



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PARTERAS**

**Análisis de reincidencias de Interrupciones Voluntarias de Embarazos (IVE)
dentro del marco de la Ley N° 18.987 de usuarias que concurren al servicio
de Salud Pública de Cerro Largo Uruguay, desde noviembre 2012 a
noviembre 2016.**

Trabajo Final de Grado presentado para obtener el título de **Obstetra Partera/o**

AUTORAS: Br. Lygia Rodríguez de Almeida

Br. Ana Paula Sambucetti

TUTORA: Prof. Adj. Lic. Stephanie Guirin

Montevideo, Marzo 2018

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan su mayor agradecimiento a quienes colaboraron para que este trabajo pudiera realizarse.

Entre ellos a integrantes del equipo de Salud Sexual y Reproductiva de la R.A.P (Red de Atención primaria) de Melo y Río Branco, Cerro Largo Uruguay. Especialmente a la Obstetra Partera Diana Moura, a la Licenciada en Enfermería Valeria Osielsky y la Obstetra Partera Laura Olivera.

Por la gran ayuda proporcionada para acceder a las historias clínicas a la Auxiliar de Registros Médicos Victoria Moraes.

Y al equipo del área de Investigación del MYSU (Mujer y Salud en Uruguay) por la información proporcionada.

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS.....	2
RESUMEN.....	5
ABSTRATCT.....	7
CAPÍTULO 1	9
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO 2	12
MARCO TEÓRICO	12
Demografía y su introducción en la IVE.....	12
Introducción a la Interrupción Voluntaria del Embarazo	17
Conceptos importantes	17
Reseña sobre el proceso de aprobación de la Ley N° 18.987 y su despenalización en Uruguay	21
IVE en Uruguay.....	23
Procedimiento para la Interrupción Voluntaria del Embarazo	28
Funciones de la Obstetra Partera en la atención pre y post IVE según la OMS y realidad en Uruguay	39
Anticoncepción y planificación familiar	40
CAPÍTULO 3	62
ANTECEDENTES	62
CAPÍTULO 4	67
OBJETIVOS.....	67
CAPÍTULO 5	68
METODOLOGÍA.....	68
CAPÍTULO 6	71
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS	71
Acceso al transporte público para concurrir al servicio de SSyR los días de su funcionamiento, en el Centro de Salud de Melo	73
Descripción de la población seleccionada en el período de noviembre 2012 a noviembre 2016 en el sector público, Cerro Largo	88
Discusión de los datos	112
CAPÍTULO 7	119
CONCLUSIONES.....	119
CAPÍTULO 8	125

RECOMENDACIONES	125
CAPÍTULO 9	126
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	126
CAPÍTULO 10	134
ANEXOS	134

RESUMEN

En el presente trabajo se intenta plasmar y actualizar sobre los diferentes ámbitos que pueden influir directa o indirectamente en las reincidencias de IVE (interrupciones voluntarias del embarazo) a partir de la aprobación de la Ley 18.987 que ampara el procedimiento.

Estudio realizado en Cerro Largo, Uruguay, que refleja su evolución durante el periodo de cuatro años.

Para su realización fue necesario realizar una revisión bibliográfica y de datos, de estudios relacionados a la IVE, tanto a nivel nacional como internacional, en diferentes países del mundo.

Para llevar a cabo la investigación, hacerla propia y original, se relevaron los datos del Centro de Salud de referencia del servicio de SSyR (Salud Sexual y Reproductiva) departamental del sector público, ubicado en Melo capital y con el equipo de IVE en el Hospital de Río Branco. Este último no funciona de forma permanente debido a los escasos recursos, sin embargo, cada vez que cuentan con el equipo necesario se realizan las consultas para el procedimiento completo (ver anexo N°1).

La población estudiada está comprendida por usuarias que durante el periodo de noviembre de 2012 a noviembre de 2016 recurrieron a uno de estos dos centros para repetir el procedimiento dentro del plazo mencionado.

El trabajo, además de un análisis de la caracterización demográfica de la población seleccionada, incluye factores que puedan vincularse con las reincidencias en la IVE voluntario así como el uso de MAC (métodos anticonceptivos) incluido la distribución de los recursos y la ronda rural donde también participan las Obstetras Parteras en el acceso a los mismos por parte de la población. También incluye un

compendio de información sobre la distribución de las policlínicas en la ciudad y en localidades departamentales así como transporte público departamental para acceder a la ciudad de Melo.

Palabras claves: Interrupción Voluntaria del Embarazo, Reincidencia de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, Método Anticonceptivo, Obstetra Partera.

ABSTRACT

In the present work we try to capture and update on the different areas that can directly or indirectly influence the recurrence of IVE (voluntary interruptions of pregnancy) from the approval of Law 18.987 that protects the procedure.

Study carried out in Cerro Largo, Uruguay, which reflects its evolution during the four-year period.

To carry it out, it was necessary to carry out a literature and data review of studies related to voluntary interruptions of abortion, both nationally and internationally, in different countries of the world.

In order to carry out the research, to make it its own and original, the data of the Reference Health Center of the SRH (Sexual and Reproductive Health) departmental service of the public sector, located in Melo capital and with the IVE team in the Hospital were surveyed of Rio Branco. The latter does not work permanently due to scarce resources, however, whenever they have the necessary equipment, the consultations for the complete procedure are carried out.

The population studied is comprised of users who, during the period from November 2012 to November 2016, used one of these two centers to repeat the procedure within the aforementioned period.

The work, in addition to an analysis of the demographic characterization of the selected population, includes factors that can be linked to the recidivism of voluntary abortion as well as the use of MAC (contraceptive method) including the distribution of resources and the rural round where they also participate Obstetric midwives in access to them by the population. It also includes a compendium of information on the distribution of polyclinics in the city and in departmental localities as well as departmental public transport to access the city of Melo.

Key words: Voluntary Interruption of Pregnancy, Recidivism in Voluntary Interruption of Pregnancy, Contraceptive Method, Obstetrician Midwife.

Capítulo 1

INTRODUCCIÓN

La importancia de la ley 18.987 radica en la disminución de la tasa de muertes maternas por abortos en condiciones de riesgo. ^(Poder Legislativo, 2012)

Previo a la despenalización de la ley, en la última década del siglo XX, Uruguay presentó una tasa media de muertes maternas anuales de entre 20 y 40 mujeres respecto a diferentes países del mundo. Un 29% se debieron a abortos clandestinos, de las cuales 48% corresponden al sector público, desde el año 1995 al 2002 se estima una cifra de 33.000 anuales. En el año 2004 comienza a aplicarse la ordenanza 369/04 el cual incluye asesoramiento a la mujer en búsqueda de establecer medidas de protección frente al aborto provocado en condiciones de riesgo, este cambio impactó directa y favorablemente sobre el número de muertes maternas, dado que entre el año 1995 y 2002 se registraron 25 muertes en 100.000 nacidos vivos descendiendo a 9 sobre 100.000 nacidos vivos en el 2005, y posteriormente desde el año 2009 a 2011 no se registraron muertes por abortos clandestinos. ^(MS, 2014)

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), 22 millones de mujeres se practican abortos no seguros cada año. 18,5 millones de ellos ocurren en países en desarrollo. Se estima que 47.000 mujeres mueren de complicaciones por esta causa y las muertes de madres al año por abortos inseguros llegan al 13%. ^(OMS, 2016)

Según el Ministerio de Salud (MS), durante el primer año de implementación de la ley en Uruguay, no se constataron muertes por IVE y hasta el mes de febrero 2016 se informaron 2 muertes por abortos en condiciones de riesgo. ^(MYSU, 2016)

Es relevante destacar que recientemente el MS publicó las tasas moderadoras de la IVE en el Uruguay desde el año 2013 al 2016, exponiendo datos del Sector Público.

En el 2013 se registraron un total de 7.171 IVE anual ascendiendo a un total de 9.719 en el año 2016. ^(MS, 2017) Hasta el momento no se han publicado datos del Sector Privado.

Respecto a la anterior es importante mencionar que el MS no hace referencia sobre casos de reincidencias en la IVE.

El servicio de SSyR del Sector Público en Cerro Largo cuenta con dos dependencias: Centro de Salud dependiente de la Red de Atención Primaria (RAP) ubicada en Melo, y en el hospital de la localidad de Río Branco, recientemente independizado del anterior.

Por otro lado, durante la pasantía del internado en el departamento de Cerro Largo surge la necesidad, tras interactuar e identificar una necesidad sentida en común con el equipo interdisciplinario del servicio de SSyR, por estudiar este tema. Es de interés tener un estudio que se aproxime a las posibles causas o factores que se vinculen con la reincidencia para la IVE. Se realiza el estudio en base a una descripción demográfica de la población que reincide, el acceso al servicio, así como a métodos anticonceptivos para evitar un embarazo no deseado y muertes maternas por abortos clandestinos así como la reincidencia de la interrupción.

Previo al inicio del estudio, es elaborado un contenido conceptual de introducción así como búsqueda bibliográfica de estudios que lo anteceden. Es de importancia el entendimiento de la diferencia entre el aborto clandestino y la IVE para la prevención de la morbimortalidad materna, por otro lado, que sirva de entendimiento en conjunto con la demografía y su evolución en Uruguay que puedan vincularse con aspectos que describen la población que reincide en la IVE en el departamento y tiempo seleccionado.

El desarrollo del trabajo consiste en el estudio de variables encontradas que aportan a la descripción demográfica de la población estudiada, así como la distribución poblacional en un departamento tan amplio en superficie rural como lo es Cerro Largo,

en el acceso que tiene la población al transporte y su repercusión en el acceso a los servicios de SSyR y su importancia para la prevención del embarazo no intencional, la prevención del aborto clandestino y reincidencia en la interrupción voluntaria del embarazo. Posteriormente se analizan los resultados, se extraen conclusiones y a partir de ellas se realizan recomendaciones.

Capítulo 2

MARCO TEÓRICO

Influencia de la Demografía en la IVE

Esta variable es importante para el desarrollo del trabajo dado que durante el mismo se estudian los posibles factores demográficos y socioeconómicos de la población objetivo que influyen en las reincidencias voluntarias del embarazo. En donde la IVE tiene un rol fundamental en la dinámica poblacional departamental y nacional, a través de indicadores demográficos como mortalidad materna, su influencia en la natalidad, entre otros, así como en aspectos socioculturales y proyectos de vida de la población luego de la aprobación de la ley. Los MAC se vinculan directamente con lo anterior, debido a que de utilizarse correctamente, son la primer medida para la prevención del embarazo no intencional y en este trabajo surge el interés de estudiar posibles factores a nivel demográfico que puedan dificultar o favorecer su acceso. Por otro lado la descentralización del servicios de salud, en especial en anticoncepción está dada a través de la ronda rural, llevado a cabo principalmente por Obstetras Parteras, quienes se encargan de facilitar el acceso a toda esta población que tiene como principal desventaja para esto, las distancias, costos y acceso al transporte público, debido a la amplia distribución territorial del departamento.

Concepto de Demografía

Según Luis A. León Castillo, la Demografía (del griego “demos” que significa

“pueblo” y “grafía”, “estudio y descripción”), es una ciencia que tiene pocos años de vida y tiene por objeto buscar un conocimiento profundo sobre determinados puntos por estudiar o ya estudiados.

En resumen, la Demografía estudia los factores que influyen en la dinámica de las poblaciones humanas y los diferentes fenómenos que afectan directamente a sus movimientos: natalidad, migraciones y mortalidad. Lleva a cabo el estudio cuantitativo de las características, como pueden ser: su distribución territorial, su tamaño, diversidad de las mismas, su evolución en el tiempo respecto a los nacimientos, defunciones y migraciones así como fenómenos que permiten la evolución de las diferentes poblaciones del mundo. (León Castillo L. 2015)

Breve reseña de la evolución demográfica en el Uruguay

Según Peregrino, la población del Uruguay estudiada en 7 censos realizados en el siglo XX, llegó en el año 1908 a 1.042.686 personas; a dos millones en el de 1941 y a tres millones en el de 1946. Los demás censos llevados a cabo en los años 1963, 1975, 1986 y 1996, revelaron como resultados 2,5, 2,8, 2,9 y 3,2 millones de habitantes respectivamente, por otro lado el primer censo efectuado en el siguiente siglo exactamente en el año 2011, indicó 3,3 millones, con el margen de error censal se estiman 3,4 millones de personas. . (Varela C. et al., 2008)

Al verificar los nacimientos durante la primera década del nuevo siglo, se verifica un descenso alarmante en el número de nacimientos, de 52.800 en el año 2000 a 46.700 en el año 2011. (Varela C. et al., 2008)

En contraste con respecto a la mortalidad, el mismo aumentó durante esta década de 30.500 a 33.000 en el año 2012, teniendo como resultado un crecimiento vegetativo negativo, en donde el número de fallecidos supera el de nacimientos. Los

historiadores han estudiado los factores socioeconómicos y culturales que influyeron en estos resultados. Se han descrito como principales:

el impacto cultural de la inmigración europea sobre un territorio escasamente poblado; b) la incorporación temprana al modelo occidental; c) unido todo ello a una urbanización precoz que ha llevado a que el 91% de la población sea urbana; d) una actividad económica basada fundamentalmente en la ganadería extensiva que no genera alta demanda de mano de obra; e) el reparto latifundario de la tierra que ha impedido el desarrollo de una población rural, que suele adoptar altos niveles de reproducción; f) características de la actividad económica que no estimulan el crecimiento de núcleos urbanos intermedios y consolidan el crecimiento de la ciudad capital, principal puerto exportador. (Varela C. et al., 2008, p. 35)

En la primera década del siglo, en el interior del país se continúa verificando una tasa alta de fecundidad en edades más tempranas, de 25 a 29 años. Las mujeres allí, tienen más de un hijo promedio, aproximadamente 1,34 mientras que en la capital del país, el número es de 0,85. En mujeres destaca edades de 35 a 39 años, el interior del país indican más hijos que en mujeres de Montevideo de 45 a 49 años (2,46 frente a 2,31 en el año 2006), cuando en la segunda mitad del siglo pasado, se indicaba un modelo familiar con un promedio de 3 hijos. A esto se le suma la mayor información y difusión de MAC, contribuyendo a empoderar y brindar herramientas que permiten controlar y decidir sobre su reproducción. . (Varela C. et al., 2008)

De esta forma la natalidad en el país, fue de a poco descendiendo la fecundidad ubicándose por debajo del nivel de reemplazo poblacional, ya comenzando el siglo actual. A esto debemos sumarle una expectativa de vida mayor y una alta tasa de emigración de jóvenes. (Varela C. et al., 2008)

Descripción demográfica del departamento de Cerro Largo

Es uno de los diecinueve departamentos que componen la República Oriental del Uruguay. Sus límites son con los departamentos: Durazno al oeste, Tacuarembó y Rivera al norte, Treinta y Tres al sur y como departamento fronterizo, al oeste limita con Brasil. (Intendencia de Cerro Largo, 2012)

Su superficie alcanza los 13.648 Km², siendo el cuarto departamento de mayor tamaño del país, contando con una población de 84.698 personas, 43.648 mujeres y 41.050 hombres, siendo uno de los departamentos con mayor índice de femineidad que oscila entre 89 y 103 mujeres por cada 100 hombres, según el último censo. (Instituto Nacional de Estadística, 2011)

Según el censo mencionado Melo se encuentra a 387 Km de Montevideo y cuenta con la mayoría de la población del departamento que se estima con 51.830 habitantes, siendo la segunda ciudad de mayor población Río Branco con 14.604 habitantes. El resto de las localidades son de muy baja población, destacándose con más de 1.000 habitantes a las siguientes: Fraile Muerto 3.168, Isidoro Noblía 2.331, Aceguá 1.511 y Tupambaé 1.122 habitantes.

La población urbana según informe censal prevalece en gran magnitud, con 78.762 personas, frente a 5.936 en la población rural, siendo este apenas el 7% de la población total. Presenta una estructura más joven respecto a la del interior y a la del total del país, especialmente en el tramo de 14 a 17 años, aunque es menor en el caso de 15 a 29 años, que puede reflejar la emigración de la población joven del departamento a otros, especialmente a la capital.

Las previsiones indican que la población del departamento continuará creciendo en los próximos 20 años a un ritmo de 0,55% anual, casi igual al registrado en la última década 0,6% entre 1996 y 2004, según se registra en el censo de 2004, alcanzando casi los 99.000 al 2025, siendo uno de los diez departamentos de más alta tasa de crecimiento. (Cabrera M, 2013)

Introducción a la Interrupción Voluntaria del Embarazo

La IVE es un concepto nuevo en nuestro país desde el 2012, donde fue aprobada la ley para la despenalización del aborto realizado en un SNIS (Sistema Nacional Integrado en Salud) por fuera del marco de la clandestinidad y por ello, a continuación, se desarrollarán conceptos importantes sobre la IVE para su entendimiento y fundamentalmente la diferencia de la misma con el aborto clandestino.

Por otro lado se podrán vincular estos conceptos con la demografía, dado que las muertes maternas por abortos clandestinos que la ley IVE pretende evitar, obtuvieron un impacto importante en el índice de la mortalidad mencionado anteriormente en la historia del Uruguay. Así como se destaca al inicio del trabajo el alto número estimado de abortos clandestinos mensuales en el Uruguay previo a la ley.

Conceptos importantes

Definición de aborto

La IVE forma parte de la definición de aborto, la cual consiste en “toda interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de amenorrea, con un peso del producto de la gestación inferior a 500 g”. (Schwarcz R., Fescina R. y Duverges C., 2005, p. 206)

Clasificación de aborto

El aborto es clasificado según su causa en espontáneo o provocado. Los espontáneos “son los que se producen sin la intervención de circunstancias que interfieren artificialmente en la evolución de la gestación” (Schwarcz et al, 2005, p. 207)

Los abortos provocados son denominados por su nombre por ser “aquellos en los que se induce premeditadamente el cese del embarazo” (Schwarcz et al., 2005, p. 207)

Para la clasificación según Schwarcz, (2005) también se tiene en cuenta la evolución de un embarazo en semanas. Se considera precoz aquel que culmina antes de las 12 semanas, y tardío a las 12 semanas en adelante, siempre y cuando cumpla el criterio para ser definido como tal.

Aborto Provocado

Será desarrollado mediante los conceptos de aborto inseguro o clandestino e IVE.

Aborto Inseguro

La OMS lo define como la “intervención destinada a la interrupción de un embarazo practicada ya sea por personas que carecen de la preparación necesaria o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas, o ambas cosas a la vez”. (OMS, 2014, p. 1)

Los abortos realizados en condiciones de riesgo o abortos clandestinos forman parte de la definición de aborto provocado pero no es resuelto por vía médica o quirúrgica que despenalice su hecho. (OMS, 2014)

Definición de IVE

Es la terminación de la gestación facilitada por personal idóneo, que cuenta con la voluntad de la mujer, usando técnicas y criterios de calidad que garanticen la seguridad del procedimiento, en instituciones de atención integral del Sistema Nacional Integrado de Salud, en las siguientes situaciones establecidas por Ley 18987 1-Dentro de las 12 semanas de edad gestacional, por voluntad de la mujer, siendo mayor de 18 años, ciudadana natural, legal o extranjera con residencia mayor de 1 año (situaciones particulares: menor de 18 años, y con acreditación judicial de incapacidad) 2 – Dentro de las 14 semanas, ante presentación de denuncia judicial de violación. 3 – A cualquier edad gestacional, cuando la continuación del embarazo constituye, a criterio médico, un grave riesgo para la vida o la salud de la mujer embarazada. 4– A cualquier edad gestacional, cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por la Comisión Asesora del Ministerio de Salud (MS). ^(MS, 2016, p. 6)

Definición de Reincidencia de Interrupción Voluntaria del Embarazo

En base a la búsqueda bibliográfica que se llevó a cabo para lograr la base teórica del presente trabajo, no se encontró un concepto consensuado a nivel de autores sobre reincidencia de la IVE, sino que cada uno ha interpretado y definido según sus propios criterios este concepto.

- El departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Akershus Lorenskog, Noruega, en un estudio realizado durante el período de 2007 a 2011, define a la IVE como: Interrupciones de embarazos solicitadas por mujeres con antecedentes de interrupción previas sin definir un plazo.

- El Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Helsinki. Helsinki, Finlandia, llevó a cabo un estudio sobre reincidencias de IVE, entre agosto de 2000 y diciembre de 2002. Se establece como mujeres que solicitan la terminación de al menos un embarazo, durante 24 meses a partir de la primera interrupción.

El criterio definitorio para una Reincidencia en el presente trabajo es tomado luego de dos o más IVE ratificados, sin un periodo de tiempo determinado entre cada uno (teniendo en cuenta el periodo de estudio de 2012 a 2016).

Reseña sobre el proceso de aprobación de la Ley de IVE N° 18.987 y su despenalización en Uruguay

En Uruguay el aborto fue despenalizado y reglamentado en octubre de 2012, bajo la Ley 19.987 y desde noviembre del mismo año mediante el decreto 375/012 en donde no se penaliza como delito dentro de los plazos y condiciones de la misma, como estaba establecido en el código penal desde el año 1938. En los casos previstos por fuera de la ley IVE, sigue siendo un delito definido por los artículos 325 y 325 bis del Código Penal.

La importancia de la ley radica en la disminución de muertes maternas causadas por abortos en condiciones de riesgo como medida sanitaria, realizándose en condiciones adecuadas sin representar un riesgo relevante para la salud materna. En vista del primer balance publicado por el MS año 2014 respecto a la ley, allí indica que en la década previa al año 2.000 el índice de mortalidad materna por abortos clandestinos fue de un 29% del cual, un 48% corresponde a la población de ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado). Durante esa misma década se estimó una cantidad de abortos anuales de 33.000. Allí además se informa que en el año 2013 la cantidad de IVE en el marco legal se estimó en 6.676. Hasta ese momento actual hay 2 muertes maternas por abortos en condiciones de riesgo informadas por el MS desde que comenzó a aplicarse la ley. ^(MS, 2014)

Según las preocupaciones a nivel mundial de la salud, la OMS informa sobre las muertes por abortos inseguros, el cual calcula que cada año se efectúan 22 millones de abortos clandestinos siendo la mayoría en países en desarrollo, y calcula que en el 2008 se produjeron 47.000 defunciones a causa de los mismos. ^(OMS, 2016)

Sobre la Ley N°18.426, se hace alusión a dos aspectos importantes:

1. El MS también establece medidas políticas y sanitarias en búsqueda de disminución de la práctica de la IVE en base a la educación en salud y derechos

sexuales y reproductivos, planificación familiar y anticoncepción, así como servicios integrales de SSyR seguros para la IVE.

2. Es importante destacar que frente a situaciones que la ley no contempla la interrupción, el personal de salud está obligado a informar y asesorar a la mujer sobre el procedimiento a seguir bajo la Ley N°18.426: Defensa del derecho a la Salud Sexual y Reproductiva 1° de diciembre de 2008, dedicado a la prevención de abortos inseguros. (Poder Legislativo, 2008)

Interrupción Voluntaria del Embarazo en Uruguay

La IVE en Uruguay se enmarca bajo la Ley N°18.987 y es aplicada en los servicios del SNIS. Sus principios generales están descritos en el artículo 1°.

El Estado garantiza el derecho a la procreación consciente y responsable, reconoce el valor social de la maternidad, tutela la vida humana y promueve el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población, y aclara que no es un procedimiento destinado para control de nacimientos. (Poder Legislativo, 2012. Ley N°18.987, Art. 1)

Está dispuesta en el artículo 2°, donde no penaliza la IVE justificada mediante los artículos 325 y 325 bis del Código Penal, siempre y cuando se cumplan con los requisitos para la ley realizándose el procedimiento dentro de las primeras 12 semanas de gestación.

Se comenzó a aplicar en todo el país a partir de los 30 días de su promulgación, el día 17 de octubre de 2012.

El Poder Legislativo (2012) estipula mediante la ley IVE que frente a situaciones generales la usuaria debe ser:

- Mayoría de edad.
- Menor habilitada es decir de 16 años o más que haya contraído matrimonio o no habilitada con la firma del consentimiento por su médico tratante, padre madre o tutor o en el caso de no acceder puede acudir al aval del Juez.
- Usuaria declarada incapaz judicialmente cuya IVE es solicitada por su curador.

Situaciones generales

- Edad gestacional no mayor a las 12 semanas de gravidez, constatada por ecografía ginecológica que informe embarazo intrauterino con feto vivo.
- Ciudadanía natural, legal o residente desde un período mayor o igual a un año constatado mediante CI, historia clínica u otro documento.
- Por otro lado, debe acceder al grupo, Rh y Coombs así como las 3 consultas que se requieren para acceder a la IVE dentro de los plazos establecidos. (Poder Legislativo, 2012)

Excepciones

En casos en los que no se cumplan los requisitos generales para la interrupción del embarazo, la ley plantea tres excepciones para que no se penalice por Ley:

- “Cuando la gravidez implique un grave riesgo para la salud de la mujer”, (Poder Legislativo, 2012. Ley N°18.987 Interrupción Voluntaria del Embarazo, Artículo 6, Inciso A)
- Ante detección de “malformaciones incompatibles con la vida extrauterina” (Poder Legislativo, 2012. Ley N°18.987 Interrupción Voluntaria del Embarazo, Artículo 6, Inciso B)
- Cuando la gestación es producto de una violación sexual, la ley ampara a la mujer a realizarse el procedimiento hasta las 14 semanas inclusive siempre y cuando cuente con la denuncia judicial. (Poder Legislativo, 2012)

Deberes del Sistema Nacional Integrado en Salud y de los Profesionales

En referencia al tiempo de implementación de la ley IVE hace no más de 4 años, el país se encuentra en constante capacitación a todos los profesionales partícipes o quienes están dispuestos a participar del procedimiento incluido actualizaciones en base a su reforma a través del SNIS. (Poder Legislativo, 2012)

Dado la ética profesional y derechos del usuario incluido lo referenciado por la ley IVE, la identidad de la usuaria es protegida durante todo el procedimiento en base a la Ley 18.331 denominada Protección de datos personales y acción de “Habeas Data”. (Poder Legislativo, 2008)

El SNIS tiene la obligación de proporcionar los servicios de SSyR a toda la población, dando la posibilidad del acceso a consultas que cuentan con todos los recursos desde físicos, humanos, entre otros, que un servicio en salud comprende para su atención, incluido la descentralización de dichos servicios para su acceso por parte de toda la población. (Poder Legislativo, 2012)

Desde la implementación de la ley, el servicio de SSyR se ha expandido aumentando su número de equipos interdisciplinarios para la atención en la IVE en todo el país especialmente para el cumplimiento de su propósito, rompiendo barreras desde lo social, cultural, entre otros aspectos sociodemográficos para evitar los abortos clandestinos que han ocasionado innumerables muertes maternas e impactado en el índice de la mortalidad materna, proporciona fundamentos teóricos mediante actividades de educación así como la administración de anticonceptivos de elección para la prevención del embarazo no intencional y evitar situaciones no exentas de riesgo como la IVE, proporcionando herramientas para que la decisión de la mujer sea libre, consciente e informada sin intervenciones en su decisión por parte del equipo de salud. (Poder Legislativo, 2012)

La ley responsabiliza al equipo de salud a brindar información y asesoramiento

a la usuaria respecto a los métodos anticonceptivos para la prevención del embarazo no intencional teniendo en cuenta su planificación familiar a futuro, además de garantizar y asegurar que la misma no esté bajo coacción de terceros ya sea en su decisión de interrupción o de continuación con el embarazo. ^(Poder Legislativo, 2012)

En referencia a lo anterior, a la importancia que tiene la prevención y promoción de salud, la cuarta consulta es imprescindible para un diagnóstico post evento sea aborto completo o incompleto detectando complicaciones o elementos de riesgo para su resolución, asesoramiento y obtención de un método anticonceptivo de ser posible en la cuarta consulta. La reforma de la ley en 2015 no proporciona derecho a los profesionales de la salud a ser objetada esta última consulta. ^(Poder Legislativo, 2012)

La ley dispone que tanto los médicos Ginecotocólogos y el personal de salud que tenga razones personales para objetar, debe informar a la institución del SNIS donde desempeña su labor, pudiendo manifestarse o revocarse en cualquier momento. Puede abstenerse de realizar las consultas de IVE 1, 2 y/o 3, pero no la IVE 4 así como en el caso excepcional, en donde la gravidez supone un riesgo para la usuaria, sin embargo, cuando el motivo de consulta sea la IVE, cuenta con la obligación personal de realizarle la derivación correspondiente en el menor plazo posible. ^(Poder Legislativo, 2012)

Es el MS quien se encarga de llevar el registro de todos los datos estadísticos relacionados a las consultas e interrupciones realizadas, procedimientos ante situaciones excepcionales, número de consultas rectificadas, los nacimientos y datos sociodemográficos pertinentes en función de evaluar los efectos de la presente ley. Razón por lo que los profesionales de la salud deben registrar todos los datos a informar que luego se tendrán en cuenta para indicadores a nivel país así como sujetos a investigaciones como sugiere la ley. ^(Poder Legislativo, 2012)

Ley 18.426: Ley sobre Salud Sexual y Reproductiva

Es la ley que implica la Salud Sexual y Reproductiva según el Poder Legislativo (2008), por lo que se resaltan varios aspectos vinculados a la ley IVE:

- Respecto a los derechos de niños, niñas y adolescentes, la ley proporciona el derecho a los mismos a obtener información y acceso a todos los servicios de salud incluso SSyR, debiendo ser respetada la confidencialidad de la consulta.
- Especifica que los derechos ejercidos por los mismos serán de acuerdo con sus facultades, obteniendo siempre derecho a ser oídos y recibir las respuestas pertinentes que tengan efecto en su vida.
- Es deber por Ley N° 18.987 que el personal de los servicios del SNIS y SSyR desempeñe funciones, tome conocimiento de las actualizaciones respecto a la IVE, basándose en la ley aprobada en octubre 2012 y sus correspondientes reformulaciones donde además incluye el manual de procedimientos para la misma y guía técnica 2015.

