
Durazno	888	618	-270	-30,4	3,1
Flores	350	285	-65	-18,6	0,7
Florida	834	737	-97	-11,6	1,1
Lavalleja	788	613	-175	-22,2	2,0
Maldonado	2.574	2.034	-540	-21,0	6,1
Montevideo	19.975	15.986	-3.989	-20,0	45,3
Paysandú	1.877	1.578	-299	-15,9	3,4
Río Negro	854	671	-183	-21,4	2,1
Rivera	1.760	1.616	-144	-8,2	1,6
Rocha	992	816	-176	-17,7	2,0
Salto	2.302	1.951	-351	-15,2	4,0
San José	1.390	1.167	-223	-16,0	2,5
Soriano	1.149	929	-220	-19,1	2,5
Tacuarembó	1.386	1.148	-238	-17,2	2,7
Treinta y Tres	634	566	-68	-10,7	0,8
Extranjero	81	74	-7	-8,6	0,1
Total	48.926	40.124	-8.802	-18,0	100,0

Fuente: CNV, MSP y Proyecciones Nacionales del INE, Revisión 2013

En suma, con distintos ritmos y diferente impacto en la natalidad, la caída reciente es el resultado de una disminución generalizada de la fecundidad que afectó a todos los departamentos. Incluso aquellos que tuvieron reducciones modestas, como Artigas y Rivera, disminuyeron sus nacimientos en magnitudes considerables. Estos cambios no alteran la estructura territorial de la fecundidad en el Uruguay tal como la conocemos: con heterogeneidad por departamentos y regiones, aunque más moderada y decreciente.

9. Comentarios finales

Es probable que estos tres años condensen procesos que vienen gestándose desde tiempo atrás, pero marcan un hito en la historia reciente de la demografía uruguaya, no solo por el descenso de la fecundidad total: en este trienio, la tasa de fecundidad adolescente dejó de fluctuar en torno a 60 ‰, el valor que rigió durante una década de estancamiento de la fecundidad adolescente. Las consecuencias de este cambio son cruciales para el bienestar de las mujeres, sus hijos y sus familias, por lo que sin duda serán un foco de investigación junto con la comprensión global de los factores que condujeron a la caída.

Desde el punto de vista de la previsión de las tendencias de corto y mediano plazo de la fecundidad y la natalidad, sus implicaciones son también importantes. A corto plazo, se pueden prever al menos dos resultados de los procesos observados, si asumimos que el descenso de la fecundidad en las mujeres adolescentes y jóvenes seguirá siendo el aspecto central de las transformaciones:

a. la fecundidad total continuará disminuyendo, salvo que otros grupos etarios compensen el descenso de los nacimientos en las mujeres más jóvenes, lo que parece poco probable en lo inmediato,

b. continuará aumentando la edad media al nacimiento del primer hijo.

A mediano plazo, en cambio, se vuelve muy probable un potencial escenario de recuperación de los nacimientos, ya que una parte no menor de la explicación demográfica de la caída reciente está dada por el aplazamiento de los primeros nacimientos. Por cierto, no puede determinarse con claridad cuándo comenzará esa reversión de la tendencia actual a la baja, ni cuál será la magnitud de la recuperación. Ese mismo proceso tenderá a moderar el aumento de la edad media al primer nacimiento, que a más largo plazo se estabilizará en niveles altos para los estándares observados en Uruguay.

Más allá de que la caída de la fecundidad adolescente y temprana ocupan un lugar central en el descenso total, prácticamente todos los grupos de edad experimentaron reducciones, alcanzando incluso a mujeres en edades reproductivas ya avanzadas y a los nacimientos de órdenes altos (terceros y más). A excepción del análisis por nivel educativo, que muestra que no hubo cambios en las mujeres que alcanzaron nivel terciario, el descenso se extendió casi universalmente: sucedió en todo el territorio y tuvo similares dimensiones entre las usuarias del sector público y las del privado (datos no presentados en el texto).

Una explicación global de la caída reciente exige no solo considerar los factores que confluyeron en la salida del estancamiento de la fecundidad adolescente, también es necesario entender las razones y los mecanismos que inclinaron al resto de las mujeres a limitar su descendencia. El hecho de que hayan disminuido los nacimientos de orden 3 y más, cuyas madres suelen pertenecer a grupos de edad avanzada, sugiere que el interés en controlar más la fecundidad no es privativo de las mujeres adolescentes y muy jóvenes.

El objetivo de este documento ha sido delinear los principales rasgos y mecanismos demográficos que contribuyeron con la caída de la natalidad que se produjo en este último trienio. Futuras investigaciones y la observación de los resultados de la fecundidad en el corto plazo permitirán afinar la descripción demográfica de esta fase de descenso abrupto y avanzar hacia su explicación sustantiva. De hecho, en 2018 y 2019 se ha venido estudiando el reciente despliegue de una plétora de medidas orientadas a atender la salud sexual y reproductiva de la población, con especial énfasis en la adolescencia, que ha dado como resultado la mejora de la oferta de la canasta de métodos de control de los nacimientos.[5] Entre estos métodos se destaca la campaña de oferta de implantes subdérmicos en el sector público de atención de la salud, que logró una gran aceptación entre las mujeres adolescentes y jóvenes y también está siendo estudiada (Ceni y otros, 2019).

Ambos estudios contribuyen a la comprensión de la caída reciente y evidencian la complejidad de los factores que intervinieron en la reducción, pero, más allá de hipótesis fundadas, aún no se puede establecer con certeza cómo se combinaron estos factores para producir una caída de tal magnitud en un período tan corto. Será necesario esperar la evolución de la fecundidad en los próximos años, afinar el análisis de los factores ya

5 Este resultado surge del informe presentado por el equipo de la Facultad de Psicología en el marco de este proyecto, integrado por Alejandra López Gómez, Nicolás Brunet y Martín Couto.

estudiados y ampliar el rango de variables intervinientes para ensayar análisis que permitan llegar a una explicación más acabada.

10. Referencias bibliográficas

Amarante, V. y Perazzo, I. (2011). Cantidad de niños en los hogares uruguayos: un análisis de los determinantes económicos, 1996-2006. *Estudios Económicos, 26*, (1), 3-34. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/597/59719742001.pdf>.

Blanes, A.; Koolhaas, M.; Nathan, M. y Pardo, I. (2018). Las tendencias demográficas a nivel subnacional en Uruguay: ¿convergencia o divergencia? En: González, L. M. y Simpson, L. *¿Convergencia demográfica? Análisis comparativo de las tendencias demográficas subnacionales en América Latina y el Caribe.* Serie e-Investigaciones, 5. Río de Janeiro: ALAP.

Bongaarts, J. y Sobotka, T. (2012). A Demographic Explanation for the Recent Rise in European Fertility. *Population and Development Review, 38* (1), 83-120. doi: 10.1111/j.1728-4457.2012. 00473.x

Cabella, W.; Fernández Soto, M.; Nathan, M. y Pardo, I. (2017). *Encuesta Nacional de Comportamientos Reproductivos*. Montevideo: UNFPA-INE-Mides.

Cabella, W. y Pardo, I. (2014). Hacia un régimen de baja fecundidad en América Latina y el Caribe (1990-2015). En: Cavenaghi, S. y Cabella, W. (Eds.). *Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa (2015)*. Río de Janeiro: ALAP. Recuperado de: <http://www.alapop.org/alap/Serie-E-Investigaciones/N3/SerieE-Investigaciones_N3_ALAP.pdf>.

Ceni, R.; Parada, C.; Perazzo, I. y Sena, E. (2019). *Estudio sobre el vínculo entre el descenso de la fecundidad y el ofrecimiento de implantes subdérmicos a las usuarias de asse. Uruguay 2014-2017*. Montevideo: Iecon, FCEA, Universidad de la República.

Comisión Económica para América Latina (Cepal) (2011). *Panorama social de América Latina 2011*. Santiago de Chile: Cepal. Recuperado de: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/1241-panorama-social-america-latina-2011>.

Frejka, T. y Sardon, J. P. (2006). First birth trends in developed countries: Persisting parenthood postponement. *Demographic Research, 15* (6), 147-180. doi: 10.4054/DemRes.2006.15.6

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2013). *Estimaciones y proyecciones de población. Revisión 2013* [en línea]. Recuperado de: <http://www.ine.gub.uy/estimaciones-y-proyecciones>.

Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (2017). *Enfoque de estadísticas vitales sobre paternidad y maternidad adolescente*. Santiago de Chile: INE [en línea]. Recuperado de: <http://historico.ine.cl/genero/files/estadisticas/pdf/documentos/enfoque-maternidad-paternidad-2017.pdf>.