Procedimiento para la Interrupción Voluntaria del Embarazo

Está dispuesto por el MS a través de la normativa del Poder Legislativo bajo la Ley IVE en conjunto con manual y guía técnica para para el manejo en la consulta y desarrollo de dicho proceso.

Su propósito:

Se enmarca en los avances en la atención de la salud sexual y reproductiva, con perspectiva de derechos y género, en particular vinculada a la disminución de riesgos y daños del aborto inseguro y a las consecuencias del embarazo no intencional ni planificado, al descenso de la mortalidad y morbilidad de las mujeres, ya avanzada en el país mediante la instrumentación de la Normativa. “Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo” (Ordenanza 369/04). ^(MS, 2016. p 6)

Procedimiento de la IVE

Es importante aclarar que luego de la primera publicación del manual y guía técnica en edición 2012, se realizó una segunda edición y actualización en 2016.

Son establecidas por ley, tres consultas previas a la IVE y una post interrupción destacadas a continuación. Durante éstas el personal de salud no emitirá ningún juicio de valor respecto a la decisión de la usuaria, la cual debe ser libre e informada respetando siempre la autonomía de la misma. ^(MS, 2016)

Primera consulta

Está a cargo de un integrante del equipo sea Ginecotocólogo o incluso la Obstetra Partera, quien en esta última modificación si bien no está directamente habilitada, si el Centro Asistencial lo considera, puede realizar dicha consulta. Allí se recibe la voluntad de la mujer en forma verbal para con la IVE, estando incluida en las consultas de puerta de emergencia. Se verifican los requisitos necesarios: edad gestacional calculada por Fecha de Última Menstruación (FUM) que luego es corroborada con ecografía (de acuerdo a los plazos legales teniendo en cuenta la situaciones generales o excepcionales) y los restantes requisitos.

El profesional que a través de la anamnesis recaba y registra tanto en la historia clínica como en el formulario de solicitud, toda la información necesaria médico legal. Esta información debe incluir: las circunstancias que expresa la usuaria que conllevan a esta solicitud, los datos como Cédula de Identidad (CI), edad, ciudadanía, FUM, fecha de la presente consulta, así como establecer en formulario fecha y hora para la segunda, teniendo lugar ese mismo día o al siguiente, firma, N° caja profesional y contrafirma del profesional responsable. Se profundiza en los antecedentes ginecobstétricos, sexuales, personales, familiares, inmunológicos, conyugales (de ser pertinentes), socioeconómicos y culturales, así como situaciones de violencia de género (Ver anexo N°2).

Se realiza un examen físico en vista de descartar factores que aumentan los riesgos de complicaciones para la IVE, examen de útero y anexos, para así tener elementos clínicos que posibiliten un embarazo intrauterino y aproximación de evolución del mismo. En caso de diagnóstico de infección genital baja se realizará tratamiento.

Se solicita la paraclínica estipulada, es decir ecografía ginecológica con preferencia transvaginal y clasificación de grupo sanguíneo, Rh y Coombs.

El personal de salud tiene la responsabilidad de informar a la usuaria, sobre los medios para acceder a los servicios de IVE. En lo que respecta a Cerro Largo, por tener alto porcentaje de población rural o alejada de los servicios de SSyR, es importante

conocer las rutas y servicios de transporte e informar cómo acceder a los mismos.

Se informa a la mujer que tiene derecho a ser acompañada por una persona de su confianza si así lo desea, durante las consultas y el proceso estipulado.

Ante situaciones donde la usuaria no cumpla los requisitos para la IVE, es asesorada sobre las medidas de disminución de riesgos y daños, con respecto al procedimiento según la Ley 18.426 y su ordenanza 369/004 citada anteriormente.

Segunda consulta

Debe ser realizada por el equipo interdisciplinario integrado por Ginecotocólogo, profesionales de Salud Mental y de Área Social así como la Obstetra Partera u otro profesional de la salud que tenga interés en participar, también es parte de la última actualización de la ley, actuando el equipo interdisciplinario de forma conjunta y simultánea. En la misma se asesora e informa sobre el período de reflexión mínimo de 5 días para la tercera consulta (En casos de que la usuaria expresa que necesita un plazo mayor).

Esta se desarrolla en un ambiente de apoyo psicológico y emocional, dando alternativas, informando sobre programas de apoyo económico y social, sobre todo en usuarias que manifiestan dificultades y/o deseo de continuar con el embarazo, así como el procedimiento en casos de adopción.

Se completa formulario y registra en historia clínica los datos correspondientes a esta consulta con fecha, nombres de cada especialista y sus respectivas observaciones firmadas. Durante esta consulta es necesario preguntar a la mujer si desea que el progenitor también sea entrevistado, se aclara que este punto fue incorporado al formulario con la reforma del mismo en 2015, para su aplicación en 2016.

El equipo interdisciplinario actúa en conjunto en esta consulta, a partir de la

reforma de la ley, no obstante cada profesional valora a la usuaria desde su formación. El Ginecotólogo informa sobre el contenido del consentimiento informado (ver anexo N°3) basándose en evidencia científica, asesora y brinda información sobre las alternativas de la IVE, evalúa la paraclínica solicitada y con la ecografía corrobora la edad gestacional y calcula la fecha para la tercer consulta a la mayor brevedad posible, sin exceder el plazo máximo que corresponde a las 12 semanas.

Con respecto a la valoración por parte del profesional de Salud Mental, este se encarga de facilitar herramientas para que la toma de esta decisión sea de manera informada y autónoma. También evalúa la posibilidad de requerir un acompañamiento del proceso que superen el máximo de consultas establecidas por ley.

Por otro lado la actuación del Área Social está fundamentalmente enfocada al asesoramiento sobre los respectivos derechos mencionados por ley, así como las alternativas a la IVE tales como: continuar con el embarazo y responsabilizarse por el mismo o iniciar el proceso de adopción, proporcionando además información sobre programas de apoyo social, económico y de vivienda, entre otros que contribuyan a superar las situaciones en que fue sobrevenida la concepción, acompañando el proceso en función de la decisión de la mujer.

Al finalizar esta consulta, se deja registrado y coordinado en formulario e historia clínica, fecha de la tercera consulta, la cual debe ser al sexto día contado a partir de la IVE 2.

Tercer consulta

Quién la realiza debe ser Ginecotólogo, donde la usuaria rectifica o ratifica su voluntad final. En éste último caso se aplican las recomendaciones contenidas en la guía técnica para la IVE y el manual de procedimientos en donde el médico debe verificar el cumplimiento de los pasos y plazos correspondientes a través del formulario de la IVE y

la constancia de asesoramiento que entrega la usuaria.

En dicha consulta el médico evalúa la paraclínica solicitada anteriormente, verificando edad gestacional, inserción embrionaria debiendo ser un embarazo intrauterino viable para la IVE (teniendo en cuenta el plazo máximo establecido). Grupo sanguíneo, Rh y Coombs para la prevención de incompatibilidad Rh, con administración de inmunoprofilaxis de requerirse (resultados que la institución debe garantizar para este día), dejando constancia nuevamente de dicha verificación en el formulario IVE.

El médico decide y registra el procedimiento a seguir según guía técnica. El método de primera elección es el farmacológico compuesto por un kit de mifepristona y misoprostol, sin embargo, en los servicios que no cuenten con este primer medicamento, se podrá indicar solamente misoprostol.

Se explica a la usuaria el procedimiento a seguir, dosis, vía e intervalo de tiempo entre la medicación, así como las características de la expulsión, signos y síntomas de alarma por los que consultar si se realiza en forma ambulatoria (en la mayoría de los casos), además de informar sobre los riesgos o consecuencias para la salud o fertilidad. De detectarse situaciones de riesgo para la mujer, el médico derivará la misma para internación previa a la ingesta del misoprostol, ya sea por contraindicaciones o por falla de la misma.

En cuanto a la receta de la medicación, la misma se realiza con fecha máxima para la IVE para evitar dificultades de su obtención en farmacia. Se receta el kit, este contiene 200 miligramos de mifepristona y 800 microgramos de misoprostol, además una receta de misoprostol adicional según el médico considere, por 4, 8 o 12 comprimidos.

De requerir procedimiento quirúrgico, por presentar contraindicaciones para el método farmacológico o por falla del mismo, los plazos legales son iguales pero su coordinación no debe demorar más de 48 hs.

Ante mujeres Rh negativas con Coombs negativo, se administra inmunoprofilaxis previo a la inducción de la IVE o intervención quirúrgica en función de proteger el futuro reproductivo de la mujer pretendiendo evitar en futuros embarazos incompatibilidad Rh originada por el proceso inducido de la IVE. Se realiza asesoramiento en anticoncepción a todas las usuarias. Eventualmente, si corresponde, se le proporcionará el método elegido en la tercera consulta.

El momento adecuado para la realización de la ecografía de control solicitada y coordinada post IVE es entre los 7 y 10 días, se le coordina fecha para la misma y se pone en conocimiento a la usuaria que podrá recibir un llamado telefónico para conocer su situación actual para con el procedimiento y recordarle de la consulta. Dado que es estipulado por ley que el servicio de SSyR cuente con un seguimiento que contribuya con la asistencia a todas las consultas, para garantizar la máxima eficacia, disminuir riesgos y daños, proteger la salud y priorizar la salud sexual y reproductiva de la mujer.

Por lo contrario, si la mujer rectifica su voluntad, se debe coordinar fecha para iniciar con el control de embarazo, solicitarle la paraclínica correspondiente y ofrecer una consulta con Psicología Médica, así como Asistente Social quien asesora sobre programas de apoyo social y económicos que le correspondan, acompañando a la usuaria en el proceso. De manifestar deseo de desvinculo se aplica seguimiento según el protocolo institucional para casos de adopción.

Finalizada la consulta, con decisión ratificada, se entrega receta con la fecha de la cuarta consulta post IVE, así como para una ecografía de control que tiene por función corroborar el diagnóstico de aborto completo.

Cuarta consulta

Según el MS (2016), tiene como principal objetivo asegurarse de la eficacia del tratamiento, así como del bienestar bio-psico-social de la usuaria. Dicha consulta es

llevada a cabo por un Ginecotocólogo, Obstetra Partera o Médico de Familia, incluidos profesionales que manifestaron objeción de conciencia, quienes fueron incluidos a la misma en la última actualización de la ley. De requerirse se realiza consulta con Psicólogo y/o Asistente Social.

Desde el punto de vista biológico, se evalúa clínica y eventualmente la paraclínica solicitada (ecografía de control), se orienta sobre planificación familiar, anticoncepción, así como acceso a los servicios de SSyR. Posteriormente se recaban datos de interés estadístico para el MS y se proporciona recomendaciones pertinentes.

Criterios según informe ecográfico

Si la ecografía solicitada a los 10 días de la IVE muestra una línea endometrial hasta de 12 milímetros se considerará que el aborto es completo. Si la línea endometrial tiene entre 12 y 20 milímetros, se recomienda seguimiento ecográfico a la semana. Si el endometrio es mayor de 20 milímetros el aborto es seguramente incompleto y debe indicarse una evacuación endouterina con AMEU o con Misoprostol. El régimen recomendado con Misoprostol es una dosis única administrada por vía subyugal o sublingual (400 microgramos) u oral (600 microgramos). ^(MS, 2016, p. 14)

Conducta ante el aborto incompleto

La conducta de elección es la expectante por su capacidad de ser tan eficaz como el misoprostol. La decisión de completar el procedimiento con tratamiento médico o conducta expectante ante la presencia de restos ovulares, debe estar sujeta a la condición clínica de la mujer la cual tiene mayor relevancia que la ecografía. ^(MS, 2016)

El MS recuerda evidencia científica que afirma que solo entre el 2% y el 5% de las usuarias que recibieron procedimiento médico para la IVE con mifepristona y misoprostol, “requerirán de una intervención quirúrgica para resolver un aborto

incompleto, finalizar un embarazo que continuó o controlar una hemorragia”. (MS, 2016, p. 12)

Recomendaciones previas al alta según la OMS (2014)

Son instrucciones profilácticas en un entorno de contención emocional con su debida derivación de ser requerida.

Abstinencia de relaciones sexuales e irrigaciones vaginales durante el sangrado profuso. La duración habitual del sangrado es de 2 semanas hasta 45 días en casos más infrecuentes. En el aborto médico el sangrado es más profuso y generalmente dura 9 días.

Signos y síntomas de consulta en puerta de emergencia: aumento del dolor abdominal y/o sangrado, fetidez del mismo o fiebre.

Brindar información anticonceptiva y asesoramiento a todas las usuarias que lo deseen, hacer énfasis en la posibilidad de un nuevo embarazo dentro de las 2 semanas siguientes a la IVE de mantener relaciones sexuales sin protección. Esta recomendación incluye asesorarlas para elegir el método más apropiado a sus necesidades, brindarles el mismo o derivarlas en caso de no encontrarse a disposición.

De ser necesario, brindar hierro elemental para tratamiento de anemia y si requiere indicar analgésicos.

Crear un entorno de contención emocional de ser necesario así como derivar a otros servicios y especialistas según necesidad de la usuaria.

Métodos para la Interrupción Voluntaria del Embarazo

Método farmacológico

Es el método de primera elección, ofreciendo un kit empleado para dichos casos, dada la evidencia de que “este régimen se asocia a una disminución del tiempo de expulsión, menos efectos secundarios, mayor tasa de abortos completos, menor tasa de continuación de embarazos y menores costos si se lo compara con el régimen que usa Misoprostol solo”. (MS, 2012, p. 6)

La evidencia afirma que se ha notificado un índice de eficacia para éste método de un 98%, recomendado dentro del primer trimestre (MS, 2016)

La recomendación establecida para este procedimiento consta de mifepristona 200 miligramos vía oral, seguido de 800 microgramos (4 comprimidos) de misoprostol vía vaginal por presentar menos efectos secundarios. También puede utilizarse misoprostol por las vías yugal, sublingual u oral siendo esta última la menos recomendada. (MS, 2016)

El MS establece el tiempo de administración del misoprostol luego de la mifepristona según edad gestacional. Para embarazos menores o iguales a 9 semanas, se administra el misoprostol de 24 a 48 horas post mifepristona. Para embarazos mayores a las 9 semanas, recomienda la administración del misoprostol de 34 a 48 horas luego de la anterior. (MS, 2016)

Se tiene en cuenta lo establecido por la ley, esto se explica por los efectos de requerir la repetición, de dosis incluso hasta 4 veces si no se consigue el efecto deseado. De no presentar síntomas de expulsión, 48 horas luego de ingerida la mifepristona se repite una dosis de misoprostol de 400 microgramos por vía vaginal o sublingual cada 3-4 horas, sino se consigue la expulsión, hasta un máximo de 4 dosis adicionales. De no conseguir el efecto deseado o presentar signos y síntomas de alarma, deberá recurrir en forma inmediata a puerta de emergencia. (MS, 2016)

Debe aclararse los síntomas esperados tales como: sangrado y aumento del mismo hasta la expulsión con su posterior disminución, ocasionado por contracciones uterinas inducidas donde además puede manifestar dolor, por el que se le puede indicar analgésicos por recomendación del MS. Con la aclaración de que el dolor cederá espontáneamente luego de la expulsión. ^(MS, 2016)

Además es imprescindible informar sobre los signos y síntomas para consulta inmediata, y a quién recurrir en caso de que se manifiesten. Deberá concurrir a una consulta en puerta de emergencia, y ante la duda podrá comunicarse con la Línea Comunitaria 0800 3131, Línea SIDA Derechos y Sexualidad (en horario de 10 AM a 2 AM) para responder consultas o brindar asesoramiento durante el proceso (Ver anexo N° 1). ^(MS, 2012)

Se le deberá recomendar a la mujer según lo afirmado en la ley, que es conveniente informar del proceso a una persona de su confianza quién la acompañe y le sirva de apoyo para el mismo. ^(MS, 2016)

Los efectos adversos son importantes para el asesoramiento a las usuarias para que puedan diferenciar los síntomas esperados de lo patológico e identificar el momento oportuno para consultar en puerta de emergencia. Los siguientes son establecidos por el MS según evidencia científica:

Sangrado y dolores cólicos uterinos; náuseas; vómitos; diarrea; escalofríos y chuchos, cefaleas, disnea, fatiga y problemas de termorregulación. Fracaso del tratamiento. Según una revisión sistemática, los factores que más se asociaron a fracaso de la interrupción fueron los siguientes: intervalo entre la administración de Mifepristona y Misoprostol menor de 24 horas. Dosis bajas de Misoprostol 400 microgramos o menores. Misoprostol administrado por vía oral (comparado con las otras vías vaginal, yugal, o sublingual). De persistir el embarazo existe la posibilidad de desarrollar malformaciones fetales y de requerir cirugía de un 1,1%. Existe un riesgo de presentar complicaciones severas que requieran de una intervención hospitalizada de un 0,03%. La posibilidad de requerir transfusión sanguínea es del

0,1%. (MS, 2016 p.14)

Mecanismo Quirúrgico

Su uso se justifica sólo ante la imposibilidad del uso del método farmacológico. La técnica recomendada es la AMEU (Aspiración Manual Endouterina) hasta la modificación de la guía en el 2016 donde agrega la aspiración con sistema central. Generalmente este procedimiento no requiere completarse mediante legrado evacuador. En caso de no contar con los recursos para la aplicación técnica de legrado aspirativo se optará por el método de legrado con dilatación y curetaje (DyC). Previo a su procedimiento se requiere de la preparación cervical con misoprostol, teniendo siempre en cuenta medidas profilácticas. (MS, 2016)

Funciones de la Obstetra Partera en la atención pre y post IVE según la OMS y realidad en Uruguay

La OMS considera a la Partera recomendada para brindar asistencia en atención pre, post IVE y métodos anticonceptivos, inserción o extracción de DIU, inserción o extracción de implantes e indicación o repetición de inyectables hormonales. ^(OMS, 2015)

En Uruguay, la Obstetra Partera reglamentaria y legalmente no está habilitada para realizar abortos por aspiración ni aborto médico, así como tampoco indicación de métodos anticonceptivos, sin embargo, llevan actividades de IVE 4 ya que la ley incluye su participación dado que posee la formación profesional para su atención, no obstante en el marco legal limita su participación en la primera consulta, estando frente a un proceso fisiológico, como lo es el embarazo, el cual habitualmente es diagnosticado y controlado por Obstetras Parteras. En contraposición, el IVE 1 es una consulta de similares características que un primer control de embarazo, con la diferencia de que finalmente será derivado al equipo profesional correspondiente.

Respecto a la anticoncepción en el Uruguay, actualmente la Obstetra Partera no cuenta con la habilitación legal para indicar anticonceptivos, no obstante, cuenta con la formación requerida para asesorar adecuadamente sobre los mismos y en lo referido a asesorar respecto a planificación familiar así como control de embarazo desde su diagnóstico hasta la finalización de la gestación, parto y puerperio en condiciones fisiológicas. ^(MS, 2007)

Cabe destacar que el reglamento de la Obstetra Partera y su habilitación legal se encuentran en cambio evolutivo fundamentalmente para que a futuro, planteado como objetivo sanitario 2020 pueda indicar MAC y administrarlos de contar con su capacitación certificada, lo que facilitará en la consulta la prevención del embarazo no intencional así como la reincidencia de la IVE. ^(MS, 2016)

Anticoncepción y planificación familiar en Uruguay

El asesoramiento y administración del MAC elegido, son una prestación obligatoria del SNIS y un objetivo importante de la consulta post IVE para la prevención de un nuevo embarazo no intencional. Por esa razón el MS establece una guía en SSyR que brinda orientación en anticoncepción en base a los métodos temporales y permanentes al personal de salud, publicando nuevas actualizaciones según avances en anticoncepción y nueva evidencia científica. La última publicación se efectuó en el 2013 luego de la despenalización del aborto. La misma tiene en cuenta los criterios médicos de elegibilidad para MAC según la OMS. ^(MS, 2013)

Cuando se habla que es una prestación obligatoria del servicio en salud se entiende como un derecho al acceso del mismo por los usuarios.

El asesoramiento en anticoncepción y planificación familiar en conjunto, le proporciona herramientas a la mujer para poder decidir el momento de su maternidad o como evitar la misma en forma responsable, para la prevención de morbilidad materna y a la procreación responsable, evitando embarazos de alto riesgo obstétrico que representen un riesgo elevado de morbilidad. ^(OMS, 2017)

Asesoramiento en anticoncepción

La OMS y el MS están de acuerdo que para una adecuada orientación en anticoncepción, el personal de salud responsable, debe aplicar fundamentos de la medicina basada en la evidencia que alberga: diálogo bidireccional entre usuaria y asesor en MAC sean Ginecólogos, Médicos de Familia o General, así como Obstetras Parteras. Esta última cumple una tarea indispensable dispuesto en el artículo 5

del Reglamento del Ejercicio de la Profesión que dicta que

Es también función y competencia de la Partera a realizar tareas de educación para la salud integral de la gestante, la familia y la comunidad, fortaleciendo por lo tanto, lo que hace, a la Atención Primaria de Salud, en la promoción, prevención e investigación. ^(MS, 2007)

La Obstetra Partera cumple una tarea importante en lo que implica educación y promoción de MAC, parte de la salud integral de la gestante en el proceso de embarazo, parto y puerperio así como planificación familiar. Por lo contrario hasta el momento no se encuentra habilitada legalmente para indicar anticonceptivos. ^(MS, 2007)

Luego de la proporción de información y educación respecto a los métodos anticonceptivos, así como evaluación de un método efectivo que contraindique su uso o perjudique la salud de la usuaria, se tiene en cuenta los criterios de elegibilidad de la OMS. ^(MS, 2013)

El personal de salud es responsable de fomentar mediante educación, el autocuidado de la salud y uso responsable de los métodos anticonceptivos, para ello el MS (2013) recomienda realizar una orientación de MAC en todas las consultas ginecológicas en forma actualizada así como el uso responsable e ininterrumpido de los mismos dado que se vinculan directamente con la eficacia del anticonceptivo.

La adecuada instrucción del uso de los métodos durante la consulta inicial y las subsiguientes, disminuye en general las fallas por uso inadecuado, mejora la satisfacción del usuario por el método promoviendo la continuidad y/o uso prolongado del mismo incluso la satisfacción por el servicio, favoreciendo una adherencia al sistema de salud. ^(MS, 2013)

Aspectos a tener en cuenta ante el asesoramiento e indicación de un MAC:

Clasificación de los CME (criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos): categoría 1: Situación para la que no existen restricciones al uso del método anticonceptivo. Categoría 2: Situación en la que en general, las ventajas de utilizar el método superan a los riesgos teóricos o demostrados. Categoría 3: Situación en la que, en general, los riesgos teóricos o demostrados superan a las ventajas de utilizar el método. Categoría 4: Situación en la que el uso del método anticonceptivo en cuestión constituye un riesgo inaceptable para la salud. (OMS, 2015, p. 3)

Los criterios médicos de elegibilidad se tienen en cuenta en el asesoramiento e indicación de MAC de elección teniendo presente fundamentalmente la tercera y cuarta categoría donde la salud de la mujer se ve en riesgo o el método es directamente contraindicado.

Acceso a los métodos anticonceptivos

En lo que refiere al acceso de los MAC, se vinculan características demográficas, socioeconómicas, culturales entre otras. La OMS establece que muchas de las personas que no tienen acceso a servicios de anticoncepción son jóvenes, pobres y viven en zonas rurales o en barriadas urbanas marginales. (OMS, 2014)

Métodos Anticonceptivos que dispone el Sector Público en salud en Uruguay y su uso post IVE

Son MAC que se encuentran también en el mercado general Uruguayo, adecuados para las mujeres post IVE según los criterios de elegibilidad de la OMS, siempre y cuando no represente un riesgo para la salud de la mujer, en donde implica un asesoramiento completo y un método de elección según planificación familiar, especialmente en mujeres que reinciden en la IVE. La búsqueda de un MAC adecuado a sus necesidades y de larga duración, además de estimular el uso de preservativo para la prevención de ITS independientemente del MAC de elección. (MS, 2013)

A continuación, en la siguiente tabla se presentan los MAC ofrecidos por el Sector Público en salud.

MAC	Duración	Eficacia ante uso adecuado para la prevención de embarazo no intencional	Observaciones
Anticonceptivo oral combinado (ACO)	28 días	99,7%	De inicio inmediato post IVE. Reversible
Anticonceptivo oral de progesterona	28 días	Mayor a 98%	No recomendado en mujeres fuera de lactancia exclusiva antes de los 6 meses de vida. Reversible.
Píldora anticonceptiva de emergencia (PAE)	Corta. Ante relación sexual sin protección su uso es emergente.	98%	Inhibe la ovulación por lo que obtener su eficacia depende de su uso correcto y de la etapa del ciclo menstrual. Reversible
Inyectable hormonal combinado	Un mes	99%	De inicio inmediato post IVE. Reversible
Implante hormonal subdérmico	4 a 5 años	Mayor a 99%	De inserción inmediato post IVE. Reversible
DIU-Cu	10 años	Mayor a 99%	De inserción inmediato post IVE completo. Reversible.
Preservativo Masculino	Corta. Durante relación sexual.	98%	De uso post IVE. Reversible
Preservativo femenino	Corta. Durante relación sexual.	95%	De uso post IVE. Reversible

Ligadura Tubárica	Permanente	Mayor a 99%	De uso post IVE. Irreversible
Vasectomía	Permanente	97% a 98%	Irreversible

Fuente: MS (2013).