Human Fertility Database, Max Planck Institute for Demographic Research y Vienna Institute of Demography [en línea] www.humanfertility.org

Kohler, H. P.; Billari, F. C. y Ortega, J. A. (2002). The emergence of lowest-low fertility in Europe during the 1990s. *Population Development Review, 28* (4), 641-680. doi: 10.1111/j.1728-4457.2002.00641.x

Marteleto L. J.; Weitzman, A.; Coutinho, R. Z. y Valongueiro Alves, S. (2017). Women's reproductive intentions and behaviors during the Zika epidemic in Brazil. *Population and Development Review, 43* (2), 199-22. doi: 10.1111/padr.12074

Ministerio de Salud Pública (MSP) (varios años). Certificado Nacional del Nacido Vivo, Departamento de Estadísticas Vitales, Uruguay.

MSP (varios años). Sistema Informático Perinatal, Departamento de Estadísticas Vitales, Uruguay.

Nathan, M. (2015). La lenta transición hacia un régimen de fecundidad tardía en Uruguay: los cambios en la edad al primer hijo entre 1978 y 2011. *Revista Latinoamericana de Población, 9* (17), 37-60. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5349669.pdf>.

Nathan, M.; Pardo, I. y Cabella, W. (2016). Diverging patterns of fertility decline in Uruguay. *Demographic Research, 34* (20), 563-586. Recuperado de: <https://www.jstor.org/stable/pdf/26332046.pdf?acceptTC=true&coverpage=false>.

Organización de las Naciones Unidas (ONU), Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2017). *World Population Prospects: The 2017 Revision*. Volumen II: Demographic Profiles. ST/ESA/SER.A/400.

Pellegrino, A. (2010). *La población de Uruguay. Breve caracterización demográfica.* Montevideo: UNFPA-FCS, Universidad de la República.

Rodríguez Vignoli, J. (2011). *High adolescent fertility in the context of declining fertility in Latin America*. Trabajo presentado en el Expert Group Meeting on Adolescents, Youth and Development, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations, 21 y 22 de julio. Nueva York: UN/POP/EGM-AYD/2011/01.

Rodríguez Vignoli, J. (2014). *La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina. Introducción al análisis demográfico, con énfasis en el uso de 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>.

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.

Varela Petito, C.; Fostik, A. y Fernández Soto, M. (2012). *Maternidad en la juventud y desigualdad social.* Cuadernos del UNFPA, 6. Montevideo: UNFPA. Recuperado de: <http://mides.fic.edu.uy:8080/xmlui/handle/123456789/229>.

Estudio sobre el vínculo entre el descenso de la fecundidad y el ofrecimiento de implantes subdérmicos a las usuarias de la Administración de los Servicios de Salud del Estado. Uruguay, 2014-2018

Rodrigo Ceni

Cecilia Parada

Ivone Perazzo

Eliana Sena

Julio de 2019

1. Introducción

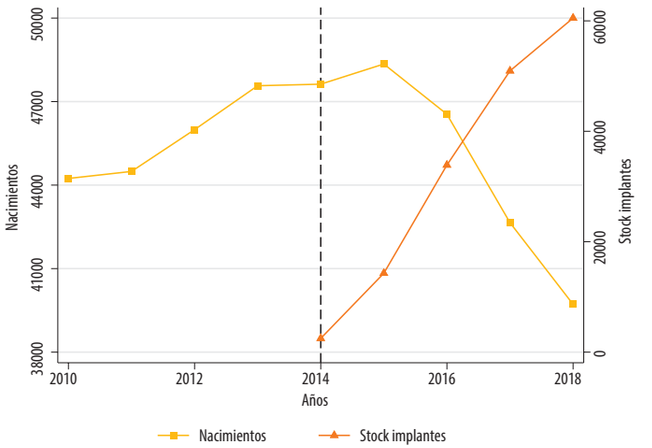
La fecundidad en Uruguay ha descendido durante las últimas décadas, y desde 2015 se registró una pronunciada caída. En efecto, de acuerdo con los registros del Certificado de Nacido Vivo (CNV) del Ministerio de Salud Pública (MSP), mientras que en 2015 los nacimientos alcanzaban cerca de los cuarenta y nueve mil, en 2018 se ubicaron en el entorno de los cuarenta mil (Figura 1). Este fenómeno resulta sorprendente en función del comportamiento histórico de la fecundidad y despierta interés por entender los factores que están detrás de él.

En particular, resulta de importancia analizar los posibles efectos de una política pública que coincide en el tiempo con esta caída (Figura 1). Es así que a partir de 2014 comenzaron a estar disponibles implantes subdérmicos en Uruguay como método anticonceptivo de larga duración para las usuarias de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). El método consiste en un anticonceptivo hormonal, reversible, de larga duración —tiene una vida útil de entre tres y cinco años—, que se coloca bajo la piel en la cara interna del brazo. Lo novedoso del método es que, según la evidencia disponible, se caracteriza por tener una mayor efectividad que los métodos hormonales de corta duración, ya que reduce errores en su uso (Rosenstock, Peipert, Madden, Zhao y Secura, 2012; Winner, Peipert, Zhao, Buckel, Madden, Allsworth y Secura, 2012; López, Pascoll, Farias y Micol, 2016).

De esta manera, el objetivo del presente trabajo es hacer una primera estimación cuantitativa de los efectos sobre el número de nacimientos del ofrecimiento de implantes subdérmicos en las usuarias de ASSE.

La metodología de análisis explota la heterogeneidad en el tiempo, en el territorio y por subsector de salud en la aplicación de la política. En efecto, en 2014 este método se introdujo como un plan piloto en algunos departamentos y unidades ejecutoras de ASSE. Debido a la valoración positiva de su introducción en la canasta de métodos anticonceptivos (MAC) (López y otros, 2016), en 2016 en todos los departamentos del país se contaba con profesionales capacitados para su colocación dentro del subsector público. Asimismo, este MAC fue ofrecido exclusivamente en el subsector público hasta 2018, por lo que las usuarias potencialmente tratadas por la política serán únicamente las mujeres que se atienden en él.

Figura 1.
Evolución de nacimientos e implantes anuales entre 2010 y 2018



Fuente: elaboración propia a partir de información del CNV y de registros administrativos de ASSE

El análisis se hizo a partir de registros administrativos provistos por ASSE y que contienen información respecto al número de nacimientos y al total de afiliadas por edades simples en cada uno de los subsectores —público y privado—, así como información del número de implantes enviados a cada departamento periódicamente.

El análisis empírico se realiza a partir de un estudio de eventos. Esta metodología consiste en estimar el cambio en el número de nacimientos que se produce entre mujeres en distintos tramos etarios y subsectores a partir del ofrecimiento de los implantes en el departamento de residencia de la mujer respecto al momento anterior en que no se ofrecían. Para esto, se siguieron dos enfoques complementarios: uno en el que se compara el promedio de los efectos antes y después de la política (efecto promedio)

y otro en el que se considera la evolución trimestral-mensual del efecto de los implantes (efecto dinámico).[1]

Se halla que la política de implantes subdérmicos tuvo un efecto relevante y robusto sobre la caída de la tasa de nacimientos de las mujeres de entre 15 y 29 años del subsector público. En particular, este efecto habría sido de mayor magnitud entre las mujeres más jóvenes, las menores de veinte años. No obstante, por la magnitud del efecto y por la caída de la tasa de nacimientos que se observa también en el subsector privado, este no sería el único factor explicativo. Por lo tanto, es necesario seguir analizando el tema mediante la incorporación de información más reciente y de nuevos datos, por ejemplo, sobre otros métodos disponibles, para poder comprender en mayor medida la fuerte caída en la natalidad en los últimos años.

El trabajo se organiza de la siguiente manera: en la sección 2 se presentan un análisis descriptivo y las principales fuentes de información utilizadas para el estudio; la sección 3 resume la estrategia empírica utilizada; la cuarta sección expone los principales resultados del análisis. Finalmente, en la sección 5 se hacen los comentarios finales.

1 En ambos casos se consideraron las mujeres de entre 15 y 29 años dado que, de acuerdo con información nominalizada de ASSE referente principalmente a la zona metropolitana, en torno al 80 % de los implantes se colocaron entre estas mujeres en el período analizado.

2. Análisis descriptivo y datos

Para el presente trabajo se utilizaron tres fuentes de datos: el CNV y el Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal (Rucaf), provistos por ASSE, y el número de implantes subdérmicos enviados a cada departamento en forma mensual, provisto por ASSE y por el Laboratorio Dorrego del MSP.