Los métodos que no se encuentran a disposición en el Sector Público son:

Inyectable hormonal solo de progestágeno, Parches hormonales, DIU de Levonogestrel bajo la marca comercial Mirena y Jaidess, Implante hormonal Subdérmico conocido como Implanon con una duración de 3 años, Anillo vaginal combinado. ^(OMS, 2011)

Existe un método accesorio de emergencia conocido como Método Yuzpe y métodos comportamentales no farmacológicos. ^(MS, 2013)

Métodos modernos reversibles

Anticonceptivos Orales combinados (ACO)

Mecanismo de acción: la combinación de progesterona y estrógeno que posee el método actúa inhibiendo la ovulación, la ruptura folicular y liberación ovular. Además generan cambios en el moco cervical, volviéndolo más viscoso y escaso durante el ciclo, lo que dificulta el ascenso de los espermatozoides al útero. ^(MS, 2013)

El MS plantea administrar una receta que brinde la posibilidad a la usuaria de obtener el método por 13 ciclos consecutivos correspondientes a un año, facilitando el uso ininterrumpido del método de larga duración. Promueve además el uso de protección con doble método, brindando la posibilidad de una receta para preservativos (protección de método de barrera para infecciones de transmisión sexual). ^(MS, 2013)

Se debe ser bien explícito para informar sobre el modo de uso que ingiera todos los días a la misma hora, insistir en la utilización de un método complementario durante el primer mes de ingesta, dado que en este tiempo la eficacia no es óptima. ^(MS, 2013)

Se tiene en cuenta situaciones que alteren su eficacia tales como vómitos, diarrea o el olvido de la misma la cual debe ingerir al momento de detectar el olvido, así como la ingesta de eventuales antibióticos, ante dichas situaciones debe utilizar un método complementario durante los siguientes 7 días. ^(OMS, 2011)

Los efectos secundarios más frecuentes son vómitos, mareos, cefaleas no migrañosas, disminución en la cantidad y duración del sangrado, sensibilidad mamaria, entre otros. Estos deben de ser informados a la usuaria, previo a su indicación, buscando una mejor adaptación por el método elegido. ^(OMS, 2011)

De utilizarse correcta y sostenidamente, la tasa de efectividad en el primer año es del 99,7%, reduciendo a un 92% frente a un uso común, es decir cuando no se cumplen las condiciones ideales. ^(MS, 2013)

Luego de una IVE, se recomienda comenzar con el método dentro de los primeros 7 días sin requerir de uno complementario, a no ser que comience luego del tiempo ideal establecido, incluso puede iniciar el mismo día de inicio del método abortivo, respaldando la administración del mismo en la tercera consulta del proceso de la IVE para la prevención de un nuevo embarazo no intencional. ^(MS, 2013)

Respecto a la clasificación de la elegibilidad médica para Anticonceptivos de la OMS, el MS hace referencia únicamente a la tercer y cuarta categoría:

Condiciones clasificadas en categoría 4 para Anticonceptivos Orales Combinados Posparto: Menos de 6 semanas amamantando. Posparto menos de 21 días no amamantando con riesgo de TVP (trombosis venosa profunda), 35 años o más y fumadora de 15 cigarrillos/día o más. Múltiples factores de riesgo cardiovascular (asocia, al menos, 2 de: edad mayor de 35 años, hipertensión,

obesidad, dislipemia, diabetes, tabaquismo). Hipertensión arterial mayor o igual 160/100 mmHg. Enfermedad vascular renal o cerebral. Mutaciones trombogénicas. Accidente vascular cerebral actual o historia de enfermedad cardíaca isquémica actual. Enfermedad valvular complicada. Lupus eritematoso sistémico. Migraña con aura a cualquier edad. Migraña sin aura mayor o igual a 35 años (para continuación de uso). Cáncer de mama actual. Adenoma hepatocelular. Cirugía mayor con inmovilización (puede reiniciar 15 días después de recobrada la movilidad). Hepatitis viral aguda (para iniciar el uso). Hepatoma maligno historia de o embolia pulmonar actual con o sin tratamiento Diabetes mayor o igual de 20 años de evolución o con daño vascular. Cirrosis descompensada. ^(MS, 2013, p. 30)

Condiciones clasificadas en categoría 3 para Anticonceptivos Orales Combinados (AOC): Posparto entre 6 semanas y seis meses amamantando. Posparto menor a 21 días sin factores de riesgo para trombosis venosa profunda no amamantando. Posparto entre 21 y 42 días con factores +de riesgo para trombosis venosa profunda. 35 años o más y fumadora de menos de 15 cigarrillos. Antecedente de hipertensión arterial cuando no se puede evaluar la misma. Hipertensión arterial menos de 160/100 mmHg. Hipertensión arterial controlada. Migraña sin aura mayor o igual a 35 años (para iniciar el uso). Migraña sin aura, menor a 35 años (para continuación del uso). Cáncer de mama tratado sin enfermedad actual. Enfermedad de la vesícula actual o médicamente tratada. Colestasis con uso previo de AOC. Terapia antirretroviral con inhibidores de proteasa. Hiperlipidemias conocidas. Uso de anticonvulsivantes (fenitoína, primidona, carbamazepina, lamotrigina). Uso de rifamicinas. ^(MS, 2013, p. 31)

Píldora Anticonceptiva sólo de Progestágenos (conocidos como anticonceptivos para la lactancia)

No es un método adecuado para las usuarias post IVE fuera de la lactancia debido a la consecuente disminución de la eficacia del anticonceptivo que se determina por uso adecuado cuando la ingesta de la píldora se da a la misma hora diariamente

acompañado de una lactancia exclusiva.^(MS, 2013)

Los efectos secundarios son semejantes a los que ocasionan las ACO combinadas, y su única condición clínica para la cuarta categoría del criterio de elegibilidad según la OMS, es la presencia de cáncer de mama. Los criterios de elegibilidad que se establecen para su utilización son los de la tercera categoría, similar a los de ACO orales.^(MS, 2013)

Píldora anticonceptiva de emergencia (PAE)

Puede evitar un embarazo luego de una relación sexual sin protección, cuando cumple su mecanismo de acción destinado a evitar o retrasar la ovulación.^(MS, 2013)

Su composición puede ser únicamente de progestágeno (Levonorgestrel) o de la composición de un estrógeno con un progestágeno. Se presentan en blísteres de uno o dos comprimidos, de contar con este último se debe ingerir el segundo con 12 horas de diferencia con el primero, el primer comprimido debe ingerirse dentro de las primeras 12 horas, lo más inmediato posible de la relación sexual para su máxima eficacia.^(OMS, 2011)

La efectividad de las PAE es de un 92% a 98%. Ante situaciones de menor efectividad por uso común, refiere a las relaciones sexuales sin protección en los últimos 5 días.^(MS, 2013)

La PAE altera generalmente el ciclo menstrual, ocasionando un retraso o adelanto de la menstruación de 10 días o más. De retrasarse 15 días en adelante, se recomienda una prueba de embarazo, es un método seguro para todas las usuarias, dado que no se presenta contraindicaciones.^(MS, 2013)

Según los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS mencionados por el MS

(2013):

...Toda mujer puede utilizar píldoras anticonceptivas de emergencia segura y eficazmente, incluyendo aquellas que no pueden utilizar métodos anticonceptivos con hormonas de manera continua. Debido a la brevedad de su uso, no existen patologías médicas que puedan hacer que las píldoras de emergencia no sean seguras para toda mujer. (MS, 2013, p. 48)

Inyectable Hormonal Combinado

Se compone de un estrógeno y un progestágeno el cual actúa inhibiendo la ovulación y generando cambios en el moco cervical al igual que las píldoras anticonceptivas de uso prolongado. Al suspender el inyectable, la fertilidad se recupera inmediatamente. (MS, 2013)

Debe recibir una inyección mensual, en la misma fecha, puede recibirla con un margen de tolerancia de más o menos 7 días de la fecha prevista. De recibirla, luego de la misma, deberá utilizar método complementario. (OMS, 2011)

“La usuaria puede comenzar los inyectables mensuales inmediatamente después de un aborto espontáneo o provocado (incluso el mismo día)”. (MS, 2013, p. 55)

En cuanto a la efectividad, hay más riesgo de embarazo cuando la usuaria se retrasa u omite la inyección. Durante el primer año de usarse correctamente tiene un porcentaje de efectividad superior al 99% y un 97% frente a casos de uso común. (MS, 2013)

Los efectos colaterales posibles son: disminución en la cantidad y duración de la genitorragia mensual o amenorrea. Discreto incremento del peso, cefaleas no migrañosas, mareos e incremento en la sensibilidad mamaria. (OMS, 2011)

Los criterios médicos de elegibilidad establecidos por la OMS son cuatro, de los cuáles el tercero y el último pueden representar un riesgo para la salud de la mujer o contraindicación para su uso, por lo que se detallan en este trabajo.

Categoría 4:

Posparto menos de 6 semanas amamantando. Posparto menos de 21 días no amamantando con riesgo de TVP (trombosis venosa profunda) /Embolia pulmonar. Múltiples factores de riesgo cardiovascular (asocia, al menos, 2 de: edad mayor de 35 años, hipertensión, obesidad, dislipemia, diabetes, tabaquismo). Hipertensión arterial mayor o igual 160/100 mmHg. Enfermedad vascular renal o cerebral Mutaciones trombogénicas. Antecedente de accidente cerebrovascular. Enfermedad cardíaca isquémica. Enfermedad valvular complicada. Lupus eritematoso sistémico. Migraña con aura a cualquier edad. Migraña sin aura mayor o igual a 35 años (para continuación de uso).Cáncer de mama actual. Cirugía mayor con inmovilización (puede reiniciar 15 días después de recobrada la movilidad). Hepatoma maligno. Historia de/ o TVP/embolia pulmonar actual con o sin tratamiento. Diabetes mayor o igual de 20 años de evolución o con daño vascular. (MS, 2013, p. 53)

Categoría 3:

Posparto entre 6 semanas y seis meses amamantando. Posparto menor a 21 días sin factores de riesgo para TVP no amamantando. Posparto entre 21 y 42 días con factores de riesgo para TVP. 35 años o más y fumadora de menos de 15 cigarrillos. Antecedente de hipertensión arterial cuando no se puede evaluar la misma. Hipertensión arterial menos de 160/100 mmHg. Hipertensión arterial controlada. Migraña sin aura mayor o igual a 35 años (para iniciar el uso). Migraña sin aura, menor a 35 años (para continuación del uso). Cáncer de mama tratado sin enfermedad actual. Enfermedad de la vesícula actual o médicamente tratada. Cirrosis descompensada. Terapia antirretroviral con inhibidores de proteasa. Hiperlipidemias conocidas. Hepatitis viral aguda (para iniciar el uso). Adenoma hepático. Uso de lamotrigina. (MS, 2013, p. 54)

Implante Subdérmico

Método compuesto por progesterona, administrada gradualmente a la usuaria a través de dos barritas flexibles o una sola, de tamaño pequeño que se introduce en el brazo, por debajo de la piel. (OMS, 2011)

Es un método de uso a largo plazo, tiene un promedio de durabilidad según el modelo de 3 a 5 años, en el caso de los proporcionados por el MS, tiene una duración de 5 años para las usuarias que cuentan con un peso inferior a 80 kg, por lo contrario tiene una duración de 4 años. (MS, 2013)

Se puede comenzar su uso inmediatamente luego de una IVE sin requerir método complementario de insertarse dentro de los 7 días siguientes, luego de los mismos necesitará un método complementario dentro de los primeros 7 días de su colocación. (OMS, 2011)

Su eficacia es superior al 99% durante el primer año de uso, cuando este es adecuado y no se exceda el tiempo para la efectividad del método, según situación o interrupción del suministro hormonal durante un tiempo prolongado, para evitar situaciones de esa índole se proporciona a la usuaria una tarjeta con datos recordatorios de la fecha de inserción y extracción, a fin de disminuir el riesgo de uso inadecuado del método. (MS, 2013)

La única característica que lo contraindica, representando un riesgo 4 de los criterios de elegibilidad médica según la OMS, es el cáncer de mama, sin embargo, las características que clasifican en la tercera categoría son:

...posparto menos de 6 semanas amamantando, trombosis venosa profunda o embolia pulmonar actual, historia de o enfermedad cardíaca isquémica actual (para continuación su uso), historia de o accidente vascular cerebral actual (para continuar su uso), lupus eritematoso sistémico, migraña con aura a cualquier edad (para continuación el uso), cáncer de mama tratado sin enfermedad actual, genitorragia sin diagnóstico, cirrosis descompensada, adenoma hepatocelular, hepatoma maligno. (MS, 2013, p. 67)

Los efectos secundarios más frecuentes son: alteraciones en el sangrado tales como sangrado de menor cantidad y duración, puede ser irregular u ocasionar amenorrea o incluso el sangrado puede durar en ocasiones más de 8 días durante el primer año. Cefaleas no migrañosas, dolor abdominal, acné mejora o empeora con el método, cambios discretos en el peso, sensibilidad mamaria, mareos, náuseas, cambios de humor. ^(OMS, 2011)

Se recomienda un control posterior a su colocación, donde se evalúa presencia y localización del implante y signos de infección, entre otros. ^(MS, 2013)

Su uso en Uruguay comenzó en el año 2014 con un plan piloto donde se continuó hasta el momento actual, y el MS tiene como objetivo sanitario 2020 su incorporación definitiva como prestación obligatoria. ^(MS, 2016)

Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre

Es un dispositivo pequeño y flexible, que se inserta en el cuerpo del útero a través de un procedimiento sencillo sin anestesia. Tiene una duración máxima de 10 años, aunque ha demostrado ser efectivo hasta 12 años, donde su mecanismo de acción es toxificar los óvulos y espermatozoides, evitando la fecundación y la formación de embriones viables. ^(MS, 2013)

Respecto a su efectividad dentro del primer año es mayor al 99%. Luego de los 12 años se reduce al 98%. ^(MS, 2013)

Puede colocarse luego de una IVE dentro del primer trimestre, previamente se debe constatar que haya sido completo y que no se presente una infección siempre y cuando, la situación no presenta criterios de contraindicación o perjudique la salud de la mujer. Respecto a la fertilidad, ésta retorna inmediatamente una vez extraído el DIU. ^(OMS, 2011)

Condiciones clínicas para la cuarta categoría, que contraindica su uso de acuerdo a los criterios de elegibilidad médica de la OMS:

Enfermedad trofoblástica gestacional maligna o niveles aumentados persistentes de hCG post parto o post aborto, sepsis puerperal actual, tuberculosis pélvica, cervicitis purulenta o infección actual por clamidia o gonorrea (puede ser insertado después del tratamiento de la infección). Enfermedad inflamatoria pélvica actual, cavidad uterina distorsionada, miomas uterinos con distorsión de la cavidad uterina, cáncer de endometrio, cáncer cervical en espera de tratamiento, metrorragia anormal de etiología desconocida, inmediatamente después de un aborto séptico embarazo. (MS, 2013, p. 89)

Condiciones clasificadas en categoría 3 para la colocación de DIU de cobre:

“Más de 48 horas y 4 semanas post parto, trombocitopenia severa, SIDA (en caso de estar clínicamente bien y tratada es categoría 2), cáncer de ovario, enfermedad trofoblástica gestacional con niveles bajos o indetectables de hCG”. (MS, 2013, p.91)

Los efectos secundarios más frecuentes son “cambios en los patrones de sangrado (en especial en los primeros 3 a 6 meses), por ejemplo: menstruación prolongada y abundante, sangrado irregular, más calambres y dolor durante la menstruación” (MS. 2013, p.132)

Las complicaciones son raras de observar, tales como: perforación de la pared uterina. No obstante tiene un beneficio protector contra el cáncer de endometrio. (MS, 2013)

La usuaria debe concurrir a una consulta post inserción luego de la siguiente menstruación o entre las 3 y 6 semanas siguientes a su colocación para valorar su sitio de inserción así como los controles periódicos para determinar su localización y por consiguiente, su uso adecuado para obtener la eficacia deseada. (MS, 2013)

Método de barrera

Se caracteriza por ser un método utilizado para la prevención de embarazo, y se destaca por ser único en prevención de infecciones de transmisión sexual. Su mayor eficacia se relaciona con el uso correcto, y depende de su uso durante toda la relación sexual. ^(MS, 2013)

El MS cuenta con ambos tipos de preservativos, es decir el femenino y el masculino que posteriormente serán detallados.

Se debe ofrecer este método en cada consulta, trabajando en conjunto la prevención de un embarazo no intencional e ITS. Dando la posibilidad de una receta que le proporcione el suministro por un año según el MS. ^(MS, 2013)

Preservativo Masculino

Método reversible compuesto de látex que protege de la liberación de semen masculino evitando que tome contacto con los genitales femeninos durante toda la relación sexual y por consiguiente un embarazo, así como del contacto piel a piel que también evita adquirir una ITS. ^(OMS, 2011)

Es imprescindible educar sobre su modo de uso, el cual se relaciona directamente con su eficacia, precauciones a tener en cuenta y promoción de uso de las PAE ante desprotección anticonceptiva. Es un método no reutilizable. ^(MS, 2013)

Efectividad: para evitar un embarazo su eficacia es del 98% si se utiliza adecuadamente, sin embargo, es de un 80 a 95% para prevenir ITS. ^(MS, 2013)

No presenta efectos secundarios y la única complicación que se puede presentar

es una reacción alérgica en mujeres y hombres que no toleran el látex. (OMS, 2011)

Preservativo Femenino

Es un método reversible, compuesto de poliuretano, por lo cual evita complicaciones alérgicas y es considerado apto para todas las mujeres. Previene en mayor grado las infecciones de transmisión sexual, en comparación con el masculino dado que abarca una superficie mayor de los genitales femeninos. Es fundamental explicar su modo de uso correcto ya que ante este, su efectividad para prevenir un embarazo es del 95%. Frente a su uso común fuera de las condiciones ideales, ésta se reduce al 79%. (MS, 2013)

No tiene efectos secundarios ni riesgos para la salud y no existen situaciones que contraindiquen su uso. Se puede colocar hasta 8 horas antes del acto sexual, lo que además contribuye con el autocuidado de cada mujer. (OMS, 2011)

Métodos anticonceptivos modernos irreversibles

Ligadura Tubárica

Ligadura Tubárica es el nombre que se le da al MAC que ofrece esterilidad femenina. El procedimiento es quirúrgico, mediante mini laparotomía o laparoscopia, donde se bloquea o cortan las trompas, donde tiene lugar la fecundación y vía de transporte hacia el útero para la implantación. (OMS, 2011)

Tiene una tasa de efectividad durante el primer año mayor al 99%. Luego de 10

años este desciende al 98%. (MS, 2013)

No tiene efectos secundarios, y las complicaciones que se podrían presentar son a nivel anestésico y quirúrgico que raramente se observan. Es un método seguro para todas las usuarias, puede realizarse el procedimiento 48 horas en adelante luego de una IVE sin complicaciones. (OMS, 2011)

Vasectomía

Es un procedimiento quirúrgico irreversible, que esteriliza al hombre, mediante la ligadura o cauterización del conducto deferente y por ende, impide que los espermatozoides pasen al semen. (OMS, 2011)

La tasa de efectividad varía del 97 a 98%, la cual se hace presente luego de 3 meses del procedimiento. Para evitar un embarazo inmediato a la vasectomía, la pareja debe utilizar preservativo durante ese tiempo, en el que pueden localizarse espermatozoides viables en el semen. (MS, 2013)

Método de Yuzpe: Método accesorio de emergencia

Es un método hormonal de uso de emergencia, cuya función es inhibir o retrasar la ovulación al igual que las PAE, de indicación luego de una relación sexual sin protección o uso inadecuado del mismo. Su efectividad es un poco menor al de las PAE y la fertilidad regresa inmediatamente. (MS, 2013)

Modo de uso: ingerir 4 comprimidos de 30 microgramos de etinilestradiol y 150 microgramos de levonorgestrel inmediatamente después del coito. Dentro de las primeras 12 horas el método ofrece mayor eficacia, reduciendo la misma hasta 5 días

postcoital. Se debe repetir la dosis 12 horas después de ingerir los primeros 4 comprimidos. (MS, 2013)

Se pueden presentar efectos secundarios similares a los de los ACO de uso diario, sin embargo, frecuentemente generan irregularidad en el sangrado. (MS, 2013)

Métodos dispuestos en el mercado en Uruguay

Parches Combinados

Son compuestos de estrógeno y progesterona que inhibe la ovulación, liberando continuamente las hormonas sobre la piel en su sitio de inserción, sea en el abdomen, muslo, brazo o parte del cuerpo, donde es dirigida al torrente sanguíneo. (MS, 2013)

Tiene una durabilidad de 3 semanas, la cuarta semana está destinada a descanso, terminada la misma la usuaria debe reemplazarlo. (OMS, 2011)

Dado que es un MAC nuevo y poco investigado, no se conoce con exactitud su porcentaje de efectividad. Se presume que es más alto que el de las usuarias que utilizan ACO. En usuarias que su peso es igual o mayor a 90 kg, su eficacia disminuye discretamente. (MS, 2013)

Los efectos secundarios más frecuentes son similares a los de los ACO, a diferencia que éste puede ocasionar también vaginitis. No contamos con el método como recurso a disposición en el MS, pero si en el mercado farmacéutico del país. (MS, 2013)

Anillo Vaginal Combinado

Cumple un mecanismo anovulatorio, respecto a su duración es igual a la de los parches hormonales, su inserción es por la vagina hasta llegar al cuello del útero debiendo usarse por tres semanas consecutivas y reemplazarse luego de la cuarta. De excederse el plazo de cambio, la usuaria deberá utilizar MAC complementario para evitar un embarazo no intencional, así como también frente a situaciones de uso interrumpido del anticonceptivo. (OMS, 2011)

Ante uso adecuado presenta una eficacia de 98% siendo discretamente menor en mujeres que pesan más de 90 kg. Es un método nuevo, poco investigado, no se encuentra a disposición del MS. (MS, 2013)

Dispositivo intrauterino hormonal (DIU de Levonogestrel)

Se presenta como una estructura pequeña, en forma de T, que se coloca en el cuerpo del útero y su tiempo de eficacia es de 3 a 5 años, dependiendo el modelo liberando diariamente levonogestrel, que actúa inhibiendo la proliferación de la capa endometrial. (OMS, 2011)

De colocarse dentro de los siguientes 7 días de la fecha de última menstruación, no requerirá método adicional para evitar un embarazo, de ser fuera de ese plazo, requerirá otro método complementario por 7 días luego de colocado. (OMS, 2011)

Tiene una efectividad mayor al 99% durante el primer año. Los efectos secundarios posibles, son los mismos que para el implante hormonal subdérmico y muy similar al resto de los anticonceptivos hormonales. (MS, 2013)

Las complicaciones posibles son las mismas que para el DIU de cobre. Raramente se observa perforación de la pared uterina, y muy raramente aborto consecuente a la concepción de un embarazo utilizando el dispositivo. (OMS, 2011)

No es un método proporcionado por el MS, tiene un alto costo. Se comercializa bajo la marca Mirena, y recientemente en Uruguay: Jaydess, el cual dura 3 años y es de tamaño más pequeño.

Métodos comportamentales no medicamentosos basados en el conocimiento de la fertilidad

Consisten en el conocimiento de los días fértiles de su ciclo menstrual, donde la pareja se abstiene de las relaciones o utiliza un método durante los mismos para evitar un embarazo, se requiere educar sobre ciclo menstrual y dar a conocer que el primer día de la menstruación es el primer día del ciclo para su uso correcto. No presentan efectos secundarios, complicaciones ni contraindicaciones, no obstante, luego de la IVE no son métodos recomendados por ser de los menos eficaces y las medidas comportamentales correctas de cada pareja sexual son imprescindibles para la eficacia del método anticonceptivo

A continuación se mencionan los mecanismos de acción para los métodos comportamentales.

Métodos basados en el calendario

Lleva la cuenta de los días fértiles del ciclo menstrual mediante el método de los días fijos o el de ritmo calendario. Consiste en el estudio regular del ciclo menstrual durante al menos tres ciclos consecutivos para conocer los días fértiles donde se deberá abstener de relaciones sexuales vaginales o utilizar preservativo. ^(OMS, 2011)

Métodos basados en los síntomas

Dependen de la observación de los signos de fertilidad: Secreciones cervicales: cuando la usuaria ve o percibe secreciones cervicales, podría encontrarse fértil. Puede que perciba solamente cierta leve humedad vaginal. Temperatura corporal basal: la temperatura del cuerpo de la mujer en descanso se eleva levemente después de la liberación de un óvulo (ovulación), cuando puede quedar embarazada. Su temperatura se mantiene elevada hasta el comienzo de su siguiente menstruación. (MS, 2013, p. 126)

Método de los días fijos

Ante ciclos regulares de 26 a 32 días se designa como período fértil desde el día octavo al décimo noveno. Requiere del conocimiento del ciclo menstrual, donde no se designan más de 7 días fértiles 5 previo a la ovulación, el día de la misma y un día después. Para la máxima eficacia del método, se deberá evaluar el calendario menstrual, las características del moco cervical, la temperatura entre otros signos y síntomas. (MS, 2013)

Método de los dos días

La fertilidad está determinada por el moco cervical, para que se presente la posibilidad de tener relaciones sexuales sin uso de preservativo dentro de las posibilidades efectivas del método, no debe presentar moco cervical ese día ni el anterior. (MS, 2013)

Método de la temperatura corporal basal

Se necesita tener un seguimiento de la temperatura corporal basal diariamente

luego de levantarse y antes de iniciar alguna actividad física para determinar los días fértiles de cada ciclo menstrual. El signo determinante es que desde el día de la ovulación hasta dos o tres días previos a la menstruación, la temperatura se eleva aproximadamente 0,5 °C. (OMS, 2011)

Método de la ovulación

Consiste en la valoración del moco cervical y sus características en ausencia de factores patológicos que alteran la secreción vaginal objetivo. Luego del período menstrual no hay secreciones vaginales, el día en que aparece el moco cervical es el día fértil, éste se caracteriza por ser más laxo y transparente, para luego hacerse más viscoso y opaco, pasado tres días del pico del moco cervical, hasta el primer día de la menstruación o nuevo ciclo, la usuaria puede tener relaciones sexuales sin preservativo. (MS, 2013)

Método sintotérmico

Consiste en la autoevaluación de un conjunto de signos y síntomas clínicos, para detectar la ovulación ya mencionados como secreciones vaginales, cambios a nivel corporal, en la temperatura y la sensación de apertura del cuello del útero, leves dolores simultáneos a la ovulación. (OMS, 2011)

Coito interrumpido

Consiste en la extracción del pene erecto de los genitales femeninos, previo a su

eyaculación del semen con alto contenido de espermatozoides. Es uno de los métodos anticonceptivos comportamentales o naturales menos eficaces del 73 al 79% que depende de las medidas comportamentales de los usuarios, además de su conocimiento respecto al método. ^(OMS, 2011)

Método de la amenorrea de la lactancia (MELA)

La liberación de hormonas actúa inhibiendo la ovulación. Para su uso, el MS establece tres requisitos: “Amamantar de forma exclusiva o casi exclusiva, preferentemente a demanda, sin horario fijo, de día y de noche. Estar en amenorrea (no haber tenido genitorragia fuera de la puerperal). El lactante debe de tener menos de seis meses de edad”. ^(MS, 2013, p. 137) La efectividad es de un 92% durante su uso común, a más de un 99% de cumplirse sus condiciones basales. ^(MS, 2013)

Capítulo 3

ANTECEDENTES

Como punto de partida para el presente trabajo, es de interés conocer la situación de la IVE en Uruguay en la actualidad, a través de sus antecedentes nacionales y de otros países del mundo donde el aborto se encuentra dentro del marco de la legalidad. Es de orientación para el mismo destacar la evolución de la ley a través de sus conclusiones y observando la trascendencia de estas prácticas en los diferentes países.

En octubre del año 2012 fue aprobada y promulgada la Ley 18.987, por el entonces presidente José Mujica, luego de muchos meses de negociación por parte de los partidos políticos. Esta ley pionera en la región y el continente latinoamericano despenaliza el aborto hasta las 12 semanas de gestación, cumpliendo una serie de requisitos preestablecidos. El Parlamento uruguayo había aprobado una ley similar en 2008 pero el entonces presidente Tabaré Vázquez vetó la ley.

Uruguay es uno de los primeros países de América Latina en legalizar el aborto, en conjunto con Cuba, México: Ciudad de México, Guyana y Puerto Rico despenalizado en situaciones similares a las de Uruguay (Ver en anexo N°4). (Gonzalez. A, 2017)

En Argentina está permitido cuando existe riesgo de vida para la madre o el embarazo fue fruto de una violación. En Colombia, está autorizado en caso de malformación probada del feto. (Gonzalez. A, 2017)

En Antigua y Barbuda, Brasil, Dominica, Guatemala, Panamá, Paraguay y Venezuela, el aborto está prohibido, pero se permite para salvar la vida de la mujer en caso de riesgo. En países como: Chile, El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua,

República Dominicana y Surinam, está prohibido sea cual sea la causa o razón.

En las presentaciones de los datos sobre las Interrupciones Voluntarias del embarazo por parte del MS, al cabo de estos años de aprobación de la ley no se hace referencia a las cifras de las reincidencias de IVE, tampoco a factores que se puedan relacionar con ello. A nivel nacional se ha verificado solamente un estudio relacionado a las reincidencias, trabajo que nos brinda una perspectiva de los comienzos del proceso de implementación de la ley, de su recepción por parte de la población objetivo y de los factores que pueden ser influyentes.

A nivel internacional se pudo comparar varios estudios relacionados, los cuales aportaron una visión amplia y general sobre los conceptos en cuestión así como conocer y comparar las realidades diferentes a nivel macro de una ley de corta edad.

A continuación se detalla cada trabajo realizado que aportó estas herramientas para el presente trabajo.

- “Revisión teórica y relevamiento local sobre reincidencia de interrupción voluntaria del embarazo en una Policlínica barrial (Centro de Salud Royol) de ASSE del Departamento de Rivera, en el período 2013-2014.” Autores: Br. Natalia Bravo y Br. Ibana Costa.

Este trabajo publicado en el año 2015 de origen y producción nacional, se planteó como puesta a punto de factores que influyen en la reincidencia de la IVE relevando y analizando la incidencia de los diferentes casos hallados en dicha policlínica que brinda este servicio tanto a usuarias del sector público como del privado. Se contabilizaron mujeres que consultaron para la realización de una interrupción con antecedente de una interrupción previa, en el período mencionado. Este relevamiento tuvo como resultados los siguientes: un 8.2% resultaron ser reincidentes, la franja etaria que presentó más frecuencia fue de 20 a 29 años, representando un 72%. El mayor porcentaje reside en la zona urbana y el 84 % del total de la población reincide en al cabo del primer año.

(Costa, I., & Bravo, N. 2015)

- “Interrupción voluntaria de embarazo y anticoncepción Dos métodos de regulación de la fecundidad. Cuba. 1995 – 2000.” Autora: Dra. Miriam Alicia Gran Álvarez.

Este estudio nacional, publicado en 2004, fue realizado en 22 hospitales de toda la isla, primer país en tener una ley que legaliza el aborto, aprobado desde 1965.

Allí se identificó el conocimiento y uso de MAC, se implementó un registro primario de información sociocultural sobre aborto y anticoncepción. Las adolescentes estudiantes de nivel medio y de uniones no estables, fueron las que con más frecuencia interrumpieron su embarazo. La experiencia previa de aborto o de regulación menstrual (procedimiento que consiste en la evacuación del contenido uterino por succión hasta los 42 días de amenorrea sin precisar causa ni diagnóstico de embarazo), la unión inestable, el fallo del anticonceptivo, la condición de estudiante y la corta edad al primer embarazo, fueron factores de riesgo para el aborto. Con respecto a la experiencia previa de aborto, este estudio muestra que el 42% correspondía a mujeres que reincidían en la interrupción voluntaria del embarazo, de éstas el 16.3% posee el antecedente de tener dos o más abortos voluntarios anteriores, mientras que el 25.7% tenían uno.