El CNV es el registro de todos los nacimientos ocurridos en el territorio nacional y es a partir del cual se dispone de información sobre su número para un amplio período (entre 1999 y 2018) desagregada por departamento, institución y edad de la madre. A los efectos de este trabajo se agrupan los nacimientos por departamento y edad de la madre según se hayan producido en el subsector público o privado.[2]

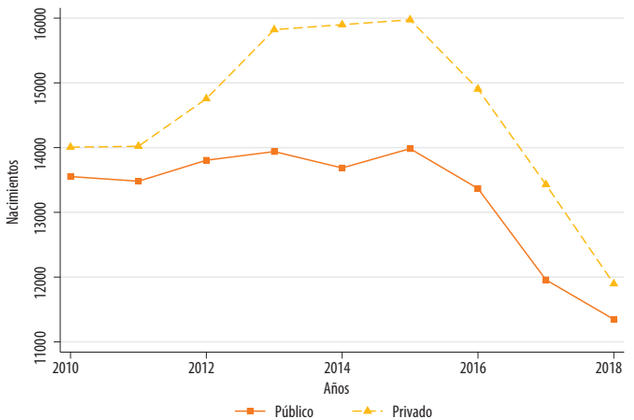
Como fuera presentado en la Figura 1, desde 2015 se registra en el país una fuerte caída de la natalidad, que coincide con el comienzo de la aplicación de la política de implantes subdérmicos gratuitos. No obstante, para que la hipótesis de que los implantes subdérmicos hayan explicado parte de la caída sea plausible sería necesaria una reducción más pronunciada en el subsector público respecto al privado, ya que en este último no se ofrecieron implantes, al menos hasta 2018. Sin embargo, como puede observarse en la Figura 2, la caída no parece particularmente mayor en el subsector público. Este hecho hace pensar que o bien el subsector privado fue afectado por otros fenómenos que hicieron que cayese simultáneamente la natalidad o que los implantes no son el único factor explicativo de la caída en los nacimientos, sino que existen otros fenómenos detrás de esta que están actuando en ambos subsectores.

Debido a que una de las hipótesis de partida del estudio parte del hecho de que los implantes fueron distribuidos únicamente en el subsector público, resulta de especial interés comprobar si las mujeres que se atienden en uno u otro subsector no se intercambian a lo largo del tiempo. Esto se debe a que los potenciales movimientos de las usuarias entre los subsectores pueden inducir a sesgos en las estimaciones. Por ejemplo, si usuarias de ASSE se trasladan al subsector privado una vez implantadas, esto podría

2 Se asume que si la madre da a luz en un departamento accede potencialmente a los implantes disponibles en ese mismo departamento.

implicar subestimaciones del efecto de la política de implantes. Con el fin de analizar esta posibilidad, se utilizaron datos del Rucaf, que proporciona información anual del número de afiliados por sexo y edad para cada una de las instituciones de salud por departamento entre 2014 y 2018.

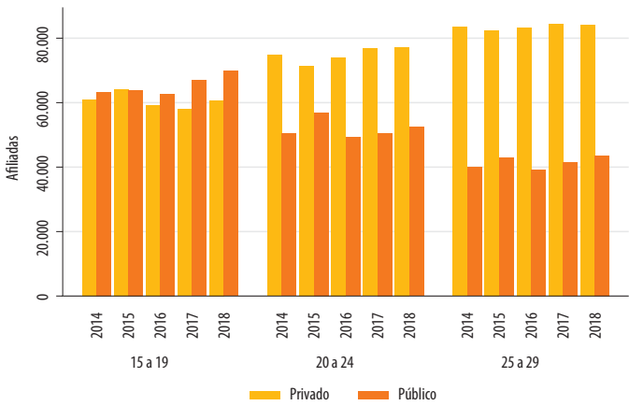
Figura 2.
Evolución de nacimientos anuales entre 2010 y 2018 por subsector



Fuente: elaboración propia a partir de información del CNV

Dado que no se dispone de información nominalizada, para establecer hipótesis sobre la posibilidad de trasiego entre subsectores con la información proveniente del Rucaf se hace un análisis por cohortes. En primer lugar, se seleccionan aquellas mujeres que en 2014 tenían entre 15 y 19 años y se realiza el seguimiento año a año de dicha cohorte, observando la cantidad de mujeres afiliadas a cada uno de los dos subsectores. Esto se replica para las cohortes de entre 20 y 24 años y de entre 25 y 29. Si se considera el total del país, puede observarse que la cantidad de mujeres afiliadas al subsector público es mayor entre las cohortes más jóvenes (Figura 3).

Figura 3.
Evolución del número de afiliadas por cohortes de edades según subsector

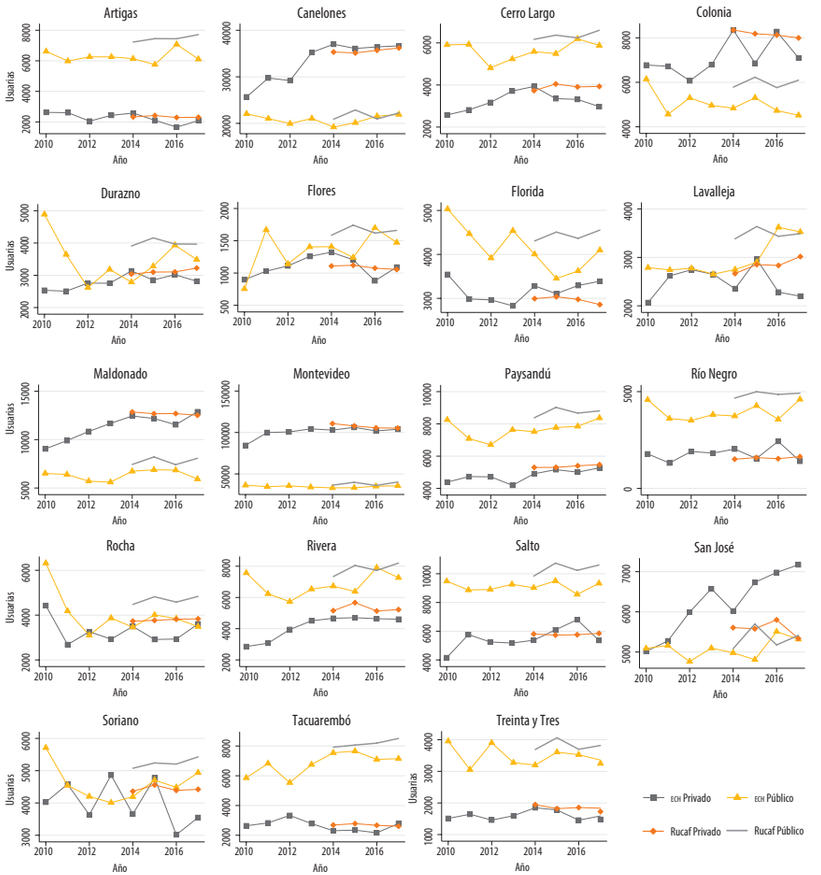


Fuente: elaboración propia a partir de información del Rucaf

Si se hace el mismo análisis considerando cada una de las cohortes como edades simples, se observa que las mujeres pasan en gran medida al subsector público al cumplir los 18 años, lo que puede explicarse por la pérdida de cobertura del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) que hasta esa edad era provisto por parte de sus padres. Esta tendencia parece revertirse a edades mayores, lo que puede relacionarse con la incorporación al mercado laboral formal y, con esta, con la cobertura de salud por Fonasa. Dado que también pueden existir heterogeneidades por regiones del país, se analizaron las cohortes también por edades simples y se encontró que la tendencia por edades descrita previamente parece mantenerse, aunque los departamentos muestran situaciones dispares: mientras que en el interior del país la cobertura en el subsector público parece bastante extendida, en Montevideo la presencia del subsector privado es más importante.

La información disponible parecería indicar que, de producirse un efecto de contaminación de la política aplicada en el sector público por traslado de usuarias implantadas al sector privado, este sería a la baja, es decir, las estimaciones aquí realizadas serían una cota inferior del verdadero efecto.

Figura 4.
Número de afiliadas a cada subsector entre 15 y 29 años por departamento, según el Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal, la Encuesta Continua de Hogares y proyecciones de población



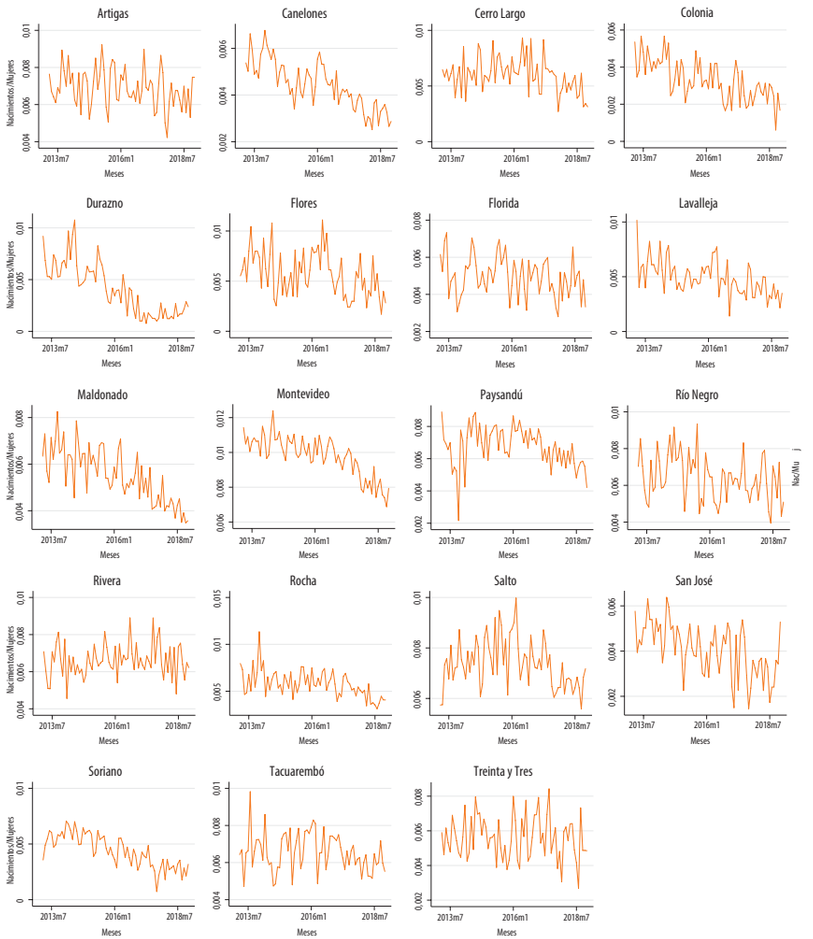
Fuente: elaboración propia a partir del Rucaf y de la ECH