En el 68% de las regulaciones menstruales se confirmó embarazo. La elevada prevalencia de uso de anticonceptivos y la referencia de métodos conocidos por las mujeres, se contraponen a la frecuencia del uso del aborto o de la regulación menstrual.

(Gran M, 2004)

- “El aborto inducido de las mexicanas en el contexto transfronterizo México-Estados Unidos” (2003). Autores: Norma Ojeda, María del Carmen Gavilanes y Eduardo González.

Este es un estudio sociodemográfico comparativo del aborto inducido de mujeres que viven a ambos lados de la frontera México-Estados Unidos. Se analizó el

caso específico de Tijuana y San Diego mediante la utilización de: una encuesta posparto realizada en el IMSS de Tijuana en 1993 con información de 2709 mujeres y 1109 mujeres de la clínica Womancare de Planned Parenthood. En esta última se incluye información sobre las mexicanas que cruzaron la frontera entre la primavera y el verano de 1993 para practicarse un aborto en condiciones legales y seguras en San Diego. Los resultados demuestran que el aborto ocurre con más frecuencia en etapas avanzadas del periodo reproductivo de las mujeres, sin embargo, también utilizan el aborto para posponer el inicio de su trayectoria reproductiva.

Por último se concluye que el aborto es vivido por más residentes mexicanas en silencio y soledad que entre las residentes norteamericanas. El cruzar la frontera representa para algunas mexicanas un espacio donde es posible elegir el aborto sin tener que correr riesgos legales, de salud e incluso de muerte, pero esto no garantiza superar otro tipo de riesgos sociales y culturales por tener que callar y vivir aisladas una experiencia tan importante en la vida reproductiva de cualquier mujer. Esto se debe a lo difícil que al parecer resulta para estas mujeres obviar la condición jurídica de delito y el rechazo cultural del aborto en México. ^(Ojeda et.al., 2003)

“Resultados de la investigación sobre las consecuencias emocionales y psicológicas del aborto inducido.” Lima, Perú. Autora: Dra. Marta B. Rondón.

Esta investigación es resultado de un relevamiento de conclusiones de varias investigaciones que relacionan al aborto con sus posibles consecuencias a nivel emocional y mental que puedan producir en mujeres que optan por interrumpir su embarazo. Allí se obtuvieron como resultado varios puntos a destacar.

Centrándose en mujeres que deciden interrumpir su embarazo durante el primer trimestre, no se ha logrado verificar que post aborto tengan como consecuencias enfermedades psiquiátricas como la depresión o estrés post traumático. Se ha demostrado que no existe un llamado “síndrome post aborto”, y que la existencia de una patología psiquiátrica previo a la interrupción, puede ser un factor de riesgo para la aparición de una enfermedad psiquiátrica luego de la interrupción.

Por último, se concluyó que, tanto luego de un aborto, como en el postparto de un embarazo, hay posibilidades de presentar depresión, incluso este último presenta mayor un riesgo para esta patología, ya que está relacionado con interrumpir un proyecto de la planificación a futuro de la vida de la mujer. ^(Rondón, 2009)

Capítulo 4

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer las características de los diferentes factores involucrados en la/s reincidencia/s de la Interrupción Voluntaria del Embarazo del Centro de Salud de Melo y Hospital de Río Branco de Cerro Largo, desde noviembre del año 2012 hasta noviembre de 2016.

ESPECÍFICOS:

- Recabar el número de reincidencias de Interrupción Voluntaria del Embarazo durante el periodo de estudio.
- Analizar las características socioeconómicas y demográficas de la población a relevar.
- Valorar la asistencia a la cuarta consulta de cada Interrupción Voluntaria del Embarazo.
- Determinar la continuidad del método anticonceptivo elegido con respecto a la cuarta consulta de cada Interrupción Voluntaria del Embarazo.
- Evidenciar si hubo requerimiento de seguimiento psicológico post evento.

Capítulo 5

METODOLOGÍA

El presente estudio es observacional, descriptivo y transversal.

Este trabajo se limita a observar lo ocurrido y describir las asociaciones entre las variables en cuestión. Además cuenta con estudios tanto nacionales como internacionales que anteceden la investigación y aportan información directa e indirecta para el tema a estudiar.

Teniendo en cuenta el tiempo que lleva aplicándose la ley IVE 18.987 a nivel nacional, se eligió realizar el estudio en el período de tiempo comprendido entre noviembre de 2012 y noviembre de 2016.

La población a estudiar se compone del total de usuarias que reincidieron en la IVE, es decir, cuentan con dos o más interrupciones del embarazo en el periodo dado ratificadas en la tercera consulta del proceso, en los servicios de SSyR de Salud Pública del departamento de Cerro Largo, representando nuestro criterio de inclusión.

Se recabarán datos de historias clínicas comprendidas en el Centro de Salud de Melo y en el hospital de Río Branco, que cumplan los requisitos, respetando la normativa de la ley 18.331 de protección de datos personales.

El único criterio de exclusión es no contar con dos o más interrupciones voluntarias de embarazo dentro del marco legal.

Los datos serán obtenidos y luego expresados en forma cuantitativa a través de

tablas y gráficas, permitiendo su análisis, estableciendo una caracterización de la población a estudiar y expresando las correspondientes conclusiones al respecto.

El estudio pretende realizar una descripción demográfica de las usuarias que reincidieron en la IVE, agrupando características o conceptos, pudiendo resultar una teoría de asociación entre estos factores y las reincidencias.

Con respecto a las variables, éstas son resultado de los datos que se generalizan en la población y surgen del análisis antes descrito, serán expuestas en tablas y gráficas.

Se establecen variables, tales como:

- Cantidad de reincidencias: una, dos, tres, o más de tres en caso de presentarse.
- Edad: menores de 19 años, de 20 a 24 años, 25 a 30 años, 35 a 40 y mayores de 40 años.
- Ciudadanía: natural, legal o residente mayor a 1 año.
- Nivel educativo: primaria completa, primaria incompleta, secundaria incompleta, secundaria completa, otros estudios en caso de presentarse.
- Estado civil: casada, unión estable, soltera.
- Ocupación: estudiante, trabaja, desocupada.
- Edad gestacional: menor a 8 semanas, entre 9 y 10 semanas, mayor a 10.
- Número de hijos previos: 0, de 1 a 2 hijos previos, 3 a 4 hijos, mayor o igual a 5.
- Intervalo de tiempo entre interrupciones voluntarias del embarazo realizadas: menor a 1 año, 1 a 2 años, 2 a 3 años, mayor a 3 años.
- Nivel socioeconómico: deficitario, aceptable, bueno, según Trabajo Social.
- Motivo de solicitud de la interrupción: voluntad propia, violación, riesgo de salud para la mujer, detección de anomalías fetales incompatibles con la vida.
- Método de la IVE: Farmacológico, Quirúrgico.

- Concurrencia a la cuarta consulta de cada interrupción: si, no.
- Utilización de MAC previo a la interrupción: si, no
- Uso de MAC previo y post interrupción.
- Requirió repetición de medicación: sí, no.
- Requirió internación para la interrupción anterior: si, no.
- Requirió de seguimiento psicológico post evento: requerido, no requerido.

Teniendo en cuenta la distribución geográfica del territorio se analizarán las distancias de las localidades a Melo dependiendo de la cercanía (menos de 20 km, 21 a 40 km, entre 41 y 80 km, 81 km a 100 km y más de 100 km) y el acceso al transporte suburbano medido por su frecuencia y horarios durante los días que funciona el servicio (martes y miércoles) desde y hacia Melo.

Posteriormente se realizará un análisis de las características de la población a estudiar: incidencia, conceptos, variables y su posible relación.

Una vez finalizado el análisis del tema investigado, se extraerán conclusiones demostrativas.

Por otro lado se estará, en todo momento, teniendo una mirada desde la partería tanto para su abordaje como para su análisis y conclusión.

Capítulo 6

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS

Policlínicas dependientes de la RAP distribuidas por rutas principales 7, 8 y 26

Para una mejor organización, dividimos al transporte según las siguientes rutas, mediante mapa departamental e informe que proporciona el control de ómnibus en la terminal departamental a los usuarios que lo solicitan, así como vía web en la página de la intendencia departamental, el cual es detallado en capítulo anexos, N° 5.

Policlínicas rurales por Ruta 8

Isidoro Noblía: Cuenta con servicio de salud de emergencia 24 horas (referencia importante para la atención de situaciones emergentes de la IVE u obtención de la tercera consulta de ser indispensable). Cuenta con farmacia para el expendio de medicamentos, Medicina General y Ginecología para la indicación de anticonceptivos. Respecto al acceso a la inserción de DIU o implante subdérmico, cuenta con Ginecólogo 2 veces al mes, Obstetra Partera que concurre en forma semanal y cuenta con Psicología.

Aceguá: Concorre Obstetra Partera en forma semanal, Ginecólogo una vez al mes. Tiene expendio de medicamentos y cuenta con recursos para la indicación y administración de métodos anticonceptivos. No cuenta con Psicología.

Mangrullo, San Diego, Arbolito, La Micaela, La Pedrera, Cañas y Centurión: Tienen policlínicas rurales con bajos recursos, cuentan con atención ginecotológica mes por medio y de Obstetra Partera, el Médico General concurre 3 veces al mes. Cuenta con métodos anticonceptivos orales y de barrera. No cuenta con Psicología.

Policlínicas rurales por Ruta 7

Tupambaé, Fraile Muerto, Bañado de Medina, Ramón Trigo, Cerro de las Cuentas, Cuchilla Grande, Quebracho, Tres Islas, Arévalo, Tierras Coloradas y Paso Pereira: Cuentan con la concurrencia de Ginecotólogo y Obstetra Partera una vez al mes. No cuentan con farmacia, se accede a los mismos a través del equipo de salud de la ronda rural. No cuentan con Psicología.

Policlínicas rurales por Ruta 26

En Río Branco, en búsqueda de la descentralización del servicio se realizan consultas de IVE según disponibilidad del equipo. La consulta con Salud Mental, funciona en la policlínica Tres Barrios, el profesional atiende a toda la localidad y a mujeres que solicitan la IVE en conjunto con Trabajo Social llevado a cabo los días jueves únicamente. Los martes se brindan consultas con Ginecotólogo para todas las instancias requeridas.

En cuanto a los MAC, es el profesional de Ginecología quien los indica y además, realiza inserción de DIU e implante subdérmico, las Obstetras Parteras realizan inserción del último referido en policlínica de Planificación Familiar en el hospital de la localidad.

En las cercanías de Río Branco se encuentran tres policlínicas que participan en la ronda rural: Poblado Uruguay, Plácido Rosas y Lago Merín. La Obstetra Partera proporciona a los usuarios preservativos tanto femeninos como masculinos, ACO e inyectables hormonales.

Acceso al transporte público para concurrir al servicio de SSyR los días de su funcionamiento, en el centro de salud de Melo

En la sección demográfica de la investigación, durante la distribución de la población a nivel departamental se resalta el porcentaje de población rural de Cerro Largo. Cuenta con más de 13000 km cuadrados de territorio, con una población rural que asciende a 5.936, según censo 2011. Por ello es importante conocer el transporte público y frecuencia del mismo, de cada lugar, ya que en ocasiones representa una dificultad al acceso a los servicios de salud.

Dentro de este, las distancias y frecuencias tienen fundamental importancia, repercutiendo directamente en temas estudiados en este trabajo, como el acceso a la IVE y métodos anticonceptivos (de forma gratuita y permanente como obligación del estado), cuyos servicios de salud sexual y reproductiva está centralizado en forma completa en la capital departamental. En Río Branco que se lleva a cabo en la policlínica de Tres Barrios y hospital de la localidad.

En la capital, la cantidad de habitantes según último censo es de 51.830. El transporte urbano en la ciudad dispone de tres empresas, con salidas de orígenes y destinos diferentes dentro de la ciudad, a cada hora durante el día.

Transporte público de la población rural

Está pensado para el acceso de la población desde las policlínicas rurales al servicio de SSyR en el Centro de Salud de Melo los días de su funcionamiento (martes y miércoles), lo que contribuye a evitar los abortos clandestinos, y por consiguiente las muertes maternas. La concurrencia a todas sus consultas incluyendo la consulta de IVE 4, es de suma importancia para estudiar el estado de salud de la mujer post interrupción, previniendo posibles complicaciones.

Por otro lado, el transporte representa un medio de acceso a los centros donde se administran los MAC incluyendo los de larga duración, los cuales son difíciles de adquirir en las policlínicas rurales, como son el DIU y el implante hormonal subdérmico. En caso de no obtenerse el mismo en la consulta en el momento de la ronda rural, presenta facilidades para su coordinación o derivación al especialista pertinente.

Localidades que cuentan con policlínica rural y su acceso al transporte público los días de funcionamiento del servicio de SSyR del departamento de Cerro Largo

Localidades	Frecuencia de transporte martes y miércoles
Aceguá	Si
Isidoro Noblía	Si
San Diego	No
Mangrullo	No
Centurión	Si
Las Cañas	No
Poblado Uruguay	Si
Río Branco	Si

Laguna Merín	Si
La Pedrera	No
Bañado de Medina	Si
Quebracho	Si
Fraile Muerto	Si
Ramón Trigo	Si
Paso Pereira	Si
Arévalo	Si
Tres Islas	Si
Cerro de las Cuentas	Si
Cuchilla Grande	Si
Tupambaé	Si
Arbolito	Si
La Micaela	No
Plácido Rosas	Si
Tierras Coloradas	Si

Tabla N° 1- Fuente: MIDES (Ministerio de Desarrollo Social) SIG mapas, Dpto. de Cerro Largo, servicios de salud, policlínicas / IMCL (Intendencia Municipal de Cerro Largo) Gestión ciudadana, horarios de ómnibus.

En referencia a la tabla N° 1, el 79.2% de la población, accede al transporte público los días de funcionamiento del servicio de SSyR, mientras que el 20.8% no accede dichos días. Estos valores se vinculan con un déficit en el acceso al transporte público por parte de la población rural para acceder al Centro de Salud.

Transporte rural y urbano departamental para acceder a la ciudad de Melo y al servicio de SSyR

En esta sección de la investigación, se detalla la distancia que debe recorrer en km la población rural que habita en respectivas localidades del departamento, sobre las tres rutas principales que atraviesan el mismo o en sus cercanías.

Se detalla cantidad habitantes en cada localidad o pueblo que cuenta con policlínica rural según el Censo de 2011, y la frecuencia del transporte los días martes y miércoles que funciona el servicio. Desde algunas policlínicas se podrá observar que no hay transporte para acceder a la ciudad de Melo en dichos días, en otras el trayecto no es completo.

Cuando se indica transporte semanal y frecuencia cero los días del funcionamiento del servicio, representa el transporte disponible los demás días de la semana, en cada tabla se harán aclaraciones para facilitar la comprensión.

Del total de la población del departamento según el último censo, el 45.6% tiene afiliación con ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado) mayor prestador de servicios en salud del Uruguay.

Es importante para la completa comprensión del tema, complementar esta lectura con un mapa de las rutas departamentales y las localidades mencionadas (ver anexo N° 5).

Cabe destacar que en la ciudad de Melo, el transporte urbano consiste en 7 ómnibus con salidas diferentes a cada hora del día durante, todos los días de semana y con destinos diferentes, cubriendo todo el trayecto de la ciudad, lo que permite a los usuarios a acceder a los servicios de SSyR en el Centro de Salud de Melo mediante el transporte en paradas cercanas a su domicilio y al Centro Asistencial.

Acceso al transporte público desde policlínicas rurales ubicadas por Ruta 8 al Norte y Sur de Melo para acceder a la capital departamental

Origen	Distancia en Km a Melo	N° de habitantes	Frecuencia diaria Martes y Miércoles
Aceguá	58.9	1.511	> a 12
Isidoro Noblía	46	2.331	> a 12
Mangrullo	41.3	> a 100	0
San Diego	58	< a 100	0
Centurión	60	< a 100	3
Arbolito	37	263	6
La Micaela	42	< a 100	0

Tabla N° 2- Fuente: MIDES, SIG mapas, Dpto. de Cerro Largo, servicios de salud, policlínicas / IMCL, Gestión ciudadana, horarios de ómnibus/ INE (Instituto Nacional de Estadística), Resultados del Censo de Población 2011: población, crecimiento y estructura por sexo y edad.

En la tabla N°2 se referencia sobre Mangrullo, si bien la distancia del mismo a la ciudad de Melo son 41.3 km, no hay transporte directo. Los usuarios deben recorrer 80 km en total transportándose desde Mangrullo a Noblía en ómnibus, y de ahí a la capital departamental. No hay frecuencia de transporte diario para los días del funcionamiento del servicio de SSyR, no obstante hay una frecuencia en la semana de 4 horarios en total ida y vuelta que es pertinente mencionar para el acceso a MAC.

Desde San Diego no se cuenta con transporte directo, por lo contrario el recorrido es incompleto. Es necesario trasladarse 46 km hasta Isidoro Noblía y de allí 12 km hasta San Diego. Al igual que Mangrullo no cuenta con transporte a Melo los días martes y miércoles, no obstante cuenta con 4 horarios de ómnibus en la semana. La

frecuencia desde Melo a Isidoro Noblía ya ha sido detallada anteriormente.

Desde La Micaela a Melo no hay transporte los días de funcionamiento del servicio de SSyR, no obstante hay horario de transporte en los días lunes y viernes que le permiten trasladarse sin inconvenientes para acceder a una consulta de anticoncepción. Cuenta con una sola línea de ómnibus y un solo horario. De ida a Melo 6:30 hs y de regreso a las 16:00 los días lunes y viernes.

Acceso al transporte público desde policlínicas rurales ubicadas por Ruta 26 y alrededores de Melo para acceder a la capital departamental

Origen	Distancia en Km a Melo	N° de habitantes	Frecuencia martes y miércoles
La Pedrera	8	131	0
Las Cañas	39	< a 100	0
Poblado Uruguay	78	104	10
Río Branco	90	16.270	10
Lago Merín	110	439	3
Plácido Rosas	110.8	415	> a 5

Tabla N° 3- Fuente: MIDES, SIG mapas, Dpto. de Cerro Largo, servicios de salud, policlínicas / IMCL, Gestión ciudadana, horarios de ómnibus/ INE, Resultados del Censo de Población 2011: población, crecimiento y estructura por sexo y edad.

Desde La Pedrera y Las Cañas no hay transporte de ómnibus los días de funcionamiento del servicio de SSyR, por lo contrario, los días lunes y viernes cuenta con un horario de salida desde y hacia la ciudad de Melo lo que le posibilita a acceder a consultas de anticoncepción. No obstante la población que habita en las Cañas y

alrededores por encontrarse alejado de la Ruta 26, no tienen acceso directo de transporte sino cercano.

Poblado Uruguay está ubicado al límite con Brasil al norte de Río Branco, por lo que de encontrarse con todos los recursos en el mismo para la IVE es de más fácil acceso, así como en forma constante para consultas de anticoncepción. La distancia a Río Branco son 28 km con una frecuencia diaria de 10 horarios diferentes, no obstante los últimos 8 km desde la ruta 26 no hay transporte público.

Lago Merín: la distancia de Río Branco son 20 km al igual que Poblado Uruguay, puede acceder al transporte en 3 horarios diferentes durante el día

Plácido Rosas: no cuenta con transporte directo a la ciudad de Melo ni completo, requiere transportarse a Río Branco y de ahí a Melo. Durante los primeros 21,9 km no hay transporte hasta la ruta 18. De allí hasta la ruta 26 con un trayecto aproximado de 29 km es necesario un ómnibus y luego otro desde Río Branco hasta Melo. Se aclaran dos frecuencias diferentes ya que desde Plácido Rosas a la ruta 26 cuenta con una frecuencia de 5 ómnibus diarios y de allí cuenta con 10 horarios diferentes hasta la ciudad de Melo (Línea Río Branco-Melo).

Por lo contrario en Río Branco accede en forma semanal a consultas de anticoncepción y en forma intermitente según disponibilidad de los recursos para la atención en la IVE, donde el trayecto es más corto y menos costoso en dinero y tiempo para las mujeres.

Acceso al transporte público desde policlínicas rurales ubicadas por Ruta 7 al Sur Oeste de Melo para acceder a la capital departamental

Origen	Distancia en km a Melo	N° de habitantes	Frecuencia diaria martes y miércoles
Bañado de Medina	20	207	2

Fraile Muerto	41	3.645	6
Ramón Trigo	48	150	3
Cerro de las Cuentas	56	263	6
Cuchilla Grande	56.7	< a 100	6
Tres Islas	64	195	6
Quebracho	74	< a 100	6
Tupambaé	88	1.122	6
Tierras Coloradas	133	< a 100	5
Arévalo	133	272	5
Paso Pereira	160	100	6

Tabla N° 4- Fuente: MIDES, SIG mapas, Dpto. de Cerro Largo, servicios de salud, policlínicas / IMCL, Gestión ciudadana, horarios de ómnibus/ INE, Resultados del Censo de Población 2011: población, crecimiento y estructura por sexo y edad.

Bañado de Medina: la población accede al ómnibus con mayor frecuencia, en 5 horarios diferente durante el día en la intersección entre rutas 7 y 26 aproximadamente a 1 km de distancia de Bañado Medina, por lo que el trayecto es incompleto pero más frecuente.

Quebracho y Tres Islas son dos localidades cercanas a la Ruta 7, aproximadamente a 19 km y 15 km respectivamente. El único ómnibus que sale desde Melo tiene destino Montevideo, pasa por Cerro de Las Cuentas aproximadamente 5 a 6 veces al día.

Cuchilla Grande: el transporte hasta la ciudad de Melo es incompleto. Parte desde la Ruta 7 tras 27 km sin transporte público, representa casi la mitad del trayecto con la misma frecuencia que Cerro de las Cuentas.

Desde Tierras Coloradas y Arévalo a Melo el trayecto no es completo, hay acceso desde la Ruta 7 tras 34 km aproximadamente sin transporte público.

Paso Pereira a Melo: el recorrido es incompleto, es necesario recorrer por medios propios 62 km hasta la Ruta 7. De allí la frecuencia del transporte es la mencionada hacia la capital departamental.

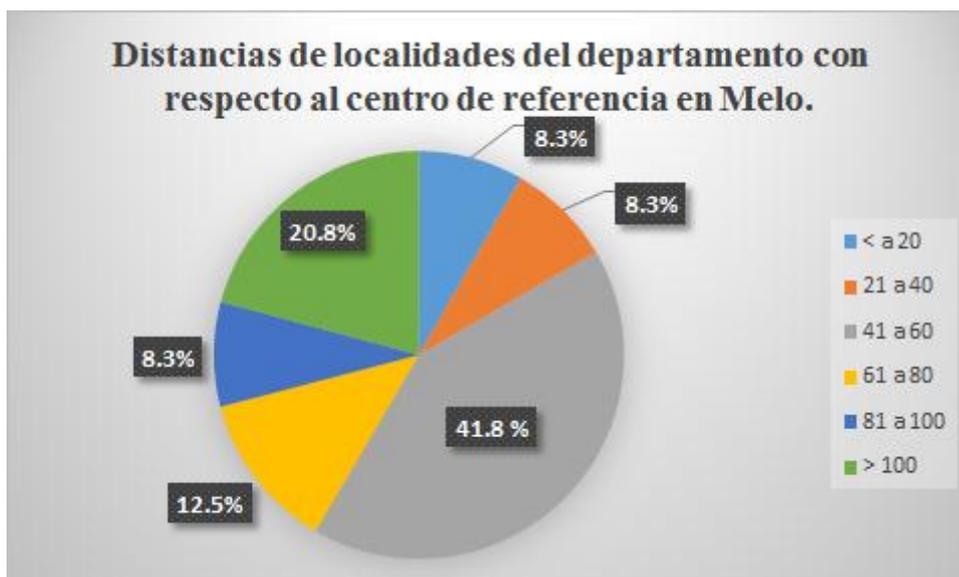
Distancias desde policlínicas rurales a la ciudad de Melo

Luego de haber desglosado la distancia que debe recorrer la población, desde localidades que cuentan con policlínica rural a la ciudad de Melo. Se utilizan diferentes valores para establecer la variable. El N es de 24 que representa a la cantidad de localidades que cuentan con policlínica rural.

Rangos de distancias en Km	N° de policlínicas rurales	Fr%
< a 20	2	8.3
21 a 40	2	8.3
41 a 60	10	41.8
61 a 80	3	12.5
81 a 100	2	8.3
> 100	5	20.8
Total	24	100

Tabla N° 5- Fuente: MIDES, SIG mapas, Dpto. de Cerro Largo, servicios de salud, policlínicas / INE, Resultados del Censo de Población 2011: población, crecimiento y estructura por sexo y edad.

En la tabla N°5 se puede apreciar que el 41,8% de la población que habita en localidades que cuentan con policlínica rural o en su cercanía, debe recorrer de 41 a 60 km para llegar a la ciudad de Melo.



Gráfica N° 1- Fuente: Planilla de recolección de datos. Ver anexo N° 7.

Clasificación del trayecto del transporte público en completo e incompleto, desde las policlínicas rurales a Melo

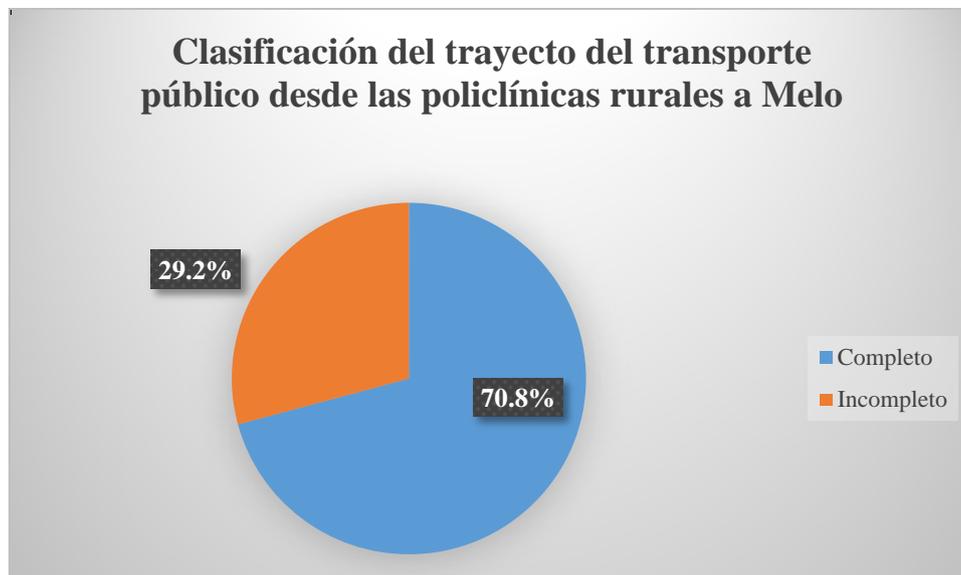
Respecto a las 24 localidades que cuentan con policlínica rural, se establecen valores en cuanto al acceso del transporte para la ciudad de Melo los días de la semana de lunes a viernes.

Transporte	Fa	Fr%
Completo	17	70.8
Incompleto	7	29.2
Total	24	100

Tabla N° 6- Fuente: MIDES, SIG mapas, Dpto. de Cerro Largo, servicios de salud, policlínicas/ IMCL, Gestión ciudadana, horarios de ómnibus.

Teniendo presente la tabla N° 6 se puede observar que un 70.8% cuenta con transporte para el recorrido completo, y un 29.2% incompleto. De este último, dependiendo el

origen pueden variar de 1 a más de 20 km sin acceso de transporte o incluso requerir trasbordo para llegar a destino



Gráfica N° 2- Fuente: Planilla de recolección de datos. Ver anexo N° 7.

Población que reincidió en la IVE en el período de noviembre 2012 a noviembre de 2016 en el sector público, Cerro Largo

En el sector de Salud Pública del departamento de Cerro Largo Uruguay, el SSyR se lleva a cabo en los centros de salud de Melo (Capital Departamental) y en el Centro Auxiliar de Río Branco, en el periodo de noviembre 2012 a noviembre 2016. Se atendieron 663 consultas de IVE 3 ratificadas dentro del marco legal de la Ley 18.987, de las cuales el 6,1% corresponde a usuarias que reincidieron en la interrupción voluntaria una o más veces representado a continuación.

Total de IVE desde noviembre 2012 a noviembre 2016 en el sector público del Departamento de Cerro Largo

Interrupciones realizadas durante el periodo seleccionado	Fa	Fr%
Realizados por primera vez	622	93.9
Reincidencias	38	6.1
Total	663	100

Tabla N° 7- Fuente: historias clínicas de la población seleccionada, planilla de recolección de datos.

En la tabla N°7 se busca principalmente exponer la frecuencia de la reincidencia en la IVE durante el período seleccionado en el departamento de Cerro Largo que tiene un valor de 6.1%.



Gráfica N° 3- Fuente: Planilla de recolección de datos. Ver anexo N° 7.

Consultas de IVE 3 ratificadas en el sector público del Departamento de Cerro Largo desde noviembre 2012 a noviembre 2016

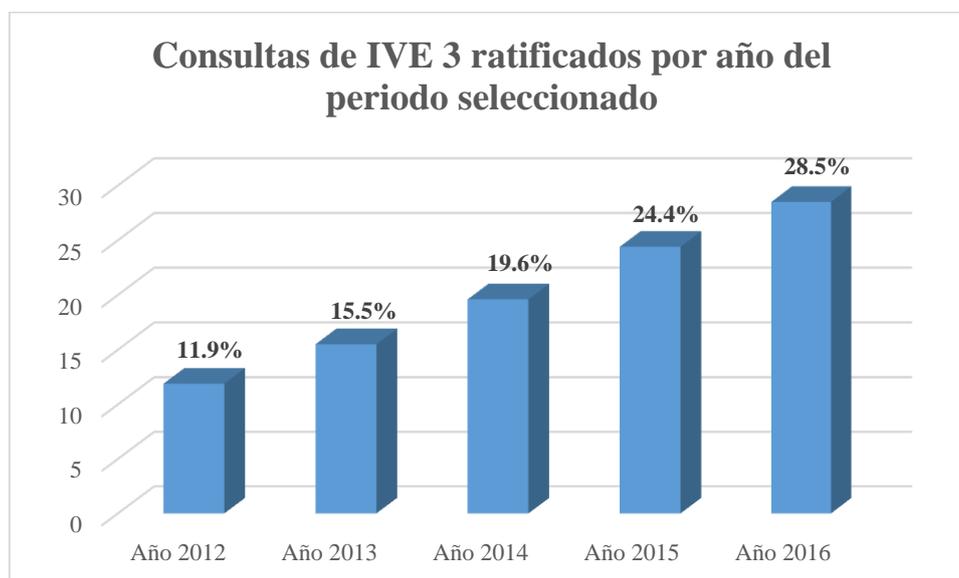
El servicio de SSyR en el año 2012 abarca solamente los dos últimos meses del

año y por otro lado en el 2016 finaliza sobre el mes de noviembre, de manera de completar un periodo de cuatro años, aclarando que el servicio en el Hospital de Río Branco se estableció y comenzó a funcionar en diciembre del año 2014 de forma intermitente y accesorio al servicio de SSyR de Melo, por lo tanto durante los años 2012, 2013 y parte de 2014 no se realizó el procedimiento en Río Branco.

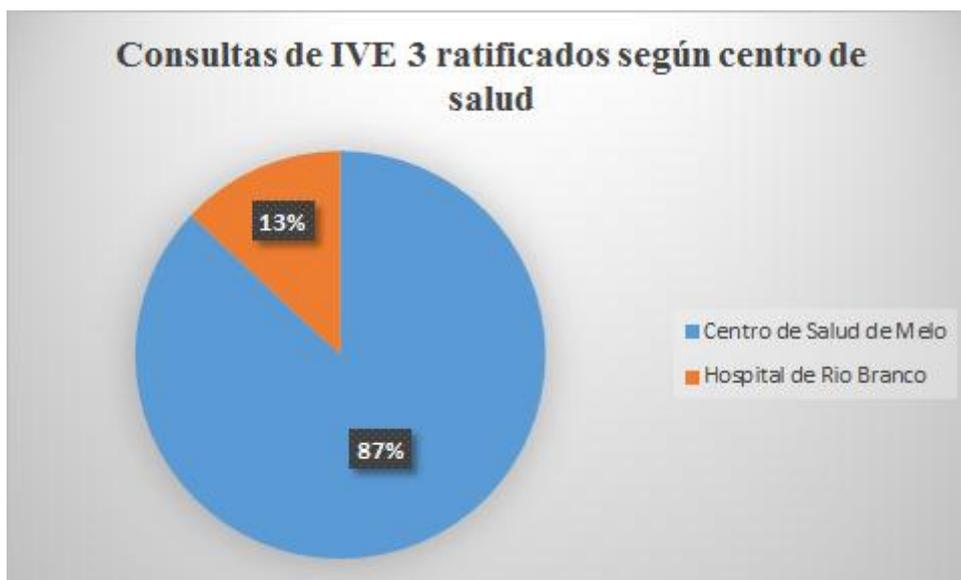
Periodo	Centro de Salud de Melo	Hospital de Río Branco	Total
Año 2012	79	-	79
Año 2013	103	-	103
Año 2014	127	3	130
Año 2015	125	37	162
Año 2016	143	46	189
Total	577	86	663

Tabla N°8- Fuente: historias clínicas de la población seleccionada, planilla de recolección de datos.

En la tabla N°8 se puede apreciar año tras año durante el período seleccionado aumento del número de interrupciones voluntarias del embarazo en el departamento de interés a estudiar.



Gráfica N° 4- Fuente: Planilla de recolección de datos. Ver anexo N° 7.



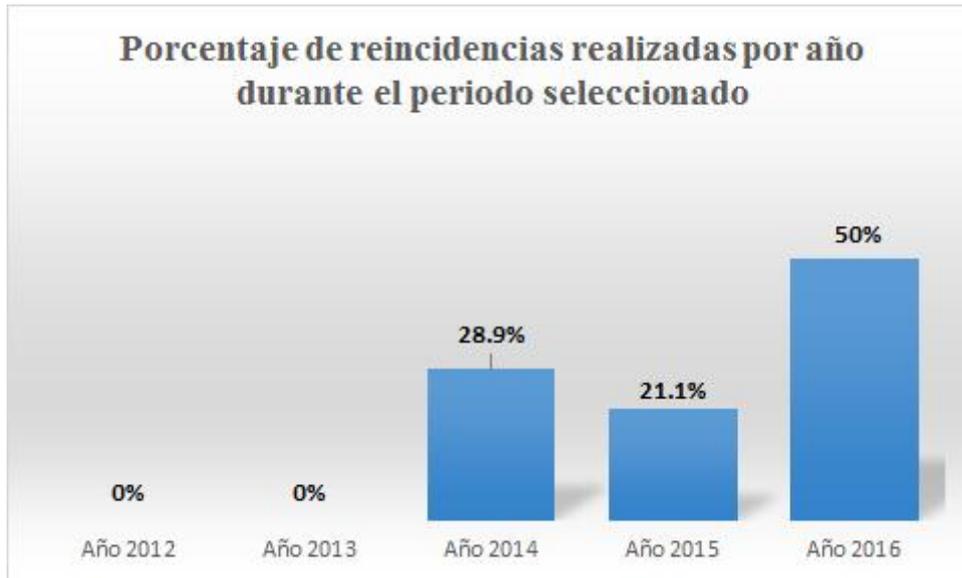
Gráfica N° 5- Fuente: Planilla de recolección de datos. Ver anexo N° 7.

Cuantificación de reincidencias en la IVE por año durante el período seleccionado en el sector público, Departamento de Cerro Largo

Periodo	Centro de Salud de Melo	Hospital de Río Branco	Total	Fr%
Año 2012	0	-	0	0
Año 2013	0	-	0	0
Año 2014	11	0	11	28.9
Año 2015	7	1	8	21.1
Año 2016	18	1	19	50.0
Total	36	2	38	100

Tabla N° 9- Fuente: historias clínicas de la población seleccionada, planilla de recolección de datos.

En la tabla N°9 se referencia la frecuencia mayor de usuarias que reincidieron en la IVE durante el año 2016 con el 50%. En los meses de noviembre a diciembre de 2012 y el año 2013 no se constataron reincidencias en el Centro de Salud de Melo, en Río Branco durante el año 2012 y 2013 no contaron con el servicio de SSyR establecido.



Gráfica N° 6- Fuente: Planilla de recolección de datos. Ver anexo N° 7.

Descripción de la población seleccionada en el período de noviembre 2012 a noviembre 2016 en el Sector Público, Cerro Largo

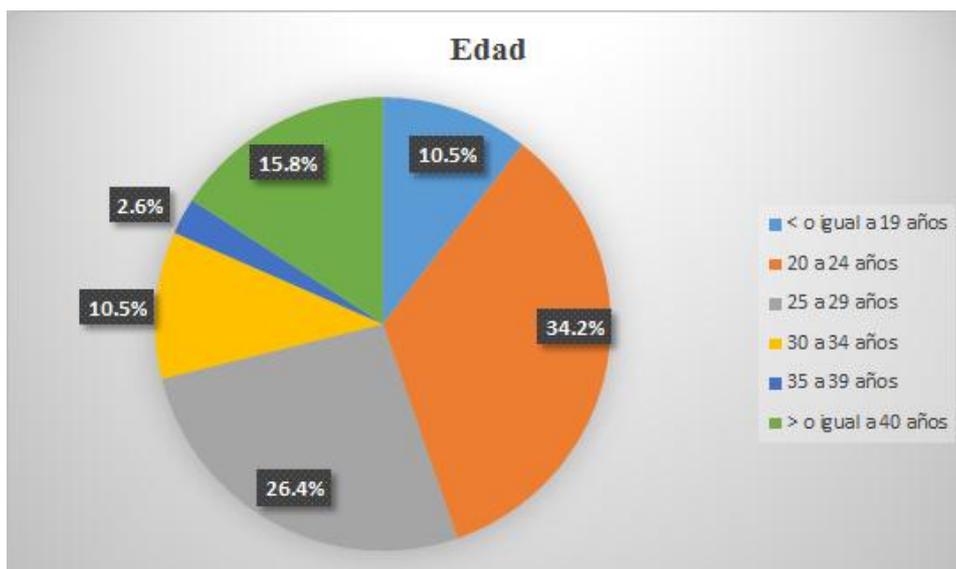
Al analizar las historias clínicas y caracterizar a la población según las variables estudiadas a partir de las reincidencias de IVE registradas, es importante destacar que mucha información no tuvo registro, lo que se indica como “Sin dato”.

Edad

Intervalo de edades	Fa	Fr%
< o igual a 19 años	4	10.5
20 a 24 años	13	34.2
25 a 29 años	10	26.4
30 a 34 años	4	10.5
35 a 39 años	1	2.6
> o igual a 40 años	6	15.8
Total	38	100

Tabla N° 10- Fuente: historias clínicas de la población seleccionada, planilla de recolección de datos.

En la tabla N°10 se puede observar que la edad de las mujeres varía desde la mínima para acceder a la IVE hasta el final de la edad reproductiva. El mayor porcentaje fue obtenido del intervalo de 20 a 24 años con el 34,2%. El menor se corresponde a edades en la adultez desde los 35 a los 39 años con el 2.6%.



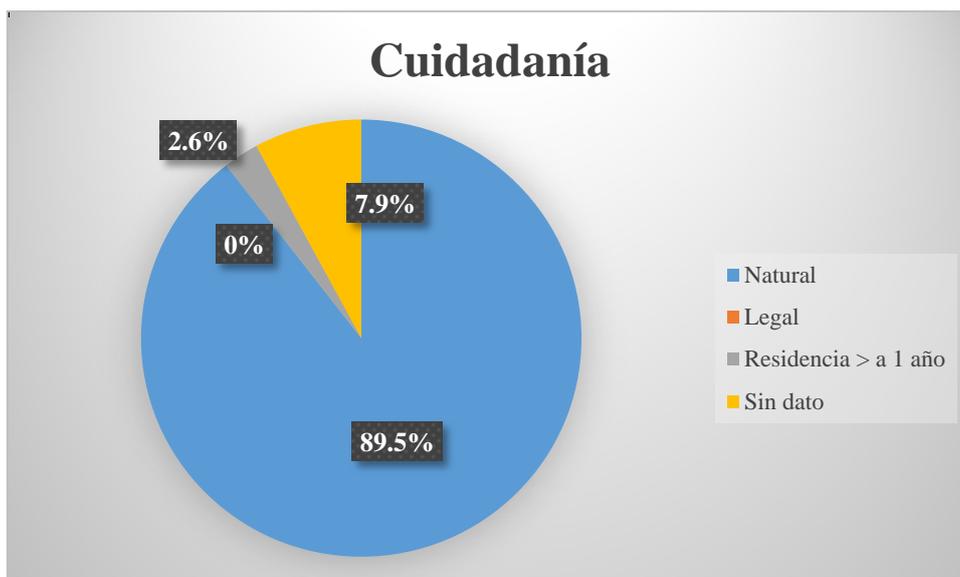
Gráfica N° 7- Fuente: Planilla de recolección de datos. Ver anexo N° 7.

Ciudadanía

Ciudadanía	Fa	Fr%
Natural	34	89.5
Legal	0	0
Residencia > a 1 año	1	2.6
Sin dato	3	7.9
Total	38	100

Tabla N° 11- Fuente: historias clínicas de la población seleccionada, planilla de recolección de datos.

Con respecto a la variable ciudadanía fue de interés estudiarla dado la proximidad del departamento con Brasil, en donde la mayoría fueron ciudadanas naturales en un 89.5%.



Gráfica N° 8- Fuente: Planilla de recolección de datos. Ver anexo N° 7.

Estado Civil

Estado Civil	Fa	Fr%
Soltera	3	7.9
Casada	3	7.9
Unión estable	7	18.4
Sin dato	25	65.8
Total	38	100

Tabla N° 12- Fuente: historias clínicas de la población seleccionada, planilla de recolección de datos.

En la tabla N°12 se interpreta la frecuencia mayor, la cual se corresponde a “Sin dato” y luego continúa unión estable con el 18.4%, y con menor porcentaje del 7.9% tanto en soltera como casada.



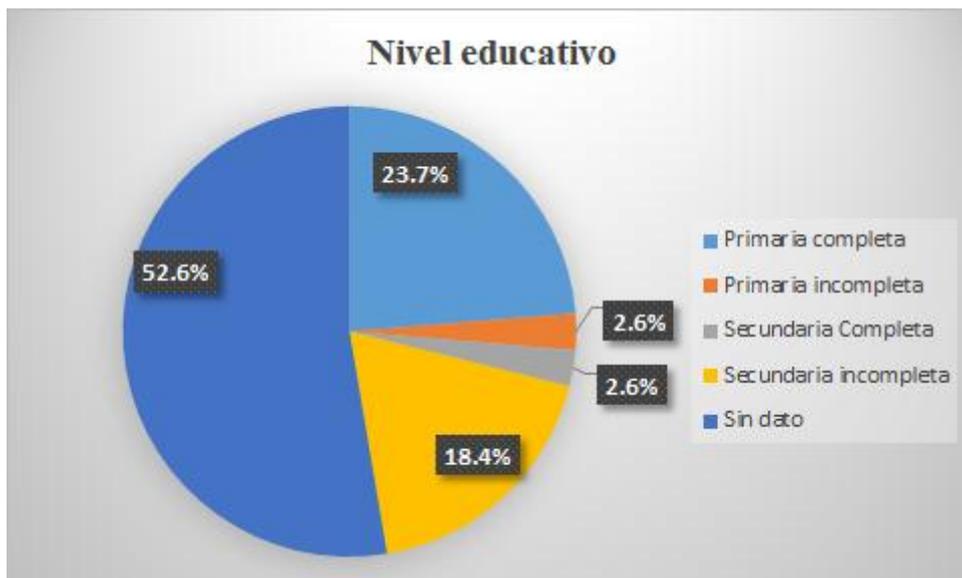
Gráfica N° 9- Fuente: Planilla de recolección de datos. Ver anexo N° 7.

Nivel educativo

Nivel educativo	Fa	Fr%
Primaria completa	9	23.7
Primaria incompleta	1	2.6
Secundaria Completa	1	2.6
Secundaria incompleta	7	18.4
Sin dato	20	52.6
Total	38	100

Tabla N° 13- Fuente: historias clínicas de la población seleccionada, planilla de recolección de datos.

En la tabla N°13 el mayor porcentaje corresponde a “Sin dato”. Luego le sigue el rango de primaria completa con el 23.7%, y en menor rango se encuentran primaria incompleta y secundaria completa cada uno con el 2.6%.



Gráfica N°10- Fuente: Planilla de recolección de datos. Ver anexo N° 7.

Ocupación

Ocupación	Fa	Fr%
Empleo	7	18.4
Desempleo	0	0
Estudiante	2	5.3
Sin dato	29	76.3
Total	38	100

Tabla N° 14- Fuente: historias clínicas de la población seleccionada, planilla de recolección de datos.

En la tabla N° 14 el porcentaje mayor corresponde al “Sin dato” con el 76.3%. El porcentaje menor se corresponde a usuarias que estudian con el 5.3%.



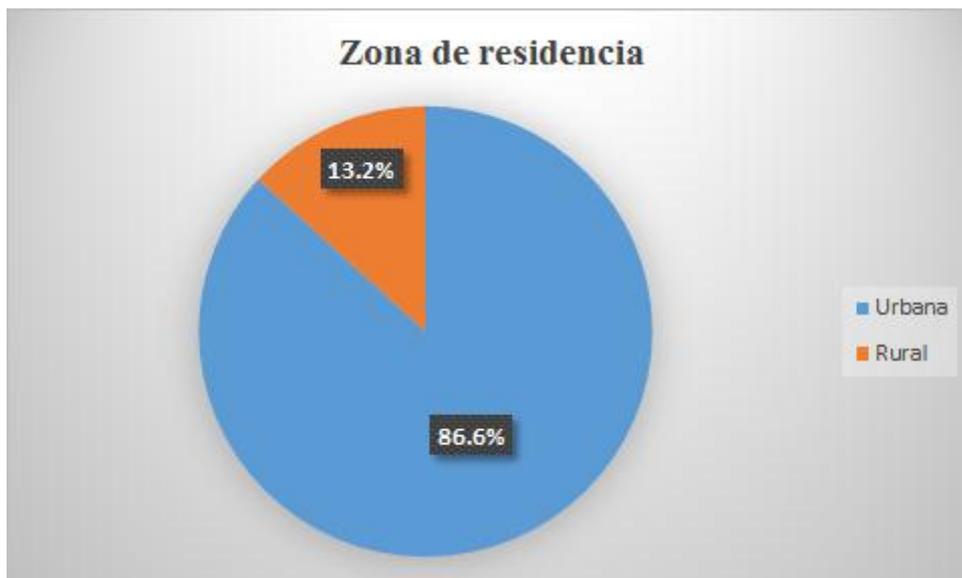
Gráfica N° 11- Fuente: Planilla de recolección de datos. Ver anexo N° 7.

Zona de residencia

Zona de residencia	Fa	Fr%
Urbana	33	86.8
Rural	5	13.2
Total	38	100

Tabla N° 15- Fuente: historias clínicas de la población seleccionada, planilla de recolección de datos.

En la tabla N°15 se interpreta la distribución poblacional según zona de residencia. De las 33 usuarias que residen en zona urbana, que equivale al 86.8%, dos de ellas residen en Río Branco, no obstante implica trasladarse de ser necesario aproximadamente 90 km a la ciudad de Melo, donde se encuentra el servicio de SSyR de referencia. De la población estudiada un 13.2% reside en zona rural del departamento.



Gráfica N° 12- Fuente: Planilla de recolección de datos. Ver anexo N° 7.

Nivel Socioeconómico

Si bien está planteado como un objetivo del trabajo, no se encontraron datos en las historias clínicas específicos de la situación económica de las usuarias para poder verificarlo como se planteó, con respecto a las necesidades básicas satisfechas o no y planes o programas brindados por el estado.

Es abordado por el profesional de Trabajo Social en la 2ª consulta, quien presenta las herramientas para asesorar a la usuaria de forma integral.

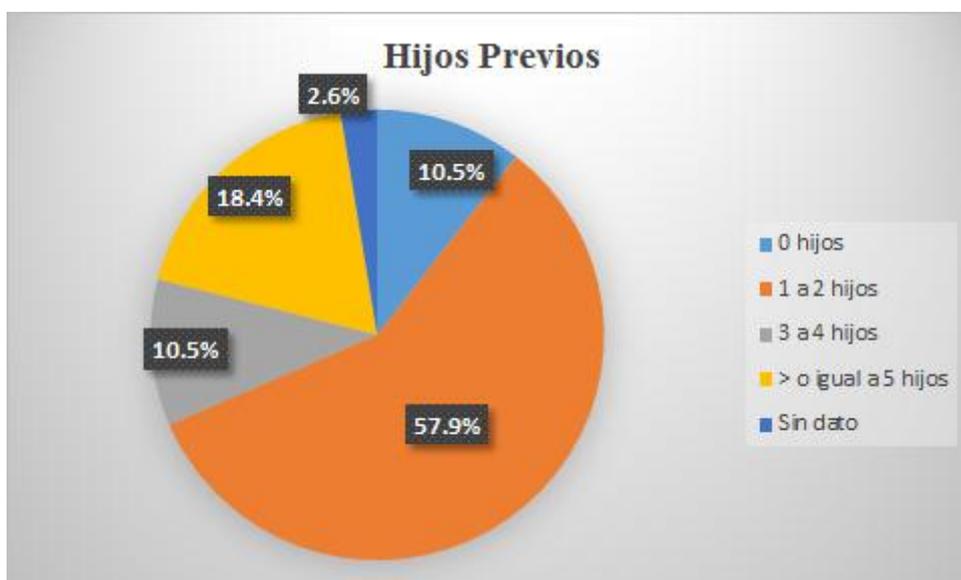
Hijos previos

Hijos previos	Fa	Fr%
0 hijos	4	10.5
1 a 2 hijos	22	57.9
3 a 4 hijos	4	10.5

> o igual a 5 hijos	7	18.4
Sin dato	1	2.6
Total	38	100

Tabla N° 16- Fuente: historias clínicas de la población seleccionada, planilla de recolección de datos.

En la tabla N°16 el porcentaje mayor se corresponde a usuarias que tienen uno o dos hijos previos con el 57.9%.



Gráfica N° 13- Fuente: Planilla de recolección de datos. Ver anexo N° 7.

Método para la IVE

Método para la IVE	Fa	Fr%
Farmacológico	38	100
Quirúrgico	0	0
Total	38	100

Tabla N° 17- Fuente: historias clínicas de la población seleccionada, planilla de recolección de datos.

En la tabla N°17 se puede interpretar que el 100% de las mujeres que reincidieron en la IVE lo hicieron mediante el método no invasivo conocido como farmacológico.

Procedimientos institucionalizados

Internación hospitalaria	Fa	Fr%
Si	7	18.4
No	31	81.6
Total	38	100

Tabla N° 18- Fuente: historias clínicas de la población seleccionada, planilla de recolección de datos.

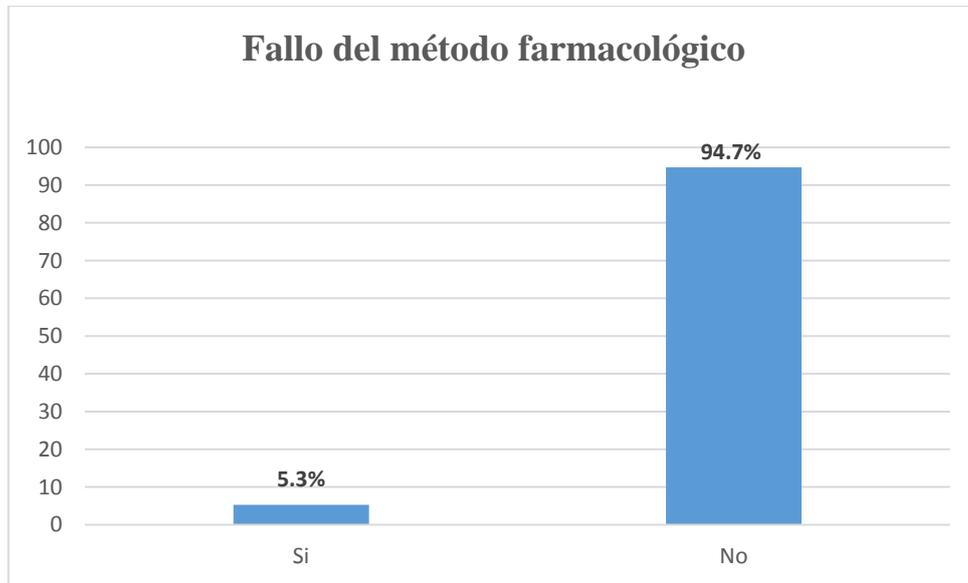
Del total de reincidencias interpretadas en la tabla N°18, el 18.4% requirió internación hospitalaria para el procedimiento farmacológico.

Fallo del método farmacológico

Fallo del método farmacológico	Fa	Fr%
Si	2	5.3
No	36	94.7
Total	38	100

Tabla N° 19- Fuente: historias clínicas de la población seleccionada, planilla de recolección de datos.

En la tabla N°19 se puede interpretar que partiendo del total de mujeres que reincidieron en la IVE, el 5.3% requirió repetición de la dosis recomendada de Misoprostol.



Gráfica N° 14- Fuente: Planilla de recolección de datos. Ver anexo N° 7.

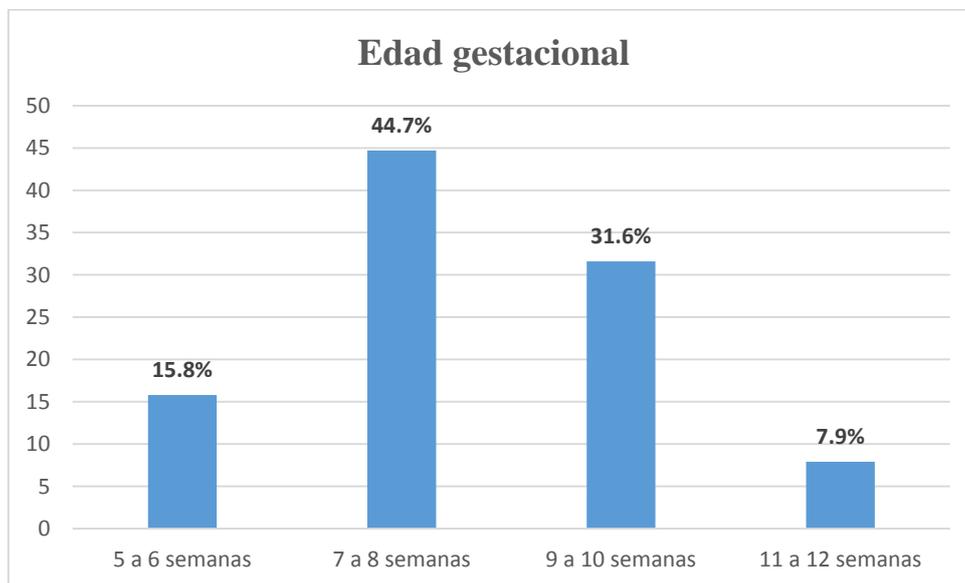
Edad Gestacional

Rango de Edad Gestacional	Fa	Fr%
5 a 6 semanas	6	15.8
7 a 8 semanas	17	44.7
9 a 10 semanas	12	31.6
11 a 12 semanas	3	7.9
Total	38	100

Tabla N° 20- Fuente: historias clínicas de la población seleccionada, planilla de recolección de datos.

En la tabla N°20 se expone la edad gestacional durante el uso de la mediación

que corresponde al intervalo de 7 a 8 semanas con el 44.7%.



Gráfica N° 15- Fuente: Planilla de recolección de datos. Ver anexo N° 7.

Concurrencia a la cuarta consulta de IVE de cada interrupción

Dada la importancia de la cuarta consulta entorno al asesoramiento y administración de MAC de elección, se interpresa individualmente la asistencia a la cuarta consulta en cada interrupción para luego estudiar la variable entre sí en forma comparativa.

Concurrencia a la cuarta consulta de la primera IVE

Concurrencia a la cuarta consulta	Concorre	No concorre	Total
1ª interrupción	23	15	38

%	60.5	39.5	100
---	------	------	-----

Tabla N° 21- Fuente: historias clínicas de la población seleccionada, planilla de recolección de datos.



Gráfica N° 16- Fuente: Planilla de recolección de datos. Ver anexo N° 7.

Concurrencia a la cuarta consulta de la segunda IVE

Concurrencia a la cuarta consulta	Concurre	No concurre	Total
2ª interrupción	20	18	38
%	52.6	47.4	100

Tabla N° 22- Fuente: historias clínicas de la población seleccionada, planilla de recolección de datos.



Gráfica N° 17- Fuente: Planilla de recolección de datos. Ver anexo N° 7.

Concurrencia a la cuarta consulta de la tercera IVE

Concurrencia a la cuarta consulta	Concurre	No concurre	Total
3ª interrupción	1	2	3
%	33.3	66.7	100

Tabla N° 23- Fuente: historias clínicas de la población seleccionada, planilla de recolección de datos.