Debido a que la política se aplicó inicialmente en algunos departamentos en 2014, resultaría de especial importancia contar con información anterior a ese año, de modo de poder considerar las tendencias previas en los nacimientos en esas regiones del país. Para subsanar esta falta de información se tomaron dos medidas. Como se mencionó antes, en el caso de subsector público, se utilizó una base de datos alternativa provista por ASSE donde se dispone de datos mensuales de afiliadas por grupos etarios entre 2013 y 2018. En el caso del subsector privado, solo se dispone de los datos provenientes del Rucaf, por lo que se analizó su comparabilidad con otras fuentes de información, como la Encuesta Continua de Hogares (ECH), con el fin de analizar la posibilidad de usar esta base de datos para los años previos. Como se verá a continuación, esta opción no resultó convincente, de modo que finalmente se imputaron para años previos las tendencias para años disponibles por departamento.

En efecto, si bien las estimaciones a partir de la ECH parecen bastante próximas a las proyecciones de población, se detectan algunas diferencias, especialmente en los primeros años del período que son los más relevantes, dado que son aquellos en los que no se dispone de la información del Rucaf. También se observan algunas diferencias con el Rucaf a partir de 2014. La diferencia entre estas fuentes y la volatilidad de la ECH es particularmente importante cuando se las analiza por subsector y no a nivel agregado. La Figura 4 muestra esta desagregación por subsector para el grupo etario de entre 15 y 29 años.

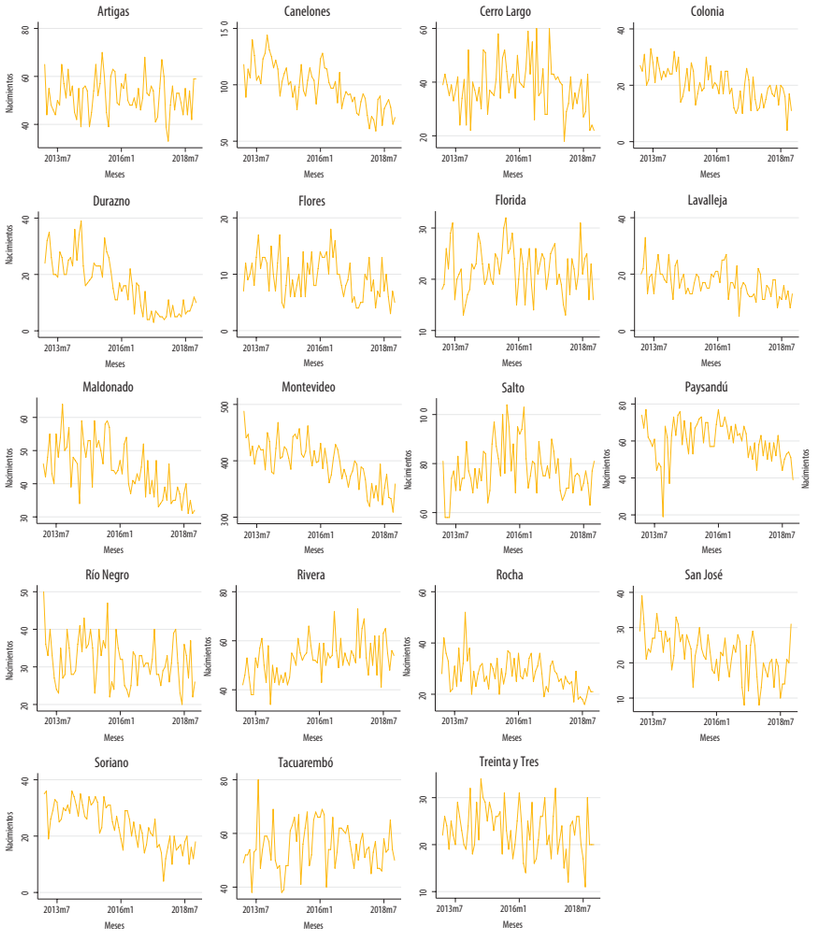
Cabe señalar que las series de nacimientos sobre afiliadas por departamento presentan una alta volatilidad que se debe casi enteramente al comportamiento de los nacimientos (Figuras 5, 6 y 7).

Figura 5.
Nacimientos sobre afiliadas mensuales.
Mujeres de 15 a 29 años por departamento para el sector público



Fuente: elaboración propia a partir de información del CNV

Figura 6.
Nacimientos mensuales.
Mujeres de 15 a 29 años por departamento para el sector público



Fuente: elaboración propia a partir de información del CNV

Figura 7.
Afiliadas mensuales.
Mujeres de 15 a 29 años por departamento para el sector público



Fuente: elaboración propia a partir de información del CNV

Dado que parte de esta volatilidad se debe a la presencia de estacionalidad en la serie, como se observa en la Tabla 1, se aplican diversas estrategias de suavización: se agrupan los datos trimestralmente, se usan medias móviles (se promedia cada dato con los 12 meses anteriores), se aplican el filtro de Kalman y el de Hodrick Prescott.

Tabla 1.
Estacionalidad de los nacimientos por departamento

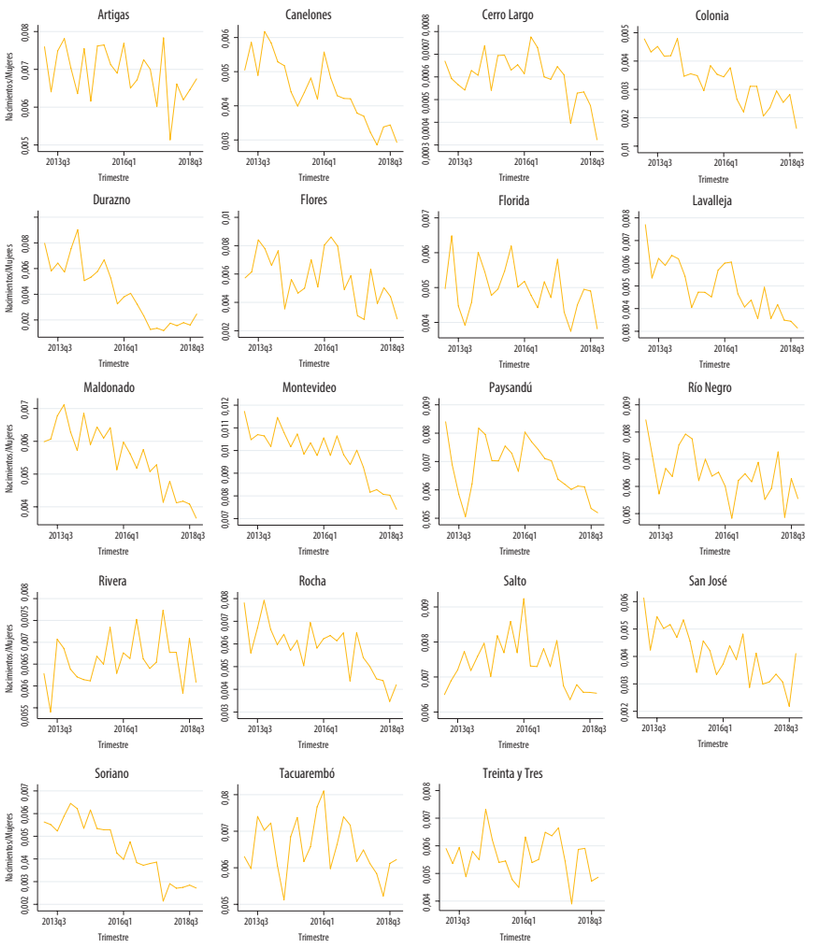
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Total
Artigas	3,28[1]	0,27	3,10[1]	0,39	0,12	-2,89	1,54	0,73	4,01[2]	-3,45[1]	-4,72[2]	-2,38	23,61[2]
Canelones	4,26	-5,23[1]	1,02	-3,37	5,33[1]	-0,06	-1,76	-0,41	2,30	12,00[3]	-10,59[3]	-3,49	37,62[3]
Cerro Largo	2,29	-1,76	5,42[1]	-1,52	3,03	1,02	0,08	-0,63	2,76	-3,63	-3,81	-3,25	12,31
Colonia	1,48	-0,31	2,36[1]	0,43	1,04	-1,54	0,62	-0,91	-0,99	0,52	-1,21	-1,49	9,31
Durazno	-1,11	-0,79	0,94	-1,12	2,30	1,79	0,42	-1,50	0,54	0,17	-2,78	1,12	5,65
Flores	-0,75	0,20	-0,10	1,05	-0,55	0,10	-0,45	1,05	-0,40	0,05	-0,70	0,54	7,07
Florida	-2,33	-0,65	1,06	-1,39	1,27	5,51[3]	0,28	0,21	0,98	-0,75	-1,61	-2,57	11,82
Lavalleja	-0,54	0,07	2,15	0,14	-0,92	-0,50	-1,91	1,28	0,59	0,87	-1,28	0,06	5,65
Maldonado	1,79	-0,34	1,63	0,85	-1,73	-2,36	1,26	-0,22	0,20	0,97	-0,21	-1,84	8,91