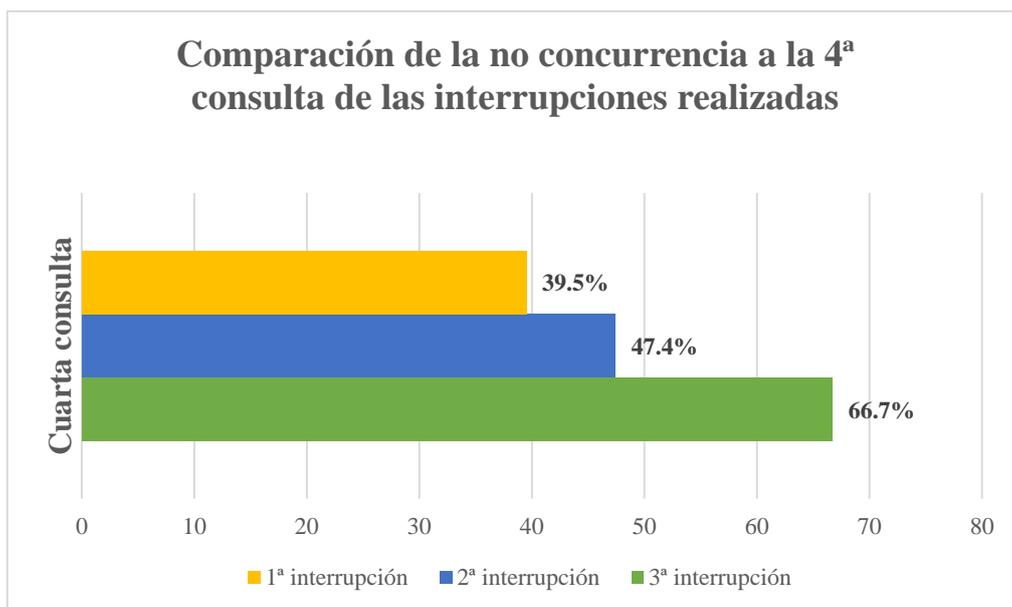


Gráfica N° 18- Fuente: Planilla de recolección de datos. Ver anexo N° 7.

Comparación de la no concurrencia a la 4ta consulta de las interrupciones realizadas

En contraste a lo anterior se visualiza lo contrario, un aumento en el porcentaje de usuarias que no concurren en la consulta de IVE 4 con respecto a su primera interrupción, en función de la 1ª y 2ª en el caso de tenerla.

En la 1ª interrupción el porcentaje de la no concurrencia a la cuarta consulta es del 39,5% ascendiendo en las usuarias que cuentan con una tercera interrupción a un 66,7% siendo el porcentaje mayor.



Gráfica N° 19- Fuente: Planilla de recolección de datos. Ver anexo N° 7.

Uso de MAC previo a cada interrupción

En la siguiente tabla se tiene en cuenta el uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres que reincidieron en la IVE durante el período seleccionado, teniendo en cuenta los métodos disponibles en Salud Pública por ser el sector de interés.

Uso de Mac previo a la IVE	1ª IVE	% 1ª IVE	2ª IVE	% 2ª IVE	3ª IVE	% 3ª IVE
Preservativo	5	13.1	7	18.4	1	33.3
ACO	6	15.8	10	26.3	1	33.3
Sin uso de MAC	9	23.7	7	18.4	0	0
Sin dato	18	47.4	14	36.8	1	33.3
Total	38	100	38	100	3	100

Tabla N° 24- Fuente: historias clínicas de la población seleccionada, planilla de recolección de datos.

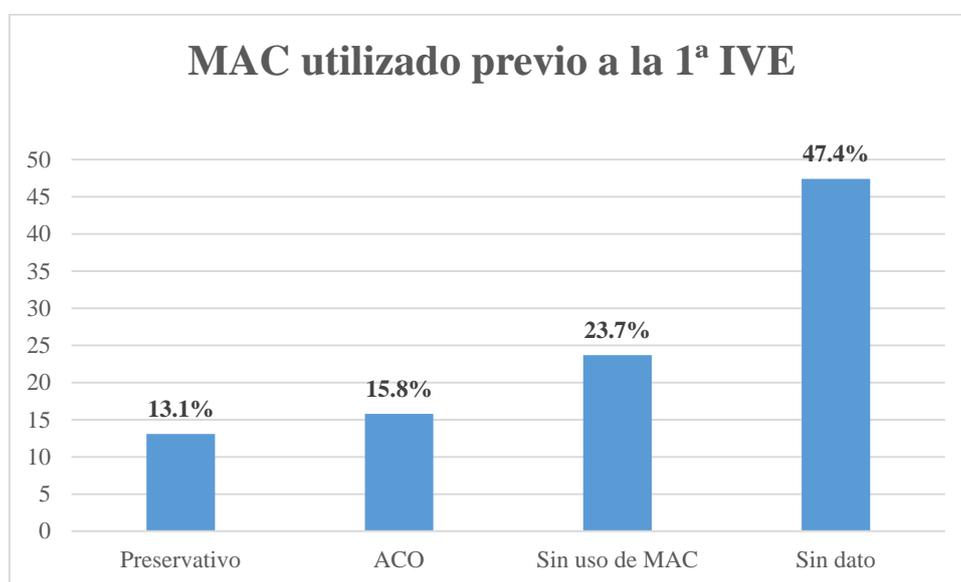
Tras analizar la tabla N° 24 se destacan algunos aspectos demostrativos:

Previo a la primera interrupción del embarazo el porcentaje mayor corresponde a “Sin dato” con el 47.4%, luego “sin uso de MAC” con el 23.7%.

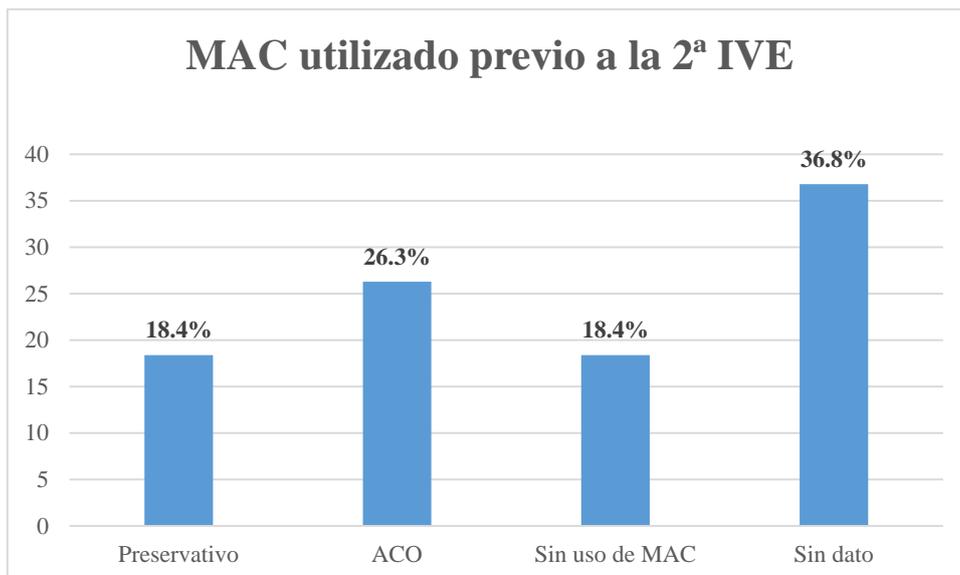
Previo a la segunda interrupción del embarazo el porcentaje mayor respecto al uso de MAC corresponde a “Sin dato” con el 36.8% y luego el uso de ACO con el 26.3%.

Previo a la tercera interrupción los datos son proporcionales a “Sin dato”, uso de preservativo y ACO. En esta última se encontraron tres casos, no obstante ninguno con un mayor número de interrupción.

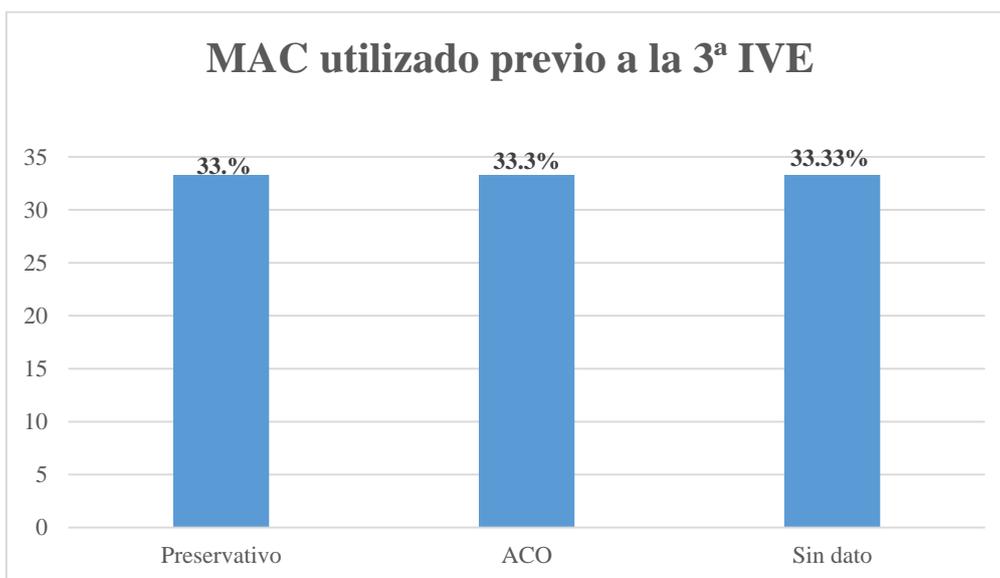
En la tabla anterior también se puede ver que hay métodos que dispone el Sector Público que no han sido utilizados por la población previo a la IVE: DIU, Inyectable hormonal, Implante hormonal subdérmico y Ligadura Tubárica.



Gráfica N° 20- Fuente: Planilla de recolección de datos. Ver anexo N° 7.



Gráfica N° 21- Fuente: Planilla de recolección de datos. Ver anexo N° 7.



Gráfica N° 22- Fuente: Planilla de recolección de datos. Ver anexo N° 7.

Uso de MAC post interrupción de cada IVE realizada

En la siguiente tabla se expone el uso de los métodos anticonceptivos luego de cada interrupción voluntaria del embarazo, teniendo presente todos los métodos que

ofrece el MS.

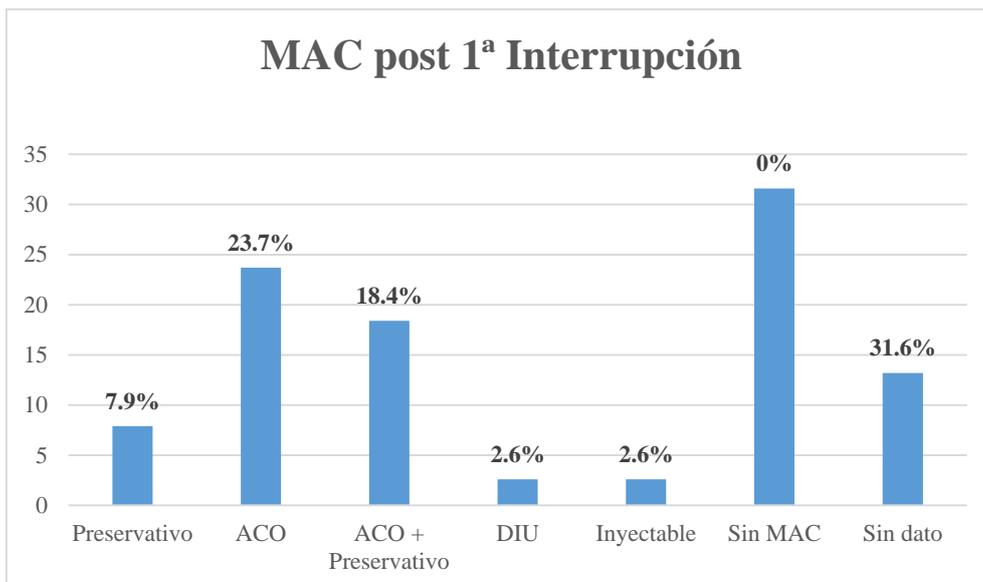
Uso de Mac post a la IVE	1ª IVE	% 1ª IVE	2ª IVE	% 2ª IVE	3ª IVE	% 3ª IVE
Preservativo	3	7.9	2	5.3	0	0
ACO	9	23.7	5	13.1	0	0
ACO + Preservativo	7	18.4	3	7.9	0	0
DIU	1	2.6	4	10.5	0	0
Inyectable	1	2.6	2	5.3	0	0
Implante	0	0	4	10.5	1	33.3
Sin MAC	12	31.6	15	39.5	2	66.7
Sin dato	5	13.2	3	7.9	0	0
Total	38	100	38	100	3	100

Tabla N° 25- Fuente: historias clínicas de la población seleccionada, planilla de recolección de datos.

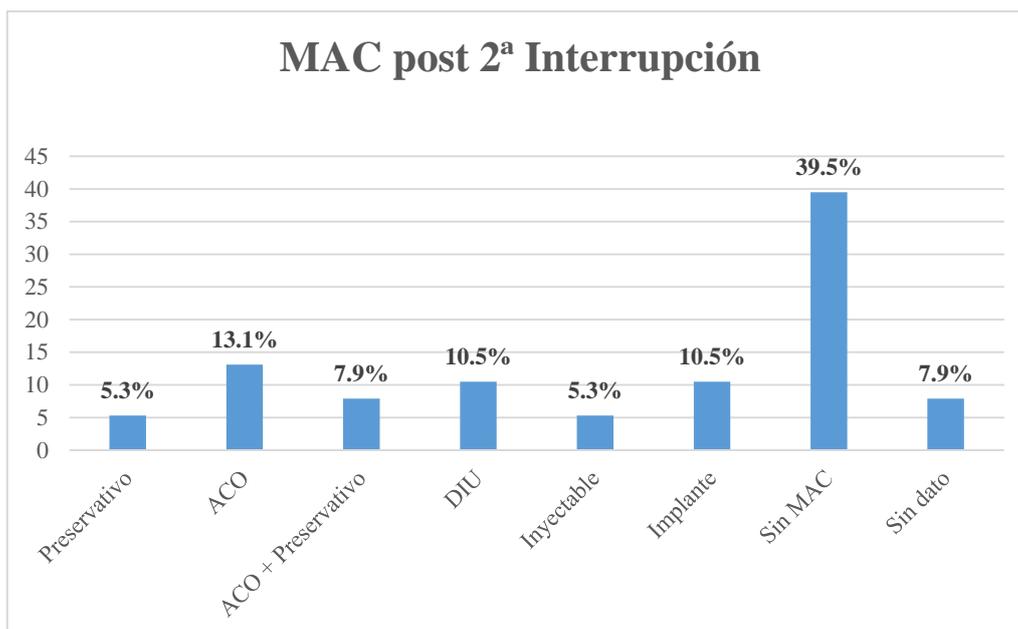
En la tabla N°25 se expone las usuarias que no concurrieron a la cuarta consulta con el objetivo de ser asesoradas en anticoncepción, o no concurrieron a una consulta posterior e inmediata a la IVE y se encontraron sin MAC.

Luego de la primera IVE se corresponde al 31,6%, luego de la segunda la frecuencia asciende al 39.5% y luego de la tercera IVE al 66,7%.

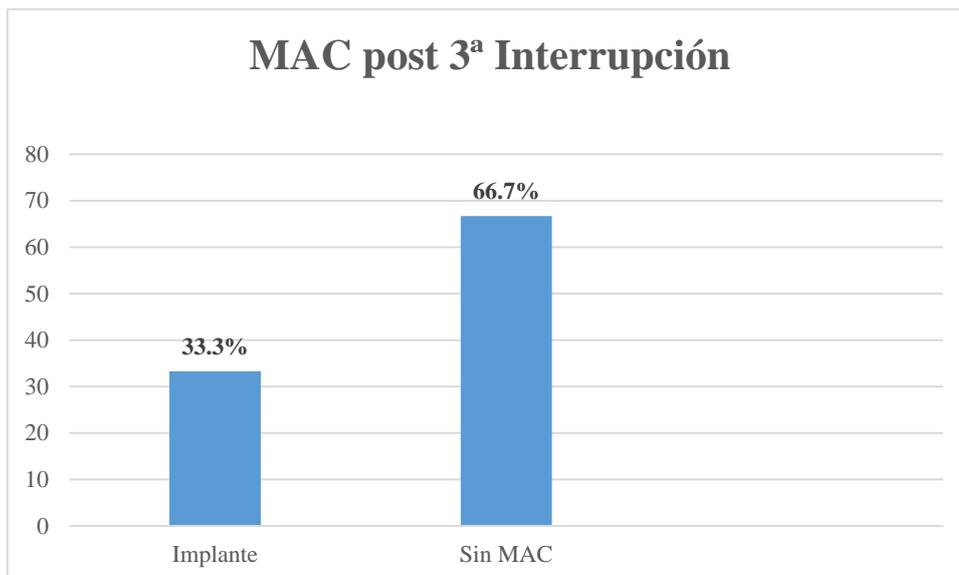
En la tabla anterior también se puede observar la falta de elección de métodos irreversibles ofrecidos por el Sector Público.



Gráfica N° 23- Fuente: Planilla de recolección de datos. Ver anexo N° 7.



Gráfica N° 24- Fuente: Planilla de recolección de datos. Ver anexo N° 7.



Gráfica N° 25- Fuente: Planilla de recolección de datos. Ver anexo N° 7.

Intervalo de tiempo entre interrupciones

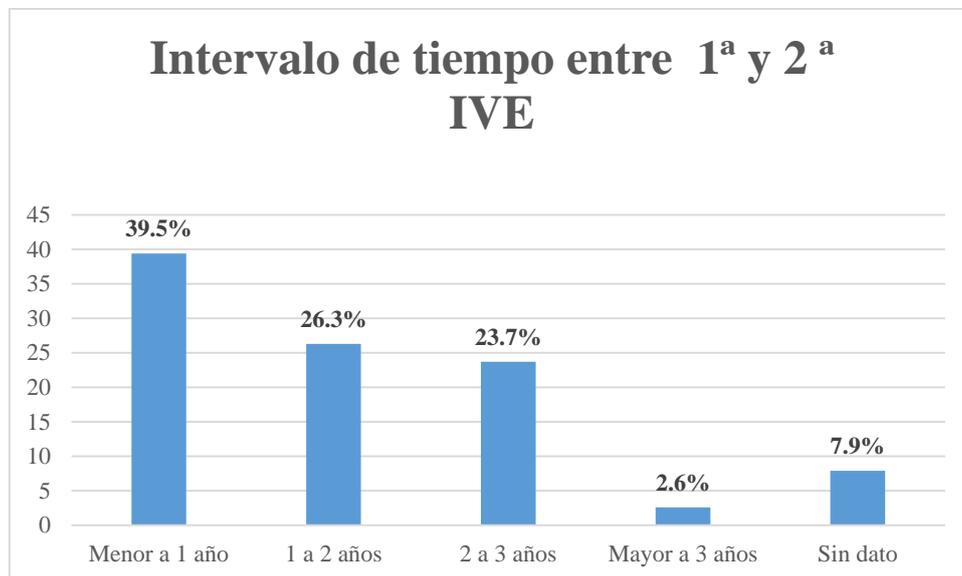
Intervalo de tiempo entre 1ª y 2ª IVE

Intervalo de tiempo entre 1ª y 2ª IVE	Fa	Fr%
Menor a 1 año	15	39.5
1 a 2 años	10	26.3
2 a 3 años	9	23.7
Mayor a 3 años	1	2.6
Sin dato	3	7.9
Total	38	100

Tabla N° 26- Fuente: historias clínicas de la población seleccionada, planilla de recolección de datos.

Con respecto al intervalo de tiempo entre la primera interrupción voluntaria del embarazo y la segunda, la mayoría se concentra en la variable menor a 1 año, con el

39.5%.



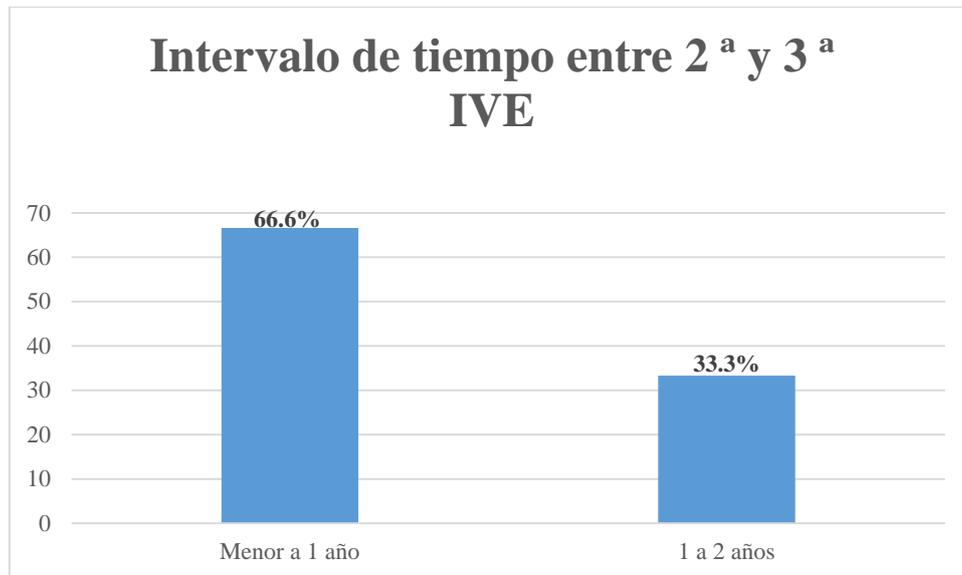
Gráfica N° 26- Fuente: Planilla de recolección de datos. Ver anexo N° 7.

Intervalo de tiempo entre 2ª y 3ª IVE

Intervalo de tiempo entre 2ª y 3ª IVE	Fa	Fr%
Menor a 1 año	1	66.6
1 a 2 años	1	33.3
2 a 3 años	0	0
Mayor a 3 años	0	0
Sin dato	0	0
Total	3	100

Tabla N° 27- Fuente: historias clínicas de la población seleccionada, planilla de recolección de datos.

En cuanto al intervalo de tiempo entre la segunda y la tercera IVE, en los tres casos que se presentaron, se encontró que el intervalo de mayor frecuencia es también el de menor a 1 año con un 66.6%.



Gráfica N° 27- Fuente: Planilla de recolección de datos. Ver anexo N° 7.

Motivo de la solicitud de la IVE según Ley 18.987

Motivo de solicitud	Fa	Fr%
Personal	38	100
Violación	0	0
Grave riesgo para la salud de la mujer	0	0
Procesos patológicos incompatibles con la vida extrauterina	0	0
Total	38	100

Tabla N° 28- Fuente: historias clínicas de la población seleccionada, planilla de recolección de datos.

En la tabla N°28 se puede interpretar que el 100% de las mujeres que representan la población refieren haber realizado el procedimiento para la IVE por motivos personales. No se encontraron situaciones excepcionales referentes a la ley.

Requerimiento de seguimiento psicológico post IVE

Requerimiento de seguimiento psicológico post IVE	Fa	Fr%
Si	1	2.6
No	0	0
Sin dato	37	97.4
Total	38	100

Tabla N° 29- Fuente: historias clínicas de la población seleccionada, planilla de recolección de datos.

Respecto a la tabla N°29 la mayor frecuencia está dada por el conjunto “Sin dato” con un 97.4% y en su minoría un 2.6% requirió y obtuvo una consulta con Psicología Médica. La frecuencia para no requerimiento de seguimiento psicológico es nulo dado que no se encontraron registros del mismo en las historias clínicas de la población estudiada.



Gráfica N° 28- Fuente: Planilla de recolección de datos. Ver anexo N° 7.

Discusión de los datos

Para la discusión de los datos obtenidos, es importante rever y tener presente los estudios realizados en nuestro país y en diferentes partes del mundo que anteceden este trabajo.

Comenzando con el estudio nacional, realizado en el Centro de Salud Royol, departamento de Rivera que se publicó en el 2015, menciona que el 8.2% de las mujeres que realizaron una interrupción voluntaria del embarazo reincidieron para la misma, de las cuales en su mayoría reincidió al cabo del primer año de realizada la primera interrupción voluntaria del embarazo representando el 84%, no obstante, en Cuba se presentó una frecuencia para la reincidencia de la IVE del 42%, no encontrando valores para esta variable en los estudios realizados tanto en Lima-Perú como en México. En el presente estudio, Cerro Largo obtuvo una frecuencia de reincidencia de 6,1%, destacando que el aumento de la misma desde que se aprobó la ley fue gradual alcanzando en el año 2016 el 50% de los casos en este departamento.

En cuanto al número de interrupciones en el estudio en Rivera, Uruguay, la mayoría de las mujeres que reincidieron en la IVE tenían dos interrupciones previas representando el 62,5%, en cambio la minoría, el 25% tenían 3 o más. En Cuba la mayoría de las mujeres que reincidieron en la IVE tenían una previa con el 25,7%, y el 16,3% restante tenían dos interrupciones o más, coincidiendo el presente trabajo con Cuba.

En el estudio nacional que antecede a este trabajo, así como el de Cuba y de México describen caracteres sociodemográficos encontrados en las mujeres que reincidieron en la IVE.

En el departamento de Rivera, Uruguay, el intervalo de edad que se presentó con mayor frecuencia fue entre los 20 y 29 años con el 72%, no coincidiendo con México donde las mujeres que mayormente recurrieron a la IVE tenían entre 40 y 44 años de

edad. En el estudio realizado en Cuba mayormente se encontraron adolescentes con la condición de estudiante. En Cerro Largo Uruguay, coincide con el estudio realizado en el departamento de Rivera en que la mayoría de las mujeres que reincidieron en la IVE lo hicieron entre los 20 y 29 años con una frecuencia de 60.6%.

Respecto al estado civil en mujeres que recurrieron a la reincidencia de la IVE en Rivera, Uruguay dentro de los datos encontrados la frecuencia mayor representa a solteras con el 20% y no se encontraron casos en mujeres casadas. En Ciudad de México también fueron las mujeres solteras quienes en mayor frecuencia recurrieron a la IVE y en Cuba la unión inestable. Esta variable no coincide con el estudio en Cerro Largo.

El nivel educativo de las mujeres que reincidieron en la IVE en Rivera, Uruguay, la frecuencia mayor es para el nivel de primaria completa con el 20%. En Ciudad de México la situación se contrapone a la anterior, las mujeres que recurrieron a la IVE mayormente obtuvieron niveles educativos completos para preparatoria o niveles superiores y en Cuba, las mujeres que en mayor frecuencia recurrieron a la IVE se encontraban estudiando. En Cerro Largo, Uruguay la frecuencia mayor conocida para esta variable coincide con el departamento de Rivera, la mayoría de las mujeres contaron con primaria completa con el 23.7%.

En cuanto a la zona de residencia del estudio, en Rivera Uruguay la mayoría de las mujeres vivían en zona urbana con el 72% y la minoría en zona rural con el 8%. En los estudios realizados en México y Cuba no hacen referencia a esta variable, y en el departamento de Cerro Largo coincide con el de Rivera que la mayoría de las mujeres que reincidieron en la IVE vivían en zonas urbanas, con el 86.8%, mientras que la población rural representa el 13.2%.

En cuanto a la variable hijos previos, en Rivera, Uruguay ante los datos encontrados, la mayor frecuencia fue para mujeres que reincidieron en la IVE con uno a 3 hijos previos representando el 20%, en cambio en Ciudad de México el 50% de las mexicanas que recurrieron a la IVE no tenían hijos previos y aproximadamente el 30%

de las residentes estadounidenses tampoco los tenían. En Cerro Largo la mayoría de las mujeres tenían entre uno y dos hijos previos, representado por el 57.9%, coincidiendo con Rivera, donde el intervalo de la variable con menor número de hijos es la más representativa.

Según el estado de convivencia o si vive sola, en el estudio realizado en Rivera, Uruguay no se conoció la región de residencia de la mayoría de las mujeres, no obstante, la frecuencia mayor conocida con el 8% corresponde a mujeres que viven solas. En los estudios de Cuba, México y Cerro Largo no incluyen esta variable.

Respecto a la ocupación de las mujeres, en el estudio realizado en Rivera, Uruguay no se conocen datos para esta variable. En el estudio en Ciudad de México se concluyó que las mujeres que trabajaron fuera de su hogar con remuneración, presentaron mayor frecuencia para la IVE con el 10.5%, coincidiendo con Cerro Largo, donde de los datos conocidos la mayoría de las mujeres se encontraron en la ocupación de empleo con el 18.4%.

El período intergenésico con mayor frecuencia en el estudio de Rivera, Uruguay fue en un intervalo menor a 1 año con el 84%, coincidiendo con Cerro Largo en este período intergenésico con el 39.4% siendo la mayor frecuencia de la variable. En los demás estudios no fue estudiada la misma.

En cuanto a la variable de asistencia a la cuarta consulta de la IVE fue medida únicamente en el estudio nacional de los que anteceden al presente trabajo, donde se concluye que en primera interrupción de la población de estudio el 76% concurrió a la cuarta consulta, mientras que en la misma de la segunda interrupción descendió a 52%, coincidiendo este descenso con el estudio en Cerro Largo, del 60.5% al 52.6%, en la tercera interrupción este descenso alcanzó el 33.3%. Cabe destacar que este punto va en aumento con respecto a la no concurrencia a dicha consulta a mayor número de interrupciones, menor concurrencia a dicha consulta, variable que fue de interés estudiar en este trabajo.