	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Total
Montevideo	12,31[2]	-26,53[3]	2,42	-6,57	14,19[3]	-6,71	6,65	5,66	11,66[2]	9,47[1]	-23,98[3]	1,43	73,61[3]
Paysandú	4,39[2]	-0,65	4,62[2]	-0,22	2,60	0,56	-0,97	0,84	1,21	-3,03	-7,86[3]	-1,50	27,99[3]
Río Negro	0,15	1,12	0,71	0,57	0,80	-2,78	0,37	0,46	0,31	-0,01	-2,22	0,51	27,92[3]
Rivera	2,73[1]	-5,29[3]	-1,37	-2,55	0,37	-0,31	2,52	4,04[2]	1,66	-0,12	1,10	-2,78	3,46
Rocha	-0,02	-0,13	-2,00	0,82	-0,15	-1,81	1,41	-1,03	0,53	0,13	0,07	2,62	3,88
Salto	3,05	-1,51	2,08	-0,13	5,56[3]	1,40	1,64	0,18	0,22	-4,49[2]	-6,40[3]	-1,57	29,13[3]
San José	2,13[1]	-1,48	1,96	-2,04[1]	1,45	1,89	-1,27	-2,87[2]	-0,03	0,26	-0,60	0,60	19,28[1]
Soriano	-0,10	1,81	-0,52	-0,32	1,56	-0,03	3,20[1]	0,89	-1,95	-0,41	-2,35	-1,77	10,11
Tacuarembó	0,29	0,68	4,39	-3,21	-3,71	-1,85	3,07	-2,36	-0,67	1,59	1,33	0,45	7,04
Treinta y Tres	2,92[3]	-0,77	0,40	-2,88[3]	0,68	1,05	0,07	-0,97	1,95[1]	-0,13	-1,42	-0,90	21,88[2]

Fuente: elaboración propia a partir de datos del CNV
ESTADÍSTICOS ENTRE PARÉNTESIS. (3) P<0,01, (2) P<0,05, (1) P<0,1

Los resultados son similares para todos los métodos mencionados, pero se selecciona el de medias móviles para este estudio debido a que su interpretación resulta más intuitiva. Las series trimestrales por departamento se presentan en la Figura 8.

Figura 8.
Nacimientos sobre afiliadas trimestrales.
Mujeres de 15 a 29 años por departamento para el sector público



Fuente: elaboración propia a partir de información del CNV

Finalmente, como se dijo, se cuenta con información del número de implantes enviados mensualmente a cada uno de los departamentos desde 2014 hasta 2018 suministrada por ASSE y por el Laboratorio Dorrego. Esta información presenta también algunas limitaciones. En primer lugar, si bien se conoce el momento en que fueron enviados los implantes a cada uno de los departamentos, no es posible determinar la fecha en que estos fueron efectivamente colocados. De todas maneras, si se supone que no son enviados nuevos implantes hasta que se colocan los anteriores, el stock acumulado es una buena aproximación al número de implantes colocados en cada departamento. Adicionalmente, al ser información departamental, debe suponerse que los implantes que fueron enviados se colocaron solo en ese departamento y que las mujeres no se trasladan de un departamento a otro para acceder a ellos. Por último, no se cuenta con información de la cantidad de implantes que fueron retirados, por lo que se supone que todos los implantes enviados se colocaron y que no se retiraron en esta etapa. Cabe señalar que para un número reducido de casos (aproximadamente quince mil), mayormente de la zona metropolitana, se dispone de información nominalizada de las usuarias, lo cual permite establecer algunas hipótesis sobre, por ejemplo, la edad más frecuente a la que se colocan el implante.

Dado que parte del supuesto de identificación radica en la variabilidad en la aplicación de la política por departamento, en la Tabla 2 se presenta para cada departamento el inicio de la política, el momento en que se alcanza potencialmente al 5 % de las usuarias y el total de implantes en cada departamento.

Tabla 2.
Inicio de la política por departamento, cobertura y cantidad de implantes por departamento

	Comienzo implantes		5 % usuarias		Total de implantes
Canelones	Mayo	2014	Mayo	2015	8018
Montevideo	Junio	2014	Febrero	2015	23.465
Artigas	Noviembre	2014	Junio	2016	900
Cerro Largo	Noviembre	2014	Abril	2015	1606
Florida	Noviembre	2014	Marzo	2015	1953
Río Negro	Noviembre	2014	Octubre	2015	1500
Rivera	Noviembre	2014	Junio	2015	1813
Paysandú	Diciembre	2014	Octubre	2015	2623
Maldonado	Febrero	2015	Julio	2015	3040
Tacuarembó	Mayo	2015	Julio	2016	2337
Soriano	Octubre	2015	Diciembre	2015	1947
Treinta y Tres	Octubre	2015	Enero	2016	1100
Durazno	Noviembre	2015	Enero	2016	1600
Salto	Noviembre	2015	Octubre	2016	1714
Rocha	Diciembre	2015	Marzo	2016	1444
Colonia	Enero	2016	Marzo	2016	2401
Flores	Enero	2016	Enero	2016	1100
San José	Noviembre	2016	Mayo	2017	930
Lavalleja	Diciembre	2016	Enero	2017	1013

Fuente: elaboración propia a partir de información de ASSE

Teniendo en cuenta las consideraciones previas, es posible construir un panel trimestral no balanceado por subsector y departamento entre 2013 y 2018. En el caso del subsector público puede construirse mensualmente.

3. Estrategia empírica

Con el fin de evaluar cuantitativamente los efectos de la política de implantes sobre los nacimientos, se adopta una metodología de estudio de eventos. Esta metodología implica considerar un determinado momento (*evento* o *momento cero*) a partir del cual es esperable que la política tenga efectos, y que varía en cada departamento. En concreto, se consideran dos momentos de inicio de la política en cada región: la llegada del primer envío de implantes y el momento en que potencialmente la cantidad de implantes disponibles es suficiente para cubrir al 5 % de las usuarias. Luego, se comparan los resultados en las variables de interés antes y después del inicio de la política. Esto permite utilizar las diferencias en los tiempos de implementación de la política en cada departamento para evaluar los efectos en el número de nacimientos antes y después de esta.

En el presente trabajo se consideran dos aproximaciones: dinámica y promedio. En la primera aproximación, a fin de considerar resultados en períodos más breves afectados por tendencias, se considera un análisis mensual de la evolución de los nacimientos en relación con las afiliadas. Se considera como momento cero el primer envío de implantes a cada departamento y se compara cada mes contra el mes anterior al momento cero. Si los implantes son un factor relevante en la caída de la natalidad, se debería observar que los nacimientos en el subsector público son constantes antes del evento y que comienzan a caer luego de su ocurrencia. En el segundo caso, se considera el efecto medio luego de la política en comparación con la situación previa al inicio de esta. Si los implantes son un factor que incide en el cambio en los nacimientos, el coeficiente debería ser menor a cero. Las ecuaciones estimadas en cada caso se presentan en el anexo.

En el caso del efecto promedio, se realizan distintos ejercicios. En primer lugar, se considera como momento cero el momento en que comienzan a ofrecerse los implantes. En segundo lugar, se imputa como cero el momento en que el número de implantes enviado a cada departamento es suficiente para dar cobertura al 5 % de las usuarias del subsector público. Finalmente, buscando corroborar si los posibles cambios en las tasas de nacimiento son resultado de la política (pruebas de robustez), se repiten las estimaciones considerando como momento cero del evento nueve meses antes del comienzo del ofrecimiento de los implantes y se analizan los efectos en el sector privado. En estos dos casos no se esperaría encontrar efectos significativos de la política.

Todas las estimaciones cuentan con efectos fijos por departamento y mes con el fin de dar cuenta de otras políticas o factores que podrían estar ocurriendo en cada departamento o en algún trimestre específico y que puedan confundirse con la política analizada. Buscando indagar si ocurren efectos heterogéneos, se replican las estimaciones para distintos grupos de edades (15 a 19, 20 a 24 y 25 a 29 años).

Cabe señalar que la metodología no permite distinguir la política de implantes de otras que se hayan desplegado con un cronograma similar en cada departamento y que podrían afectar el número de nacimientos. Un ejemplo claro es la capacitación del personal de salud a medida que la política de implantes se despliega, pero también podría, por ejemplo, incrementarse la disponibilidad de otros métodos de anticoncepción que pudieran ser un factor explicativo del descenso de la natalidad en el período analizado. Lamentablemente no se dispone de información que permita verificarlo. En el caso de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), que es legal en el país desde 2013, si bien se produce un incremento de las interrupciones en el período 2013-2017 (último dato disponible), no es de gran magnitud tampoco en el período analizado. Sería relevante poder contar con mayor información sobre métodos alternativos, para poder analizar en mayor profundidad sus posibles efectos sobre la caída de la natalidad.

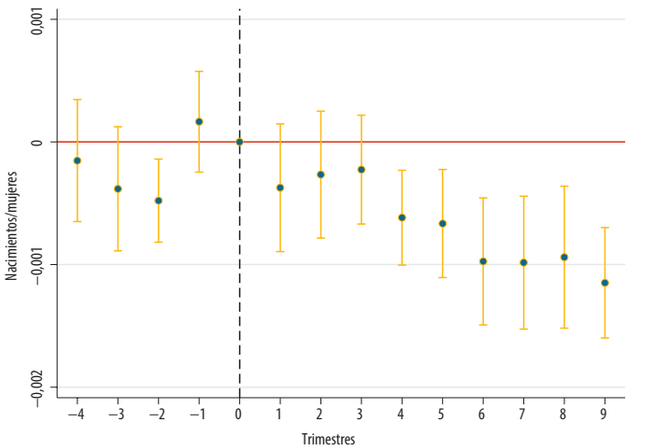
4. Resultados

En esta sección se presentan los resultados del estudio de eventos. El objetivo de este estudio es determinar la magnitud del cambio en la cantidad de nacimientos por afiliada al sector público ocurrido a raíz de la introducción de la política. Como fue descrito en la sección 3, se utilizarán dos aproximaciones complementarias: evento dinámico y promedio. El análisis se hace principalmente a partir de herramental gráfico. Para identificar efectos a raíz de la introducción de los implantes los coeficientes estimados correspondientes a los meses o trimestres posteriores al cero (momento de introducción de la política) deberían ser estadísticamente significativos y menores a cero (indicando una caída en los nacimientos por afiliada). Cada coeficiente estimado (identificado con un punto en el gráfico) es acompañado de un intervalo de confianza al 90 % (que el intervalo atraviese el cero en el gráfico implica que el coeficiente no es estadísticamente distinto de cero). Asimismo, se espera que antes de la implementación de la política todos los coeficientes sean estadísticamente iguales a cero, es decir, que no haya impactos de la colocación de implantes en los nacimientos con anterioridad al despliegue de la política.

4.1. Estudio de evento dinámico

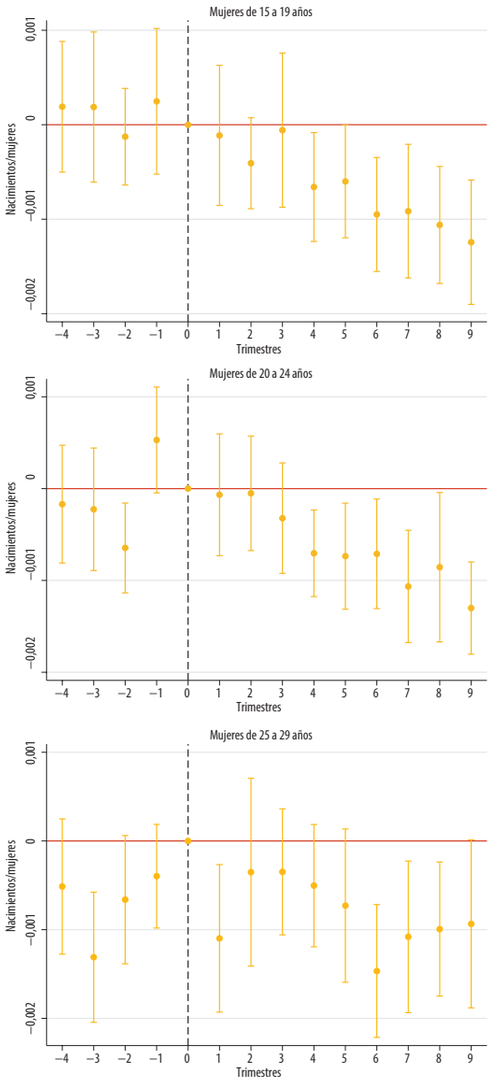
En el análisis dinámico de la introducción de la política se considera la evolución de los nacimientos por afiliada en comparación al trimestre de inicio de la política (t = 0). Este análisis permite identificar los cambios trimestrales que puedan verse compensados cuando el análisis se hace en términos medios, así como detectar tendencias previas que puedan explicar la caída en los nacimientos por razones ajenas a la política de implantes. Se espera que los coeficientes anteriores a la política sean no significativos y que presenten una tendencia descendente a partir de allí. Lo anterior implicaría un cambio en la tendencia en las tasas de nacimientos por afiliada a partir de la introducción de la política. Los resultados de este análisis se presentan en la Figura 9 para todas las mujeres de entre 15 y 29 años en su conjunto y, en la Figura 10, descomponiendo el efecto por grupos de edades.

Figura 9.
Estudio dinámico de evento trimestral para las afiliadas al subsector público. Mujeres de entre 15 y 29 años



Fuente: elaboración propia a partir de datos de ASSE, del Rucaf y del CNV

Figura 10.
Estudio dinámico de evento trimestral para las afiliadas al subsector público por grupos de edad

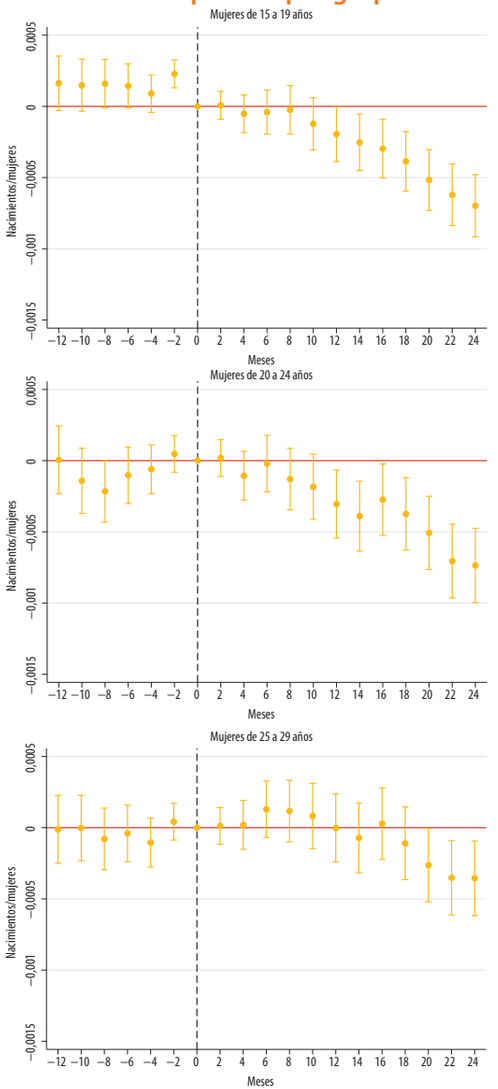


Fuente: elaboración propia a partir de datos de ASSE, del Rucaf y del CNV

En ambos gráficos se observan efectos de la política a partir del cuarto trimestre de su aplicación para todas las mujeres de entre 15 y 29 años. Dado que en el caso del sector público se dispone de datos mensuales, se descompone a las usuarias por grupos etarios, utilizando también esta información que permite analizar en mayor detalle el momento y magnitud del descenso para cada grupo (Figura 11).

Se observa que, si bien en promedio para todas las mujeres analizadas el descenso de la tasa de nacimientos por afiliada comienza en torno al mes 14, este es anterior y se da de manera más pronunciada para las mujeres más jóvenes.

Figura 11.
Estudio dinámico de evento mensual para las afiliadas al subsector público por grupos de edad



Fuente: elaboración propia a partir de datos de ASSE, del Rucaf y del CNV

4.2. Estudio de evento promedio

Para realizar el primer abordaje, evento promedio, se consideran la cantidad de nacimientos en relación con las afiliadas del subsector público antes y después de la política tomando como evento aquel cuyo momento cero corresponde al inicio de la política (primer envío de implantes).

Asimismo, se organizan tres grupos de estimaciones para ver los impactos a lo largo del tiempo: de cortísimo plazo (entre el mes 1 y 9 de implementación de la política), de corto plazo (a 10 a 18 meses de implementada la política) y de mediano plazo (a 19 a 30 meses de implementación). Los resultados se presentan en la Tabla 3.