Ante el uso de MAC luego de la primera IVE, en el estudio realizado en Rivera Uruguay, se concluye que dentro de los métodos que ofrece el Sector Público, el más utilizado fue ACO con 36%, sin embargo, presentó una frecuencia elevada para mujeres que no utilizaron MAC inmediato luego de la primera IVE representando el 32%. Luego de la segunda IVE, el no uso de MAC aumenta respecto a la primera a 40% y dentro de los MAC utilizados, el que representa mayor frecuencia continúa siendo ACO pero con el 12% y la frecuencia de mujeres que no utilizaron MAC inmediato aumentó a 39.5%. El no uso de MAC aumentó aún más luego de la tercera IVE a 66,7% y el 33,3% restante utilizó el implante.

En cuanto a variable de requerimiento de seguimiento psicológico fue estudiada únicamente en México y Lima-Perú. En México se concluyó que el 6,4% de las mujeres que interrumpieron voluntariamente el embarazo reportaron la intención de buscar ayuda psicológica o religiosa. En el estudio realizado en Lima-Perú se concluye que luego de un aborto hay posibilidades de presentar depresión, sin embargo, no lograron verificar depresión o estrés post traumático luego de la IVE. También concluye que cursar patología psiquiátrica previa a la misma es un factor de riesgo para la aparición de enfermedad psiquiátrica luego de esta.

Discutiendo caracteres que describen la población estudiada en Cerro Largo, Uruguay presenta una frecuencia de reincidencia en la IVE menor que los estudios mencionados anteriormente de 6,1%.

Respecto a los antecedentes presentados, algunos caracteres no coinciden con los encontrados en los respectivos estudios internacionales y el nacional que lo precede. No coincide la condición de soltera como mayormente encontrado en la población estudiada, sino fue para unión estable. Respecto a la ocupación es difícil determinar una coincidencia dado que en Cerro Largo Uruguay la frecuencia de "Sin dato" es muy elevada con el 76,3%, no obstante, según el dato conocido la frecuencia mayor es para empleo con el 18,4% y nulo para desempleo.

En lo referido al nivel socioeconómico, forma parte de uno de los objetivos

específicos analizar las características socioeconómicas de la población estudiada. No obstante en las historias clínicas, no se encontraron en las consultas de IVE antecedentes socioeconómicos y culturales que detallen aspectos vinculados o nivel socioeconómico propiamente dicho. En las investigaciones que anteceden a este trabajo, tampoco fue estudiada dicha variable.

El 100% de las recaídas de la IVE, fueron mediante el procedimiento farmacológico. De las cuales en menor frecuencia requirieron internación hospitalaria para el procedimiento en un 18.4%, y en mayor frecuencia el 81.6% realizó el procedimiento en forma ambulatoria. Esta variable fue estudiada únicamente en el estudio de Cerro Largo.

El 94.7% no requirió repetición de la dosis de medicación recomendada y en cambio el 5.3% lo hizo por falla de la misma ante el primer intento. Esta variable es importante tenerla presente ya que el MS establece una relación basada en evidencia científica: de 100 mujeres, 98 tendrán efecto para el aborto ante el método farmacológico.

Según la edad gestacional al momento de la interrupción voluntaria del embarazo cuando más precoz es la captación más tiempo para el procedimiento tiene la mujer, de requerir un tiempo mayor del estipulado por ley por decisión propia. Del total de mujeres, la frecuencia mayor según el rango de edad gestacional es entre 7 y 8 semanas con el 44.7%. Esta variable fue estudiada únicamente en Cerro Largo.

Respecto al uso de MAC previo a cada IVE revela que la frecuencia de mujeres que no utilizaron MAC representa el 23.7%. Por otro lado dentro de las mujeres que si utilizaron, el de mayor frecuencia fue ACO con el 15.8%. Previo a la segunda interrupción el 18.4% de las mujeres no utilizaron un método, y las que lo hicieron el de mayor frecuencia presentada fue ACO con el 26,3%. Previo a la tercera IVE, los datos encontrados fueron equitativos en cantidad de mujeres para uso de ACO y uso de preservativo, cada uno 33%. Esta variable fue estudiada únicamente en Cerro Largo Uruguay.

El motivo de solicitud de la IVE es importante conocer para determinar una relación de las situaciones generales con las excepcionales para la ley. En esta relación se observa que el 100% de las mujeres solicitaron la IVE por razones personales y no se presentaron frecuencias para casos de solicitud por violación, grave riesgo para la salud de la mujer o por procesos patológicos incompatibles con la vida extrauterina. En esta variable tampoco puede discutirse con los estudios que lo anteceden por ser estudiada únicamente en Cerro Largo.

Como última variable con respecto a la descripción de la población estudiada, se encuentra el requerimiento de seguimiento psicológico, expresado en usuarias que si lo requirieron con un 2.6% y con un 97.4% “Sin dato”. Dada la falta de datos, el valor encontrado no es representativo para esta variable, no siendo posible su discusión con otros estudios como el del caso de Lima-Perú.

A continuación se mencionan variables demográficas estudiadas únicamente en Cerro Largo teniendo presente la población, su distribución poblacional, distribución rural de APS y como pueden influir estos aspectos en el acceso al servicio de SSyR y anticoncepción en su variedad total que ofrece Salud Pública por parte de la población rural, dichas variables no son posible discutir con los estudios que anteceden al presente trabajo.

Con respecto al transporte para acudir al centro de referencia en APS, los días martes y miércoles que funciona el servicio de SSyR por parte de la población desde las 24 policlínicas rurales, el 79.2% tiene acceso, por otro lado, el 20.8% de las localidades no cuentan con transporte los días mencionados. En esta misma línea, estudiando las distancias que recorre la población rural desde las 24 policlínicas rurales, se obtuvo mayor frecuencia para el intervalo de 41 a 60 km con 41.8%, luego con distancias mayores a 100 km el 20.8%.

Dentro de las localidades que cuentan con transporte a Melo, el 70.8% tiene transporte completo y el 29.2% acceso parcial a la capital departamental, esto quiere decir que parte del camino debe ser recorrido por sus propios medios.

Dada la superficie y distribución poblacional de las zonas rurales alejadas de la ciudad de Melo y del centro de referencia de APS, existe un servicio accesorio para la población rural. En dicho servicio participan Obstetras Parteras, enfermera y en oportunidades concurre Médico General. En lo que refiere a la atención de las Obst. Parteras realizan captaciones y controles de embarazo, Papanicolau, control de DIU, y consultas varias. En lo referido a anticoncepción realizan asesoramiento y cuentan con dispensación de ACO, preservativos e inyectables hormonales. La colocación de DIU e implante subdérmico se realiza únicamente en el Centro de Salud.

Capítulo 7

CONCLUSIONES

En el presente capítulo, se expondrá los datos a concluir sobre el trabajo realizado a nivel del sector público de salud en Cerro Largo. En primera instancia se expone una conclusión general.

En cuanto a la caracterización de la población estudiada, cabe destacar que durante el relevamiento de datos a nivel de historias clínicas para su posterior análisis, nos encontramos con la ausencia de registros significativos de muchos caracteres de interés e importantes para esta investigación, en algunos de ellos alcanzando un 70% de los datos, como por ejemplo el registro del nivel socioeconómico, el cual es nulo. Esta ausencia de datos, llevó a dificultades en la investigación y en gran medida limita la caracterización demográfica y socioeconómica de la población.

Esto es consecuencia de no estar unificada ni a nivel país ni de servicio de SSyR departamental, la forma en que se registra la información de las interrupciones voluntarias del embarazo que se realizan.

Por otro lado en el periodo seleccionado se constataron 663 interrupciones voluntarias de embarazos por 622 mujeres, de las cuales 38 reincidieron en la interrupción, retomando sobre este concepto, como la presencia de dos o más interrupciones realizadas dentro del marco legal, siendo esta última la población a estudiar.

A modo de resumen de lo anterior, podemos concluir que un 6.1% de las interrupciones realizadas equivale a reincidencias en la IVE, y un 93.9% representa a mujeres que cuentan con una única interrupción efectuada. Estableciendo una relación comparativa con el estudio realizado en el departamento de Rivera, la frecuencia en

Cerro Largo para la reincidencia de la IVE es menor, por otro lado, en ambos estudios se observó que la frecuencia de la reincidencia se encuentra en aumento gradual desde el inicio de la aprobación de la ley.

Teniendo presente el objetivo general de este trabajo, se puede concluir que se logró una descripción de la población seleccionada, observando caracteres o patrones que se repiten entre las mujeres que representaron la población estudiada.

Por otro lado ampliamos en la perspectiva de esta conclusión, en función de los aspectos demográficos extraídos, y la facilidad con la que acceden al transporte al Centro de Salud donde se encuentra el servicio de SSyR, tanto para acceder a la IVE como a métodos anticonceptivos, con el objetivo de evitar la morbilidad materna por abortos clandestinos, así como participar de actividades de prevención y promoción de salud, lo que incluye actividades educativas, asesoramiento y administración del MAC de elección, siendo de suma importancia para la prevención del embarazo no intencional y posteriormente, evitar situaciones como interrupciones voluntarias del embarazo no exentas de riesgo, contribuyendo a la salud sexual y reproductiva, fomentando el autocuidado.

Profundizando en la conclusión y en referencia a lo anterior, realizamos un reconocimiento de la distribución de la Atención Primaria en Salud (APS) en el departamento. Concluimos que tiene un amplio territorio, sobre todo rural y que en él encontramos policlínicas periféricas dentro de la ciudad de Melo, dependientes del Centro de Salud y de la intendencia, y además 24 policlínicas rurales que se distribuyen por las tres rutas principales que atraviesan el departamento en todo su territorio, ya sea en localidades o pueblos, destacando su cantidad de habitantes, relacionándolo con el transporte público que tienen para acceder al servicio los días de funcionamiento. Por otro lado en Río Branco, localidad que también cuenta con el servicio de SSyR accesorio, cuenta con una de ellas en zona urbana y tres de ellas rurales.

En lo referido a la población rural se encuentra ampliamente distribuida por todo el territorio y representa aproximadamente el 7% de la población departamental. Hay mujeres que tienen que recorrer más de 100 km para llegar a la ciudad de Melo, lo que

se vincula con aspectos vulnerables sociodemográficos y también económicos para acceder a la IVE, y en consecuencia a todos los métodos anticonceptivos que ofrece el MS. En ocasiones el recorrido del transporte público no es completo, en algunos casos faltando el mismo por más de 40 km, lo que representa una situación desfavorable o dificultosa para el acceso al Centro de Salud de Melo.

Las mujeres que reincidieron en el aborto voluntario mayormente tenían entre 20 y 29 años siendo edades jóvenes. La edad se vincula con cambios biológicos, psicológicos, sociales y culturales incluidos proyectos de vida. Las adolescentes se destacaron en ser quienes con menos frecuencia reincidieron en el aborto voluntario.

Dado que Cerro Largo es un departamento fronterizo con Brasil, mencionamos anteriormente la hipótesis de encontrar mujeres con nacionalidad brasileña, residentes o ciudadanas legales, que hayan reincidido en el aborto voluntario en Uruguay. La mayoría de las mujeres fueron uruguayas y únicamente una ciudadana extranjera no brasileña.

Dentro de los registros referentes al estado civil de la población estudiada, el estado más recurrente fue unión estable. El estado civil no es un carácter representativo de acompañamiento para las mujeres en el aborto voluntario, no obstante tiene un significado en su trayecto de vida social, cultural y económica. Por otro lado concluimos que el estado civil es un estado indistinto para reincidir en el aborto voluntario.

Con respecto al nivel educativo, la frecuencia que mayormente se repite dentro de los registros es primaria completa, por lo que el nivel educativo bajo representó un carácter frecuente en mujeres que reincidieron el aborto voluntario y un estado de vulnerabilidad, vinculado a la pobreza. No obstante en carácter ocupación, en la mayoría de los registros se destaca la frecuencia de empleo, por otro lado no se encontraron casos de desempleo.

De acuerdo a la zona de residencia, en su mayoría la población reside en zona

urbana, por lo tanto tienen un acceso directo a transporte tanto los días del funcionamiento del servicio de SSyR, como acceso semanal. Pudiendo concluir que la mayoría de la población estudiada tiene un fácil acceso tanto a servicios de IVE como a los MAC. Las dificultades para el acceso a los servicios fueron medidas por la frecuencia horaria del transporte público hacia la ciudad de Melo.

El registro de aspectos socioeconómicos de la población estudiada fue nulo, por lo que no fue posible analizar las características socioeconómicas expuestas en el trabajo como parte de los requisitos específicos.

En cuanto a hijos previos, la mayor frecuencia se presentó para el intervalo entre 1 y 2 hijos, por lo que estas usuarias ya mantuvieron más de una instancia de asesoramiento en MAC más allá de la asistencia o no al IVE 4 de la primera interrupción, lo que se vincula con su trayectoria biológica (ginecobstétrica) y social. Por lo contrario, las mujeres con mayor número de hijos fueron quienes en menor frecuencia reincidieron en el aborto voluntario, lo que propone al número de hijos como un carácter indistinto para la reincidencia del aborto voluntario.

El total de las mujeres que reincidieron en el aborto voluntario lo hicieron mediante el método farmacológico por indicación médica y es el que la evidencia científica establece como no invasivo y menos riesgoso así como en mayor medida realizaron el procedimiento en forma ambulatoria.

La frecuencia de falla del método farmacológico ante uso de la dosis recomendada en mujeres que reincidieron durante el período seleccionado es del 5.3%. Por otro lado, el MS se basa en evidencia científica para justificar que la frecuencia de falla estimada ante uso recomendado y adecuado es del 2%. Ante este resultado concluimos que en Cerro Largo la frecuencia es mayor por factores externos al medicamento.

Respecto a la asistencia a la cuarta consulta de la IVE, la concurrencia en representación porcentual es baja, descendiendo gradual y considerablemente en función del aumento del número de interrupciones. Por otro lado concluimos que la no

conurrencia a la cuarta consulta, representa un déficit para la recepción de asesoramiento por parte de la usuaria y especialmente obtención de un MAC, lo que implica una situación de vulnerabilidad para la reincidencia de la IVE.

De los registros respecto al uso de MAC previo a cada IVE revela que en la primera interrupción la mayoría de las mujeres no utilizaron MAC y las que lo utilizaron en su mayor frecuencia fue ACO. Por otro lado previo a la segunda interrupción la mayoría de las usuarias también utilizaba este último, aunque se mantiene el alto número del no uso de MAC en dicha interrupción. Previo a la tercera IVE, los datos encontrados fueron equitativos en cantidad de mujeres para uso de ACO y uso de preservativo. Se concluye que la mayoría de las usuarias luego de cada interrupción no obtenía MAC u obtenía uno de corto plazo, por lo tanto se concluye que estos últimos no son ideales para la población estudiada.

En cuanto al MAC de elección post IVE, los únicos métodos utilizados por las mujeres que le fueron eficaces para evitar un nuevo embarazo no intencional, fueron el DIU y el implante hormonal subdérmico. En base a esto podemos decir que por ser métodos de larga duración que no dependen de su dispensación periódica en farmacias, reduce las posibilidades de uso interrumpido del método de elección.

La mayoría de las mujeres que reincidieron en la IVE lo hicieron en diferentes intervalos de tiempo, entre la primera IVE y su reincidencia fue el de menor a 1 año donde concluimos que mayormente se visualiza la falta de elección de métodos de larga duración por parte de las mujeres. Por otro lado la mitad de reincidencias se efectuaron en el año 2016, donde se contraponen cambios evolutivos respecto a la anticoncepción y la implementación del plan piloto del implante hormonal subdérmico por parte de ASSE, el cual demostró ser eficaz para la prevención del embarazo no deseado en la población seleccionada desde la perspectiva que, ante la elección del mismo por parte de las usuarias, evitaron un nuevo embarazo no intencional.

En cuanto a la variable de requerimiento de seguimiento psicológico, no se especificó el mismo en la mayoría de las historias clínicas sea por indicación, derivación

o a pedido de la mujer.

Anteriormente en este trabajo, estudiamos el rol de la Obstetra Partera y su crucial labor en la ronda rural. Por ser quienes mensualmente concurren a las policlínicas prestando una atención en APS y, fundamentalmente asesoramiento y distribución de determinados MAC.

En estos aspectos concluimos que la Obstetra Partera cumple un rol fundamental en beneficio de la SSyR de la población, con predominio de la rural en Cerro Largo, siendo quien recibe en primera instancia a las mujeres y atiende sus necesidades en SSyR captando y resolviendo las mismas dentro de su límite profesional, así como su derivación al médico especialista de ser pertinente.

En las diferentes actividades mencionadas, concluimos que la Obstetra Partera es un recurso humano fundamental que contribuye al abastecimiento de dichas necesidades desde las mujeres que tienen acceso a todos los servicios en salud con mayor facilidad, medido en distancia y frecuencia horaria de atención así como el transporte para su concurrencia. Es un recurso del SNIS para la atención de la salud SSyR de mujeres con vulnerabilidad social, poblaciones de bajos recursos económicos y que habitan en zonas rurales, así como un recurso humano importante para cumplir con el derecho de dichas mujeres a acceder a un MAC.

También brindan actividades de educación, como espacios de planificación familiar y anticoncepción, para que las mujeres que postergan su maternidad o que simplemente no desean un embarazo puedan disfrutar de su sexualidad en forma autónoma y responsable.

Capítulo 8

RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta lo anterior y la situación departamental tanto del servicio de SSyR como el mismo SNIS realizamos las siguientes sugerencias.

Debido a que se ha evidenciado que luego de la cuarta consulta un alto número de mujeres no obtienen un MAC, creemos que es de fundamental importancia la resolución de este punto ya sea en la misma consulta o en la creación de un espacio propio inmediato a esta, para resolución del MAC elegido, evitando tanto el embarazo no intencional como las reincidencias de IVE.

Por otro lado con respecto a la gran falta de información representada a través de “Sin dato”, sugerimos que el registro sea unificado en ambos centros que brindan este servicio a nivel departamental, de forma electrónica haciendo más ágil y completo el registro.

Teniendo presente la prevención y promoción en salud que tiene lugar en los derechos sexuales y reproductivos, sugerimos actividades educativas como educación sexual a temprana edad por personal o docentes capacitados en el tema a tratar, así como estimular a la población adulta a receptar la información sea mediante sus hijos en centros educativos, así como centros asistenciales en todos sus niveles con mayor frecuencia de la prestada habitualmente.

Estas sugerencias están enfocadas como estrategias tanto para la disminución de la IVE como la las reincidencias de esta, trabajando en conjunto con el objetivo de la ley.

Capítulo 9

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cabrera M. (2013). Cerro Largo indicadores sociodemográficos seleccionados por Sección Censal, Localidades Censales y áreas gestionadas por municipios a partir de la información del censo 2011. Recuperado el 23/05/17 desde:

http://www.unfpa.org.uy/userfiles/publications/132_file1.pdf

- Costa I., & Bravo, N (2015). Revisión teórica y relevamiento local sobre reincidencia de interrupción voluntaria del embarazo en una Policlínica barrial (Centro de Salud Royol) de ASSE del Departamento de Rivera. (Trabajo Final de grado) Universidad de la Republica, Montevideo, Uruguay.
- González A. (2017). El aborto en América Latina: un panorama sobre las legislaciones. Nodal noticias de América Latina y el Caribe. Recuperado el 07/10/17 desde:

<http://www.nodal.am/2017/09/aborto-america-latina-caribe-panorama-las-legislaciones/>

- Gran, M. (2004). Interrupción voluntaria de embarazo y anticoncepción Dos métodos de regulación de la fecundidad. (Tesis doctoral). Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, Cuba.

- INE (2011). Resultados del Censo de Población 2011: población, crecimiento y estructura por sexo y edad. Recuperado el 07/05/17 desde:

<http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35289/analisispais.pdf/cc0282ef-2011-4ed8-a3ff-32372d31e690>

- Intendencia de Cerro Largo (2012). Datos del territorio. Recuperado el 22/05/217 desde:

<http://www.cerrolargo.gub.uy/datos-del-terrotorio.html>

- Intendencia de Cerro Largo. Gestión ciudadana, horarios de ómnibus. Recuperado el 22/09/217 desde:

<http://www.cerrolargo.gub.uy/images/pdfs/OMNIBUSES.pdf>

- León Castillo, L. (2015). Análisis Económico de la Población Demografía. Recuperado el 06/04/17 desde:

https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/45026/1/Demografia_Peru.pdf

- MIDES (2006). Sistema de información geográfica (SIG), departamento de Cerro Largo, servicios de salud, policlínicas. Recuperado el 5/4/17 desde:

<https://mapas.mides.gub.uy/>

- MIDES e Instituto Nacional de Mujeres (2013). XII Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. Recuperado el 5/04/17 desde:

https://www.cepal.org/12conferenciamujer/noticias/paginas/7/49917/Informe_Uruguay_-_XII_CRM.pdf

- MS (2007). Reglamento del Ejercicio de la Profesión de Partera. Se actualiza. Recuperado el 5/4/17 desde:

<http://www.asociacionobstetrica.com.uy/reglamento/>

- MS (2012). Manual de procedimientos para el manejo sanitario de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) según Ley 18987 del 17.10.2012. Recuperado el 06/06/17 desde:

<http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/Descargue-aqu%C3%AD-el-Manual-de-Procedimientos-IVE.pdf>

- MS (2012). Guía Técnica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Recuperado el 06/06/17 desde:

<https://es.scribd.com/document/115378289/GUIA-TECNICA-IVE-2012>

- MS (2013). Guías en Salud Sexual y Reproductiva Manual de Orientación anticonceptiva Métodos temporales y permanentes.

- MS (2014). Balance primer año de implementación de la Ley 18.987- Interrupción Voluntaria del embarazo decreto 375/012 reglamentación de la ley de IVE. Recuperado el 03/03/17 desde:

http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/conferencia%20prensa%20IVE%20FEBRERO%202014.pdf

- MS (2016). Guía técnica para la interrupción voluntaria del embarazo. Recuperado el 06/06/17 desde:

<http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2012/11/2016-Gu%C3%ADa-T%C3%A9cnica-IVE-2da-versi%C3%B3n.-Con-anexos.pdf>

- MS (2016). Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. Recuperado el 05/11/17 desde:

http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Objetivos%20Sanitarios%20Nacionales%20FINAL%202017%20AGOSTO.pdf

- MS (2017), Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) 2016 Datos Preliminares. Recuperado el 24/03/2017 desde:

<https://drive.google.com/drive/folders/0B9QaHEpJU4OtUF9CNXp0TmNLVXM>

- MYSU (2016). Segunda muerte por aborto clandestino desde aprobación de ley IVE. Recuperado el 03/03/17 desde:

<http://www.mysu.org.uy/que-hacemos/incidencia/posicionamiento-politico/segunda-muerte-por-aborto-clandestino-desde-aprobacion-de-ley-ive/>

- Ojeda, N., Gavilanes, M y González, C. (2003). El aborto inducido de las mexicanas en el contexto transfronterizo México-Estados Unidos. Universidad Autónoma del Estado de México.

- OMS (2011). Planificación familiar. Un manual mundial para proveedores. Recuperado el 05/05/17 desde:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/guidance-ontraceptive/es/>

- OMS (2014). Del concepto a la medición: la aplicación práctica de la definición de aborto peligroso utilizada en la OMS. Recuperado el 05/05/17 desde:

<http://www.who.int/bulletin/volumes/92/3/14-136333/es/>

- OMS (2014). La OMS comunica una nueva orientación sobre como proporcionar información y servicios de anticoncepción. Recuperado el 2/05/17 desde:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/guidance-contraceptive/es/>

- OMS (2014). Manual de práctica clínica para un aborto seguro. Recuperado el 16/05/17 desde:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134747/1/9789243548715_spa.pdf?ua=1

- OMS (2015). Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto. Recuperado el 5/4/17 desde:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204374/1/9789243549262_spa.pdf?ua=1

- OMS (2015). Resumen ejecutivo Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (CME). Mejorando la calidad de la atención en planificación familiar. Recuperado el 26/04/17 desde:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205016/1/WHO_RHR_15.07_spa.pdf?ua=1

- OMS (2016) Prevención del aborto peligroso. Recuperado el 16/05/16 desde:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/es/>

- OMS (2017) Planificación familiar. Recuperado el 5/11/17 desde:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

- Poder Legislativo (1976). Código Penal, Artículo 235. Recuperado el 11/05/17 desde:

<https://www.impo.com.uy/bases/codigo-penal/9155-1933/325>

- Poder Legislativo (1976). Código Penal, Artículo 235 Bis. Recuperado el 11/05/17 desde:

https://www.impo.com.uy/bases/codigo-penal/9155-1933/325_BIS

- Poder Legislativo (2007). Ley N°18.211 Sistema Nacional Integrado de Salud. Recuperado el 05/04/17 desde:

<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp8358022.htm>

- Poder Legislativo (2008). Ley N°18.331 Protección de datos personales y acción de “Habeas Data”. Recuperado el 05/04/17 desde:

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18331-2008>

- Poder Legislativo (2008). Ley N°18.335 Derechos y Obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud. Recuperado el 5/04/17 desde:

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008>

- Poder Legislativo (2008). Ley N°18.426 Ley sobre Salud Sexual y Reproductiva. Recuperado el 05/04/17 desde:

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>

- Poder Legislativo (2012). Ley 18.987 Interrupción Voluntaria del Embarazo. Uruguay, Recuperado el 03/03/2017 desde:

<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp7983758.htm>

- Rondón, M. (2009). Resultados de la investigación sobre las consecuencias emocionales y psicológicas del aborto inducido. Recuperado el 05/05/17 desde:

http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/122/saludmental_martarondon.pdf?sequence=1

- Schwarcz, R., Fescina, R y Duverges, C (2005) Obstetricia. (pp. 206-211). Buenos Aires, Argentina. El Ateneo
- Varela C. et al (2008). Demografía de una sociedad en transición, La población uruguaya a inicios del siglo XXI. Recuperado el 04/04/17 desde:

http://www.unfpa.org.uy/userfiles/publications/43_file1.pdf

Si te enfrentas a un embarazo no deseado y estás considerando la interrupción del mismo, la ley 18.987 (de interrupción voluntaria del embarazo) te protege y garantiza que seas atendida en servicios de salud seguros en donde la atención siempre es confidencial y secreta, respetando tus decisiones.

¿Quiénes pueden solicitar la interrupción del embarazo?

Todas las mujeres uruguayas (menores o mayores de edad, solas o acompañadas), que cursen un embarazo dentro de las 12 primeras semanas de gestación.

También pueden solicitarla las mujeres extranjeras con residencia en el país mayor a un año, en iguales condiciones.

Existen algunas situaciones especiales:

- 1) Si hubo violación sexual la interrupción puede ser dentro de las 14 primeras semanas.
- 2) Si hay riesgo para la salud de la mujer o hay defectos en el feto que no hacen posible su vida luego de nacer, la interrupción puede hacerse en cualquier momento del embarazo.

¿Cuáles son los pasos a seguir?

Debes consultar con un médico o partera de los servicios de la lista de este folleto.

Primera consulta

Ellos te informarán sobre la ley y te pedirán 2 estudios: una ecografía ginecológica y un examen de sangre (grupo sanguíneo). Luego te darán un formulario personal y te dirán cuándo y dónde es la segunda consulta. Es muy importante que salgas de esta primera consulta con ese formulario, debes reclamarlo y llevarlo sin falta a todas las demás consultas.

4

Segunda consulta

Te atenderán un ginecólogo/a, un psicólogo/a y un asistente social que te recibirán y te darán asesoramiento, información y apoyo para que tú tengas más elementos para tomar tu decisión.

Tercera consulta

Será cinco días más tarde, con un ginecólogo/a y si así lo decides, te indicará el método más seguro para realizar el aborto. También te indicará un método anticonceptivo seguro -para que no vuelvas a quedar embarazada sin desearlo- y te dirá cuando volver a controlarte.

Luego del aborto es fundamental que concurras a controlarte con tu ginecólogo/a o partera para:

- verificar que no haya complicaciones.
- recibir el apoyo que necesites.
- elegir un método anticonceptivo para evitar que quedes nuevamente embarazada sin desearlo.

Como ves, concretar el aborto demora algunos días, por eso y para no correr riesgos en tu salud, debes consultar cuanto antes, porque podemos asesorarte, informarte, apoyarte... y

- si decides continuar el embarazo, ninguna de las consultas terminará en un aborto.
- si decides interrumpir el embarazo, cuando se completen las consultas se realizará el aborto.

5

Inmediatamente luego del aborto, es fundamental que te controles con tu ginecólogo/a o partera para elegir un MÉTODO ANTICONCEPTIVO que impida que quedes nuevamente embarazada sin desearlo,

ya que volverás a ser fértil aún antes de la siguiente menstruación.

6

¿Dónde podés consultar?