Tabla 3.
Estudio de evento promedio por subgrupos de edades y plazos de implementación

	1	2	3	4
Variables	15 a 29	15 a 19	20 a 24	25 a 29
Cortísimo plazo	-0,00000272	-0,0000582	-0,0000231	0,000000952
(1-9 meses)	(-0,0739)	(-1,339)	(-0,435)	(-0,175)
Corto plazo	-0,0000795	-0,000200	-0,000121	-0,0000181
(10-18 meses)	(-1,617)	(-3,492)(3)	(-1,736)(1)	(-0,252)
Mediano plazo	-0,000236	-0,000351	-0,000318	-0,000203
(19- 30 meses)	(-4,085)(3)	(-5,289)(3)	(-3,939)(3)	(-2,447)(2)
Constante	0,00714	0,0066	0,00821	0,00662
	(-42,59)(3)	(-40,23)(3)	(-33,47)(3)	(-25,81)(3)
Observaciones	627	627	627	627
N.º datos	19	19	19	19
EF Dpto.	Sí	Sí	Sí	Sí

Fuente: elaboración propia a partir de datos de ASSE, del Rucaf y del CNV.
Estadísticos entre paréntesis. (3) P<0,01, (2) P<0,05, (1) P<0,1

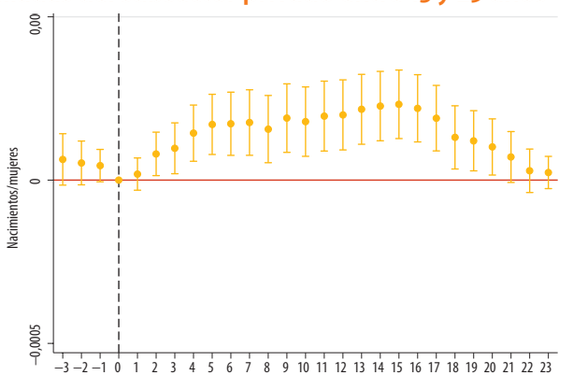
Cabe recordar que los resultados de la estimación surgen en este caso de la comparación de un conjunto de meses posteriores a la implementación de la política con todos los meses previos a esta. Se encuentra que, en el caso del cortísimo plazo, no se producen efectos de la política en la tasa de nacimientos por afiliada en el tramo de edad de 15 a 29 años. En el corto

plazo se encuentran efectos robustos para las mujeres menores de 20 años y más débiles para las mujeres de entre 20 y 24 años. Los efectos de la política se dan sobre todas las mujeres cuando se considera un plazo de su implementación superior a los 18 meses.

4.3. Pruebas de robustez

Para asegurar la robustez de los resultados se replican los análisis anteriores para el caso del subsector privado (Figura 12). Debido a que los implantes fueron introducidos para su uso gratuito únicamente para las usuarias de ASSE, el subsector privado puede actuar como un control en el cual no deberían esperarse cambios en la evolución de los nacimientos por afiliada debido a la política de implantes.

Figura 12.
Estudio dinámico de evento mensual para las afiliadas del subsector privado entre 15 y 29 años

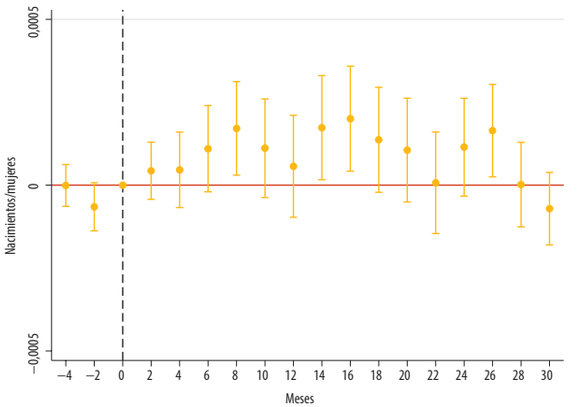


Fuente: elaboración propia a partir de datos de ASSE, del Rucaf y del CNV

Tal como se esperaba, no se encuentran efectos de la política en el subsector privado donde aún no se encontraban disponibles los implantes.

El segundo ejercicio consiste en considerar la tasa de nacimientos de las afiliadas del subsector público para el tramo de edad de interés, pero tomando como momento cero los nueve meses previos al inicio de la política (Figura 13).

Figura 13.
Estudio dinámico de evento mensual para las afiliadas al subsector público de entre 15 y 29 años. Evento placebo con t = 0 a los nueve meses previos de la implementación



Fuente: elaboración propia a partir de datos de ASSE, del Rucaf y del CNV

Como puede observarse no se encuentran efectos de la política cuando se compara con los nueve meses previos a su implementación.

Otras pruebas consistieron en realizar las estimaciones considerando como variable dependiente los nacimientos en lugar de la tasa por afiliadas, ponderando por departamento y utilizando como evento el momento en que se alcanzó una cobertura potencial del 5 % de las usuarias de ASSE en cada departamento. Todos los ejercicios reportan resultados similares.

5. Comentarios finales

El objetivo de este trabajo fue analizar si la política de ofrecimiento gratuito de implantes subdérmicos a las usuarias de ASSE fue un factor explicativo de la abrupta caída en el número de nacimientos producida en el país a partir de 2015. Con este fin, en primer lugar, se realizó un análisis descriptivo del vínculo entre la evolución de los nacimientos y el despliegue de la política teniendo en cuenta distintos elementos, como la transición de las afiliadas entre los subsectores público y privado, la cantidad de nacimientos por subsector y la evolución del número de implantes enviados a cada departamento en los últimos años. A partir de lo observado en esta subsección, el foco del estudio fue el grupo de mujeres de entre 15 y 29 años, distinguiendo entre estos tres subgrupos: 15 a 19, 20 a 24 y 25 a 29 años.

Luego, mediante dos aproximaciones alternativas de estudio de eventos, se estimaron los posibles efectos de la política sobre los grupos de mujeres de interés. Para ambos análisis se encuentran efectos significativos de la política para todos los grupos de mujeres consideradas. Cabe señalar que la magnitud de los efectos es pequeña, aunque no despreciable: a partir del mes 28 de implementación de la política se producen, a causa de esta, 150 nacimientos menos por mes en mujeres de 15 a 29 años afiliadas al subsector público en relación con el mes de inicio la política. El efecto habría sido mayor para las mujeres más jóvenes y habría comenzado antes en el tiempo.

Adicionalmente, se hicieron varios ejercicios para establecer la robustez de los resultados encontrados. En particular, no se hallan efectos de la política en el sector privado ni siquiera considerando una fecha anterior de inicio de esta.

No obstante, estos resultados deben ser tomados con cautela por al menos dos motivos. En primer lugar, como fuera señalado antes, los datos disponibles presentan una serie de limitaciones que pueden afectar los resultados. En segundo lugar, porque se dispone de pocos datos tanto de implementación de la política como para años previos a esta, al tiempo que casi no se dispone de información de métodos alternativos de anticoncepción que puedan estar explicando también la fuerte caída en la natalidad. Finalmente, el efecto encontrado en la caída de la natalidad a raíz de la aplicación de la política de implantes es relevante pero no da cuenta de la totalidad de la caída en el sector público ni de lo acontecido en el sector privado, donde también se observa una fuerte caída. Por lo tanto, uno de los principales resultados de este estudio es que estamos frente a un fenómeno multicausal. Queda pendiente entonces continuar indagando la existencia de efectos causales de esta política con datos más recientes que permitan tener una consideración de más largo plazo, así como la incorporación de nuevos datos que permitan analizar otros vínculos causales.

6. Referencias bibliográficas

López, A.; Pascoll, L.; Farias, C. y Micol, R. (2016). *Estudio sobre experiencias de implantes anticonceptivos subdérmicos desde la perspectiva de los profesionales y las mujeres usuarias de servicios públicos de salud de Uruguay. Informe final*. Montevideo: UNFPA.

Rosenstock, J.; Peipert, J.; Madden, T.; Zhao, Q. y Secura, G. M. (2012). Continuation of reversible contraception in teenagers and young women. *Obstetrics and Gynecology, 120* (6), 1298-1305. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4037699/>.

Winner, B.; Peipert, J. F.; Zhao, Q.; Buckel, C.; Madden, T.; Allsworth, J. E. y Secura, G. M. (2012). Effectiveness of long-acting reversible contraception. *The New England Journal of Medicine, 366*, 1998-2007. doi: 10.1056/NEJMoa1110855

Anexo

En el caso de los efectos dinámicos se estima la siguiente ecuación por mínimos cuadrados ordinarios (MCO).

Ecuación 1:

$$Y_{it} = \sum_{k=-\infty}^{k=B-2} \gamma_k I(K_{it} = k) + \sum_{k=B}^{k=+\infty} \gamma_k I(K_{it} \geq B) + \alpha_i + \lambda_t + \epsilon_{it}$$

Donde:

- Y_{it} es el cociente entre los nacimientos de mujeres que se atienden en un determinado subsector y el total de mujeres de ese subsector en el departamento *i* en el mes *t*
- $I(K_{it} = k)$ es una función indicatriz del momento (B) en el cual llegó el primer implante al departamento *i*
- α_i son efectos fijos por departamento
- λ_i son efectos fijos de tiempo

En el caso de los efectos promedio se estima la siguiente ecuación por MCO.

Ecuación 2:

$$Y_{it} = \beta D_{it} + \alpha_i + \lambda_t + \epsilon_{it}$$

- Y_{it} es el cociente entre los nacimientos de mujeres que se atienden en un determinado subsector y el total de mujeres de ese subsector en el departamento *i* en el mes *t*
- D_{it} es el estatus de haber recibido implantes en el departamento *i*
- α_i son efectos fijos por departamento
- λ_i son efectos fijos de tiempo

En suma

Desde la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994, Uruguay ha hecho avances significativos en el diseño y la implementación de políticas y programas en el campo de los derechos sexuales y reproductivos. Las reivindicaciones y acciones de las organizaciones de la sociedad civil han sido fundamentales para el avance en esta agenda. En los últimos 15 años, el país ha evolucionado en el logro de un robusto marco legal y una política integral al respecto. Se ha trabajado para alcanzar la universalidad en salud y en educación sexual con especial atención en la reducción de las desigualdades, trabajando en lo intersectorial y reconociendo los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, con énfasis en los enfoques de género y generaciones. El Consenso de Montevideo del año 2013 es otro hito clave en este proceso.

El importante descenso de la fecundidad general, y el de la adolescente en particular, puede ser entendido como consecuencia de la implementación de estas políticas y del ejercicio de estos derechos. Para verificar o descartar esta hipótesis y comprender el fenómeno se desarrollaron los tres estudios presentados en este documento.

A decir del estudio de Cabella, Nathan y Pardo, la fuerte caída de la fecundidad marca un hito en la historia reciente de la demografía uruguaya debido a sus características: extrema velocidad, reducción especifica de natalidad en madres adolescentes y muy jóvenes y la no identificación de un único factor desencadenante. Se prevé que estos cambios traigan consecuencias. A corto plazo, se pueden vaticinar al menos dos resultados: la fecundidad total continuará disminuyendo y continuará aumentando la edad media de las mujeres al nacimiento del primer hijo. A mediano plazo, se vuelve muy probable un potencial escenario de recuperación de los nacimientos, ya que una parte no menor de la explicación demográfica de la caída reciente está dada por el aplazamiento de los nacimientos de los primeros hijos. Una explicación global del fuerte descenso requiere tanto considerar los factores que confluyeron en la salida del estancamiento de la fecundidad adolescente como entender las razones y los mecanismos que inclinaron a las mujeres de otras edades a limitar su descendencia. El hecho de que también hayan disminuido los nacimientos de los terceros hijos y

más, cuyas madres suelen ser de edad avanzada, plantea que el interés en controlar más la fecundidad no es privativo de las mujeres adolescentes y muy jóvenes.

Por su parte, el estudio de López Gómez, Brunet y Couto se planteó dos hipótesis: que la incorporación de los implantes anticonceptivos subdérmicos en el país explicaría la caída en los nacimientos entre 2015 y 2017 y que la política de métodos anticonceptivos a partir de 2011 (que incluye la incorporación del implante subdérmico), enmarcada en una política pública con enfoque de derechos sexuales y reproductivos, explicaría el descenso de la fecundidad. A su vez, la inclusión de parteras y médicos de familia en la asesoría y provisión de métodos en la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) habría aumentado la accesibilidad, al tiempo que la Estrategia Nacional e Intersectorial de Prevención del Embarazo no Intencional en Adolescentes habría reforzado las intervenciones intersectoriales. Asimismo, en el subsector privado habría incidido la definición y aplicación de protocolos de atención del embarazo adolescente como parte de las metas asistenciales planteadas por el MSP. Los informantes clave del estudio estuvieron en desacuerdo con la primera hipótesis por considerarla reduccionista y porque no daba cuenta de todos los esfuerzos hechos desde la salud y la educación. Subrayaron que la incorporación de implantes no se realizó como control de la natalidad, sino para aumentar la disponibilidad de métodos desde un abordaje integral y basado en derechos y así promover la autonomía de la decisión de las mujeres. La introducción de los implantes en e l país se desarrolló en el marco de la reintroducción de los otros anticonceptivos disponibles y la promoción de la libre elección. También, reconocieron que el aumento exponencial del uso de implantes implica un beneficio y ventajas para las mujeres. Esta perspectiva sobre el implante coincide con lo planteado en la segunda hipótesis, a la que los expertos adhirieron consensuadamente. También hubo acuerdo sobre la no incidencia específica de la implementación tanto de los servicios de interrupción voluntaria del embarazo como de la Estrategia, aunque esta última sí pudo haber influido en un clima institucional favorable a la salud sexual y reproductiva y particularmente a la anticoncepción. A modo de síntesis, corresponde evaluar si la segunda hipótesis, que generó consenso, se sostiene o es refutada con estudios de carácter explicativo.

Justamente, el trabajo de Ceni, Parada, Perazzo y Sena buscó analizar si la política de implantes subdérmicos implementada en ASSE fue un factor explicativo de la abrupta caída de los nacimientos a partir de 2015. Se hizo un análisis descriptivo del vínculo entre la evolución de los nacimientos y dicha política. Luego, mediante dos aproximaciones alternativas de estudio de eventos, se estimaron los posibles efectos de la política. Para ambos análisis se hallaron efectos significativos de la introducción de implantes en ASSE en todos los grupos de mujeres considerados. Si bien la magnitud de los efectos es pequeña, es importante: a partir del mes 28 de implementación de la política se producen, a causa de esta, 150 nacimientos menos por mes en mujeres de 15 a 29 años afiliadas al subsector público en relación con el mes de inicio la política. El efecto habría sido mayor para las mujeres más jóvenes y habría comenzado antes en el tiempo. Adicionalmente, se hicieron varios ejercicios para establecer la robustez de los resultados encontrados. En particular, no se hallaron efectos de esta política en el sector privado ni siquiera al considerar una fecha anterior de inicio de esta, lo cual reafirma los hallazgos anteriores, pues en los prestadores de salud privados no había comenzado aún la introducción de implantes. Es de destacar que estos resultados deben ser tomados con cautela por al menos dos motivos: que los datos disponibles tienen limitaciones y que se dispuso de pocos datos de implementación de la política como para años previos a esta, a la vez que casi no se cuenta con información sobre otros métodos anticonceptivos que también puedan estar explicando la caída en la natalidad. El efecto encontrado en la caída de la fecundidad a causa de la introducción de los implantes en el país es relevante pero no da cuenta de la totalidad de la caída en el sector público ni de lo ocurrido en el sector privado, donde también se observa un pronunciado descenso.

Por lo tanto, una de las principales conclusiones de estos estudios es que estamos frente a un fenómeno multicausal. Se encontraron factores que contribuyen a la comprensión de la caída reciente de la fecundidad y que muestran la complejidad de los diferentes elementos que intervinieron en la reducción, pero, más allá de hipótesis fundadas, aún no se puede establecer con certeza cómo se combinaron estos factores para producir una caída de tal magnitud en un período tan corto. La introducción de los implantes subdérmicos es un factor clave para el descenso pero no es el único. Es importante destacar que en Uruguay el implante se introdujo

de manera gradual de forma de asegurar la disponibilidad de una amplia gama de métodos y la capacitación de los equipos de salud para garantizar la libre elección por parte de las mujeres. Queda pendiente entonces continuar indagando la existencia de efectos causales de estas políticas desarrolladas con datos más recientes que permitan tener una consideración de más largo plazo, así como la incorporación de nuevos datos que permitan analizar otros vínculos causales. Será necesario también esperar la evolución de la fecundidad en los próximos años, afinar el análisis de los factores ya estudiados y ampliar el rango de variables intervinientes para ensayar análisis que permitan llegar a una explicación más acabada.

En estos años el país ha obtenido resultados concretos de las diversas políticas que se han implementado al respecto de la salud sexual y reproductiva, evidenciados con total transparencia gracias a una mejora sustantiva de los sistemas de registro con los que cuenta en la actualidad el sector salud.

adolescente no intencional, fenómeno que constituía una verdadera deuda histórica del país, de acuerdo a su grado de desarrollo.

La reducción de la fecundidad adolescente, si bien ha acompañado al descenso de la fecundidad general que el país viene experimentando, no la explica en su totalidad. La magnitud del descenso de la cantidad de hijos por mujer y la velocidad con que esto viene ocurriendo en Uruguay han motivado diversas instancias de coloquios que, con participación de la academia, de representantes de organismos públicos y de la cooperación internacional, han buscado analizar y comprender las causas que lo determinan.

En este informe se presenta el resultado de los estudios realizados, que, sin agotar el tema, brindan información clave para la comprensión de los procesos, nutriendo a la política pública de evidencia para su diseño e implementación.