Lugar	Días y Horarios	¿Dónde solicitar consulta?
Artigas		
Hospital de Artigas Eduardo M. Castro s/n Teléfono 4772 3701/04	Miércoles 11 hs	Dirigirse a Admisión de Lunes a Viernes de 7 a 13 hs
Hospital de Bella Unión Centro Salud Tres Fronteras Gral. Rivera esq. Dr. Pedro Acosta Teléfono: 4779 2131	Se coordina según demanda	Dirigirse a Admisión de Lunes a Viernes de 12 a 18 hs
Salto		
Unidad Básica Asistencial N°1 Lavelleja 1902, casi Patulé Teléfono: 4733 2929	Miércoles 9 a 12 hs Viernes 8 a 12 hs	Dirigirse a Admisión de Lunes a Viernes de 7 a 16 hs
Paysandú		
Hospital de Paysandú Montecaseros 520 Teléfonos: 4722 4836	Viernes 7.30 hs	Dirigirse a recepción
Rivera		
Centro de Salud Jose Rovul (Pta. Nueva) Avda. Libano s/n esquina Taboá Teléfono 4622 3046	Martes de 9 a 12 hs	Dirigirse a recepción de lunes a viernes de 8 a 12 Solicitar consulta para Policlínica Salud Sexual y Reproductiva
Tacuarembó		
Hospital de Tacuarembó Carnelli S/N Teléfonos 4632 3812	Jueves hora 7	Servicio de Salud Sexual y Reproductiva, Consultorio 9B

7

Lugar	Días y Horarios	¿Dónde solicitar consulta?
Río Negro		
Centro de Salud Fray Bentos 18 de Julio esq. Ituzaingo Teléfono: 4562 2280	Se coordina según demanda	Dirigirse a recepción de Lunes a Viernes de 8 a 12hs
Soriano		
Red de Atención Primaria Varela N°325 entre Rodó y Romeo Teléfono: 4532 9910	Se coordina según demanda	Dirigirse a cualquier policlínica periférica o rural y solicitar la consulta
Hospital de Carlona Rogelio Sosa s/N° Teléfonos: 4536 9221/9123 4536 8078/8079	Se coordina según demanda	Dirigirse a recepción de Servicio de Salud Sexual y Reproductiva
Hospital de Dolores Chevesta y Puig Teléfonos: 4534 2191/2606 4534 4369/3273	Se coordina según demanda	Dirigirse a Sector de Policlínicas en el horario de consulta de las Obstetras Parteras o Ginecólogos/as
Flores		
Hospital de Flores Bedile y Ordóñez 966 Teléfono: 4364 4555/4556	Se coordina según demanda	Dirigirse a Oficina de Salud Mental de Lunes a Viernes de 8 a 12
Florida		
Hospital de Florida Área de Policlínica - Baltasar Brum 414 Teléfonos: 4352 2021 4352 2109	Jueves de 11 a 14hs	Dirigirse a Oficina de Atención al Usuario ó Registros Médicos. También puede consultar en Policlínicas Barriales o Rurales
Durazno		
Hospital de Durazno Maciel s/N° esq. Rubino Teléfono: 4362 7701	Lunes a Viernes de 12 a 17hs	Oficina de Planificación Familiar

Lugar	Días y Horarios	¿Dónde solicitar consulta?
Colonia		
Hospital de Colonia 18 de Julio N°462 Teléfono: 4522 6161	Se coordina según demanda	Sector de Coordinación de día y hora de Lunes a Viernes de 8 a 20hs
Centro Auxiliar de Nueva Helvecia 18 de Julio N°1592 Teléfono: 4554 7309	Se coordina según demanda	Dirigirse a Archivo Médico o Pol. de Salud Sexual y Reproductiva de Lunes a Viernes de 6 a 12hs
Hospital de Carmelo Bvar. Artigas e/ Zorrilla y 19 de Abril Teléfono: 4542 4390	Se coordina según demanda	Dirigirse a Archivo Médico, Pta. de Emergencia o Esp. Adolescente de Lunes a Viernes de 8 a 13hs
Hospital de Juan Lacaze Zorrilla de San Martín N°515 Teléfono: 4586 2814	Se coordina según demanda	Dirigirse a Enfermería de Lunes a Viernes de 8 a 12hs
Hospital de Rosario Martínez Díez y Garat Teléfono: 4552 2210	Se coordina según demanda	Dirigirse a Recepción o Asistentes Sociales de Lunes a Viernes de 8 a 12hs
Hospital de Nueva Palmira Dr. Varela s/N° e/ Ituzaingo e Ibicuy Teléfono: 4544 8082	Se coordina según demanda	Dirigirse a Recepción de Lunes a Viernes de 8 a 13hs
San José		
Centro de Salud San José Vidal y Di Martino s/N° Teléfono: 4342 3755	Se coordina según demanda	Dirigirse a Mostrador de Lunes a Viernes de 8 a 12hs
Centro Auxiliar de Libertad Artigas N°1129 Teléfono: 4345 4074	Se coordina según demanda	Dirigirse a Atención al Usuario ó a Registros Médicos de Lunes a Viernes de 8 a 12hs
Centro de Salud Ciudad del Plata Km 26, Ruta 1 (vieja) Mz 67 Teléfono: 2347 5179 int.211	Se coordina según demanda	Dirigirse a Recepción de Lunes a Viernes de 7 a 15hs

8

9

Lugar	Días y Horarios	¿Dónde solicitar consulta?
Cerro Largo		
Centro de Salud Colón 919 esq. Metta Teléfono: 4642 2291	Miércoles 8.30hs Miércoles 15.00hs	Policlínica de Salud Sexual y Reproductiva
Treinta y Tres		
Hospital de Treinta y Tres Pablo Zufriategui y Araguatti Teléfono: 4462 2101 Oficina Atención al Usuario Teléfono: 4462 2002	Se coordina según demanda	Dirigirse al Área Gineco-obstétrica. Lunes a Viernes de 8 a 16hs También puede solicitar la consulta en Pol. Periféricas y Rurales
Lavalleja		
Hospital Vidal y Fuentes Avda. Lavalleja N°1185 - Minas Teléfonos: 4442 2483 4442 2355	Jueves de 13 a 17hs	Dirigirse a Oficina de Día y Hora 4442 2483 int.133/4442 8362 int.133 Solicitar consulta para el Servicio Salud Sexual y Reproductiva
Rocha		
Hospital de Rocha Avda. Martínez y Treinta y Tres Teléfonos: 4472 2608 4472 2773	Miércoles 14hs	Dirigirse al Servicio de Ginecología, de Lunes a Viernes de 8 a 16hs. También puede solicitarse la consulta desde los Centros Auxiliares de Castillo, Lascano, La Paloma y Policlínicas Rurales
Hospital del Chuy Santa Teresa s/N° Oficina de Atención al Usuario Teléfono: 4474 2429 int.20	Se coordina según demanda	Dirigirse a Coordinaciones de Lunes a Viernes de 8 a 14hs ó a la Partera de guardia

Lugar	Días y Horarios	¿Dónde solicitar consulta?
Maldonado		
Red de Atención Primaria Teléfono: 4223 8372	Se coordina según demanda	Dirigirse a Atención a Usuarios de Centros Auxiliares, Policlínicas Periféricas y Rurales
Centro Auxiliar de Pan de Azúcar Rincón N°471 y Francisco Bonilla Teléfono: 4434 8511	Se coordina según demanda	Dirigirse a Atención de Usuarios
Hospital de Maldonado Ventura Alegre s/N° y las Dalías Maldonado Teléfonos: 4222 5889 4222 5890	Se coordina según demanda	Dirigirse a Admisión. Solicitar consulta con ginecólogo/a o medicina general.
Hospital de San Carlos Avda. Andrés Ceberio N°619 casi Abreu Teléfonos: 4266 9043 4266 4909	Se coordina según demanda	Dirigirse a Oficina de Atención al Usuario o a Emergencia.

10

11



ó desde tu ANTEL
*8843

gratuita, confidencial y atendida por mujeres
Lunes y Miércoles de 9 a 17hs.
Viernes de 9 a 21hs

en la línea
0800 3131



facebook/unapreguntaunarespuesta

o desde tu ANTEL
*3131

puedes asesorarte: antes, durante y después del procedimiento
es gratuito, confidencial, de alcance nacional

LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA
DEL EMBARAZO O ABORTO
SOLO ES POSIBLE DENTRO DE
LAS PRIMERAS **12**
SEMANAS DE GESTACIÓN



Lugar Días y Horarios ¿Dónde solicitar consulta?

Canelones

Hospital de Canelones "Dr. Francisco Soca" Dr. Gerson Taube N°1073 esq. Camino Cendán Teléfonos: 4332 3288 4332 3299	Lunes de 8.00 a 12hs Miércoles de 12 a 17hs 1° Jueves de mes de 11 a 13.30hs 2° y 4° Jueves de mes de 13 a 18.30hs 3° y 5° Jueves de mes de 13 a 18.30hs Viernes de 15 a 18.30hs 1°, 3° y 5° Viernes de 8 a 11.00hs	Dirigirse a Recepción Desde las Policlínicas Rurales: Consulta telefónica: 4332 3298 E-mail: archivo.canelones@asse.com.uy
Hospital Las Piedras Espínola y Ferreira Aldunate Teléfono: 2365 7658	Lunes de 13.30hs Martes 11hs Miércoles 17.30hs Jueves 11.30hs Viernes 8.00hs	Dirigirse a Oficina de Atención al Usuario de Lunes a Viernes de 8 a 18hs. Teléfono: 2364 0293
Centro Auxiliar Ciudad de la Costa García Arocena s/N° esq. Secco García. Av. Gianastasio Km 22.200 Solymar Norte Teléfono: 2696 6363	Lunes a Viernes de 9 a 16hs	Dirigirse a Recepción de Lunes a Viernes de 8 a 14hs Teléfono: 2696 7266
Centro de Salud Santa Lucía Luis Alberto de Herrera s/N° entre Chile y Rodó Teléfonos: 4334 7655 2292 2081/82	Se coordina según demanda	Dirigirse a Admisión de Lunes a Viernes de 8.30 a 17hs También puede solicitarse la consulta en las Policlínicas Periféricas y Rurales
Centro Auxiliar San Ramón "Dr. José Bove Arbaiza" Avda. Bettle y Ordóñez s/N° entre Rodó y Lavalleja Teléfonos: 4312 2156 / 2888	Se coordina según demanda	Dirigirse a Admisión de Lunes a Viernes de 8.30 a 17hs También puede solicitarse la consulta en las Policlínicas Periféricas y Rurales

Centro Auxiliar de Tala
José Alonso s/N° esq. Avda. Artigas
Teléfonos: 4315 2700 / 4315 2662

Se coordina según demanda

Dirigirse a Admisión de
Lunes a Viernes de 8.30 a 17hs
También puede solicitarse la
consulta en las Policlínicas
Periféricas y Rurales



Lugar Días y Horarios ¿Dónde solicitar consulta?

BPS - CMI N°4
Baltasar Brum N° 891, Pando
Teléfono: 2292 2081-82

Lunes a Viernes de 10 a 13hs

Dirigirse a Recepción



Lugar Días y Horarios ¿Dónde solicitar consulta?

CAP N°8
Calle 2, Manzana 1, Solar8, Solymar
Teléfonos: 2698 7965 / 2696
2698 7373 / 7905

Lunes a Viernes de 8 a 18hs

Solicitar consulta en
Anotaciones

CAP N°11
Predio Escuela Militar
Toledo - Canelones
Teléfono: 2296 4321

Miércoles de 8 a 18hs

Solicitar consulta en
Anotaciones

Fuente: RIEPS (Red Integral de Efectos Públicos), <http://bit.ly/2xFdHxM>

Anexo N° 2

Logo o Sello del prestador		FORMULARIO IVE Ley 18987 Version 2016 - 2		 Ministerio de SALUD	
PRIMERA CONSULTA (IVE 1)		CI de la mujer..... MEDICO(Nombre y N° CJP)		FECHA DE REALIZADA	
Edad:		Edad gestacional (estimada por FUM)			
Requisitos / condiciones*:		Ciudadana natural		Ciudadana Legal	
*(marque con una cruz)		SI NO		SI NO	
Verificado por:		Verificado por:		Verificado por:	
CI / CC.....		CI / CC.....		H. Clinica..... Antigüedad en prestador.....Otro.....	
Partida Otro.....		Partida Otro.....			
Paraclinica Solicitada (si o no)		Ecografía		Grupo y RH	
				Otras (especifica):	
Cita con Equipointerdisciplinario		Ofrecida paradia:		Hora:	
		Aceptada paradia:		Hora:	
Observaciones en situaciones particulares:				Firma usuaria:	
				Firma medico:	
SEGUNDA CONSULTA (IVE 2) (Interdisciplinaria)				FECHA de realizada.	
Nombres: GINECOLOGO		Observaciones .		Firma:	
.....		
SALUD MENTAL		Observaciones		Firma:	
.....		
AREA SOCIAL		Observaciones		Firma:	
.....		
IVE 3		Consulta IVE 3 habilitada a partir del:		Firma usuaria	
		Consulta aceptada para el:			
		Plazo máximo para la IVE 3:			
Menor de 18 años evaluación autonomía		Positiva:		Negativa:Definición padres/adulto: Consienten:	
Observaciones:				Concurre con el progenitor?	
				SI NO	
TERCERA CONSULTA (IVE 3)		GINECOLOGO (NOMBRE Y N°CJP)		FECHA	
Ratificación de voluntad IVE (si/no)		Resultados:		Fecha máxima informada por plazos legales y de seguridad (12 sem + 6 días)	
<input type="checkbox"/>		EG (al día del IVE 3)			
		ECO Acorde.....			
		No Acorde.....			
Procedimiento indicado:		Ambulatorio		Fecha próximo control de embarazo:	
Mefiprestona – misoprostol					
Misoprostol solo		Institucionalizado			
AMEU					
Legrado instrumental					
Firmó Consentimiento Informado adjunto (si/no):					
Fecha 4ª consulta(IVE 4)		Donde la realizará:		Observaciones:	

Fuente: MS, <http://bit.ly/2zQJb16>

Anexo N° 3

	Ley N° 18.987. INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO INTEGRAL. CONSULTA IVE 2 <small>Versión 1- 2016</small>	Logo o sello del prestador
---	---	----------------------------

LUGAR Y FECHA CONSULTA IVE 2/...../.....

En el día de la fecha, yo,, de años de edad, titular de la (CJ/Pasaporte/CC) número, ciudadana (natural/legal/residente por 1 año o más), cursando gravidez de semanas por (FUM/ECO) he solicitado la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) prevista en la Ley N° 18.987 y su decreto reglamentario.

En esta consulta el equipo multidisciplinario, integrado por los profesionales abajo firmantes, ha cumplido las actuaciones previstas en el Manual de procedimiento para el manejo sanitario de la IVE y me ha informado sobre:

✓ Marco legal y confidencialidad	✓ Riesgos bio-sico-sociales
✓ Derechos sexuales y reproductivos	✓ Procedimientos de IVE
✓ Alternativas a la IVE	✓ Otra información relevante

	Ginecologo/a	Área Social	Salud Mental
Firma			
Contrafirma			
Número CJP			

Hago constar que he recibido la información detallada antes y que la he comprendido en su totalidad
 He planteado todas las dudas que tenía y se me han dado las explicaciones de manera clara
 Se me ha consultado sobre si deseo se entreviste al progenitor habiendo:

NO CONSENTIDO		
CONSENTIDO		FIRMA: _____

Se me ha informado que podré consultar a partir del día/...../..... (fecha de finalizado el plazo de reflexión) y hasta el día/...../..... (12 o 14 semanas completas de gestación, según corresponda) para expresar mi decisión respecto de la interrupción o continuación del embarazo y proceder a la misma
 Fui informada y acepto que el equipo asistencial se contacte conmigo en caso de no concurrir a la consulta posterior al lapso de reflexión.

Firma de la usuaria _____
 Aclaración de firma _____
 CI/Pasaporte/CC _____

Firma del/la representante legal (si corresponde) _____
 Aclaración de firma _____
 CI/Pasaporte/CC _____

1

	Ley Nº 18.987. INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) CONSENTIMIENTO INFORMADO. CONSULTA IVE 3 <small>Versión 1 - 2016</small>	Logo o sello del prestador
---	--	-------------------------------

LUGAR Y FECHA CONSULTA DE RATIFICACIÓN DE VOLUNTAD _____, ____/____/____

En el día de la fecha, yo, _____, de _____ años de edad, titular de la (CI/Pasaporte/CC) número _____, ciudadana (natural/legal/residente por 1 año o más), cursando gravidez de _____ semanas por (FUM/ECD) he solicitado la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) prevista en la Ley Nº 18.987 y su decreto reglamentario. Habiendo tenido oportunidad de considerar la situación en la que enfrente esta gravidez y la información que se me ha aportado, he decidido ratificar mi decisión de interrumpir el embarazo.

En atención a la voluntad que he manifestado y aplicando lo dispuesto en la mencionada ley, en la presente consulta el/la Dr./a _____ me ha informado sobre los procedimientos y riesgos de la IVE y las pautas de control post IVE, establecidas en base a la mejor evidencia científica disponible y contenidas en las Guías Técnicas del MSP, en los siguientes términos:

Métodos para realizar la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)

En las mujeres previamente informadas que requieran una IVE, la interrupción con medicamentos es la opción de elección en nuestro medio, de acuerdo a las Guías técnicas y de práctica clínica del Ministerio de Salud Pública 2012.

a. Información sobre la interrupción con medicamentos

El método recomendado para la interrupción voluntaria del embarazo es con medicamentos es la administración de mifepristona seguida de misoprostol.

La mifepristona es un medicamento que bloquea la acción de la progesterona, hormona necesaria para la continuidad del embarazo, llevando a la interrupción de la gestación por afección del desarrollo embrionario.

El misoprostol es un medicamento que actúa sobre el útero provocando contracciones, y sobre el cuello del útero llevando a su reblandecimiento y dilatación. Este conjunto de modificaciones determina la expulsión del producto de la gestación y la finalización del embarazo.

Este método se asocia con una alta eficacia de interrupciones, una disminución del tiempo de expulsión, menos efectos secundarios y mayor tasa de abortos completos, si se lo compara con el régimen que usa misoprostol solo. Se ha demostrado que el uso de la mifepristona y misoprostol son sumamente eficaces, seguros y aceptables para la interrupción del embarazo en el primer trimestre. De 100 mujeres que usan este método, 98 logran la interrupción de la gestación.

Luego de haber sido asesorada, la mujer puede utilizar la medicación (mifepristona y misoprostol), en su domicilio en forma segura y efectiva dentro de los plazos previstos por la ley.

Dosis, vías e intervalos indicados

La mifepristona se indica siempre por vía oral (los comprimidos se tragan), 1 comprimido de 200 miligramos.

El misoprostol se indica 36 horas (1 día y medio) después de la Mifepristona en dosis de 800 microgramos (4 comprimidos) por vía subyugal (los comprimidos se colocan entre las encías inferiores y las mejillas y si persisten luego de 30 - 40 minutos, se ingieren) o vaginal (los comprimidos se colocan en la parte más profunda de la vagina y se indica a la mujer que permanezca en cama al menos durante 30 minutos).

En caso de gestaciones de 10 o más semanas se recomienda repetir las dosis de misoprostol: 800 microgramos (4 comprimidos) cada 3-4 hrs en 1 a 2 administraciones adicionales. En caso de falta de respuesta al tratamiento (luego de 24 hrs de la última toma) se recomienda la re consulta para evaluar dosis adicionales

Si no se dispone de Mifepristona

En estos casos, el método recomendado es el de misoprostol solo. La dosis recomendada, en base a la experiencia nacional en el asesoramiento para reducir el aborto en condiciones de riesgo, es:

- 800 microgramos de misoprostol por vía vaginal, sublingual o subyugal, repitiendo a las 4 hrs, 800 microgramos de misoprostol más.

Cuando se usa misoprostol solo es posible administrar un máximo de 3 dosis repetidas de 800 microgramos (4 comprimidos) con intervalos entre 3 y 12 horas entre una dosis y otra

Efectos secundarios probables cuando se usa este tratamiento:

- Nauseas y vómitos. Aparecen al comienzo y desaparecen a las 2 a 6 horas luego de la toma de misoprostol
- Diarrea. Pasajera que generalmente desaparece en el día y no requieren mayor tratamiento.
- Escalofríos y fiebre. Los escalofríos son frecuentes pero pasajeros. La fiebre es menos frecuente. No significa que haya infección si ocurre en las primeras horas luego de usar el misoprostol. Fiebre, alejada del episodio de toma, debe realizar la consulta inmediata con el equipo de salud.

Efectos esperables al usar este tratamiento:

- Sangrado a través de la vagina. Se inicia en general dentro de la primera hora de haber administrado el misoprostol y dura en promedio 5 a 8 días, aunque puede prolongarse unos días más. En general el sangrado es similar al sangrado menstrual pero puede llegar, en el episodio de evacuación, a ser el doble de una menstruación.
- Dolor cólico en la parte baja del abdomen. Se debe a las contracciones del útero. Las contracciones suelen comenzar dentro de las primeras horas e incluso a los 30 minutos de la administración del misoprostol. La vivencia de la intensidad del dolor determinado por las contracciones es individual y variable. Pueden usarse analgésicos comunes como el ibuprofeno.

Riesgos. Situaciones ante las cuales debe consultar en forma urgente:

- Las anteriores, si así lo considera la mujer
 - Sangrado excesivo:
 - Sangrado que empape dos toallas higiénicas por hora durante más de dos horas seguidas
 - Sangrado intenso y repentino que se reinicia luego de varios días con poco o sin sangrado
 - Sangrado continuo durante varias semanas con mareos
 - Feo olor en el sangrado
 - Chuchos de frío o fiebre que se presenta luego de 24 horas (1 día) de haber usado el misoprostol
 - Falta de aire o fatiga
- Estos efectos son muy poco frecuentes

De 1000 mujeres que tiene un aborto con medicamentos, 3 pueden presentar complicaciones severas que requirieren hospitalización (0.3%) y 1 puede requerir una transfusión de sangre (0,1%)

El legrado, para extraer restos del embarazo, deberá estar disponible de inmediato frente a casos de hemorragia severa. Menos del 1% (1 de cada 100) de las mujeres que tienen un aborto con medicamentos pueden necesitar un legrado por esta causa

Ante alguno de estos síntomas la mujer debe consultar en:
las 24hs los 365 días del año (a completar en cada institución)

Otros riesgos particulares de esta paciente (IMPORTANTE: completar describiendo características biológicas, psicológicas o sociales de esta paciente que implican riesgos específicos para su salud al usar el tratamiento para la IVE, así como la entidad de tales riesgos)

Falla del aborto con medicamentos

La proporción de persistencia del embarazo es de 1,1%. De 100 mujeres que usan mifepristona y misoprostol, 1 continúa con el embarazo.

Estos fármacos podrían causar malformaciones en el feto, si el embarazo continuara a pesar de su administración. De 1000 mujeres embarazadas que usan misoprostol y continúan con el embarazo, menos de 10 pueden presentar malformaciones congénitas en el feto. Los defectos más frecuentemente descritos después de la exposición in útero al misoprostol son malformaciones de los pies y las manos (pies que "miran hacia afuera", falta de dedos) y anomalías neurológicas de los pares craneales V, VI, VII y XII (nervios de cabeza y cara). Los datos disponibles sobre el riesgo potencial de anomalías fetales después de un aborto sin éxito son limitados y no concluyentes; por lo tanto, si una mujer desea continuar con un embarazo luego de haber usado misoprostol, no es necesario insistir en finalizarlo.

Contraindicaciones

Las contraindicaciones médicas para el uso de estos fármacos son poco frecuentes.

Las contraindicaciones para el uso de mifepristona incluyen sospecha o confirmación de un embarazo ectópico (embarazo fuera del útero) o cualquier tumoración en las trompas u ovarios no diagnosticada, terapia actual y prolongada con corticosteroides sistémicos, insuficiencia suprarrenal crónica, anemia severa, coagulopatía conocida o terapia anticoagulante, intolerancia o alergia a la mifepristona, hepatopatías severas, enfermedades renales y respiratorias severas, hipertensión no controlada, insuficiencia coronaria, enfermedad valvular, arritmia, o falla cardíaca). El misoprostol no debería ser administrado a mujeres con convulsiones no controladas o en aquellas que presenten alergia o intolerancia al misoprostol o a otras prostaglandinas

Precauciones

Si la mujer que va a usar misoprostol tiene colocado un DIU (Dispositivo Intrauterino), este debe ser extraído antes de usar el medicamento

El antecedente de cesárea anterior (una o más) si bien no contraindica el uso de misoprostol, deberá ser tenido en cuenta por los profesionales, quienes decidirán la conveniencia de internar a la paciente durante el procedimiento.

El riesgo de rotura uterina con los diferentes regímenes farmacológicos utilizados en la IVE es inferior a 1 cada 1000 casos.

Si la mujer que va a usar misoprostol está amamantando, debe ordeñarse y desechar la leche producida en las 6 horas posteriores al uso de este medicamento

El aborto con medicamentos es seguro. Sin embargo la mujer debe estar acompañada por alguien de su confianza y contar con algún medio de transporte disponible para trasladarse a un centro asistencial de ser necesario. Si no cuenta con estos medios (transporte y acompañamiento), puede indicarse que ingrese a las 36 horas de iniciado la interrupción (toma de mifepristona) para usar el misoprostol estando internada

Plazos para el uso de este tratamiento

La seguridad y efectividad de este tratamiento depende de que se use en el momento adecuado del embarazo y tal como se informa en el presente documento. En caso de no cumplir con la indicación, pueden presentarse mayores riesgos

Al mismo tiempo, si se usa este tratamiento mas allá de las 12 semanas de embarazo (o las 14 semanas en caso de embarazo producto de violación) la mujer no estará amparada por la ley de 18.987 de IVE.

b. Información sobre aborto quirúrgico.

Si por alguna causa médica se requiere el aborto quirúrgico de primera elección, la aspiración de vacío (Aspiración Manual Endouterina o legrado aspirativo) es la técnica recomendada. En caso de no contar con legrado aspirativo (AMEU) se optara por el método de legrado con dilatación y curetaje

Antes de un procedimiento quirúrgico, se recomienda preparar el cuello uterino utilizando misoprostol o mifepristona.

Otros cuidados a tener en cuenta

- ✓ Antibióticos profilácticos: Todas las mujeres que se sometan a un aborto quirúrgico, deben recibir profilaxis con antibióticos de amplio espectro, antes de la cirugía o durante ésta. La pauta recomendada es 500 miligramos de metronidazol por vía oral, 4 horas antes de la intervención (en el momento de la aplicación del misoprostol) + 200 mg de doxiciclina por vía intravenosa al ingreso. En caso de alergia a tetraciclinas se sustituirá la doxiciclina por 1 gramo de azitromicina por vía oral al ingreso
- ✓ No hay suficiente evidencia que avale el uso universal de antibióticos preventivos para el aborto medico, por lo que éstos serán indicados según criterio del ginecólogo actuante y ajustado a cada situación clínica. En caso de usarlos, la pauta recomendada es: azitromicina por vía oral, 1 gramo (1 sola dosis) mas metronidazol, por vía oral, 1 gramo (1 sola dosis) al inicio del procedimiento.
- ✓ Gama globulina anti-D : En mujeres Rh negativas, con Anticuerpos irregulares (Coombs) negativos, se administrará inmunoprofilaxis (prevención del conflicto Rh) con gama globulina anti-D antes del aborto medico. En los casos de interrupción quirúrgica la administración de gama globulina anti-D se hará siempre antes del alta institucional. Dosis 120 microgramos (1 ampolla) de gama globulina anti-D, administrada por vía intramuscular (inyectada en músculo glúteo) o intravenosa
- ✓ Analgésicos: Se recomienda la prescripción de analgésicos (antiinflamatorios no esteroideos) tanto en la interrupción médica como quirúrgica para el tratamiento del dolor asociado a las contracciones uterinas, síntoma que genera la mayor insatisfacción en las usuarias. Fármaco sugerido. Ibuprofeno en dosis de 400 miligramos (1 comprimido) desde el inicio del procedimiento a repetir cada 4 a 6 horas (dosis máxima 6 comprimidos en un día) hasta el cese del dolor

Beneficios para la salud de la mujer

La atención de la IVE dentro del sistema de salud garantiza las mejores condiciones sanitarias para la realización del aborto: el respeto de los Derechos Sexuales y Reproductivos, del Derecho a la Salud y a la confidencialidad, disminución de los riesgos del aborto provocado, y de la ocurrencia de nuevos embarazos no deseados-no aceptados

Seguimiento después del aborto: Es fundamental realizar una visita de control posterior al aborto aproximadamente a los 10 días de iniciado el procedimiento (CONSULTA IVE4) para :

1. Confirmar si la mujer ha cursado un aborto completo (ha expulsado todo el embarazo), un aborto incompleto (persisten restos del embarazo dentro del útero) o si presenta complicaciones (hemorragia o infección)

2. Si la mujer presenta un aborto incompleto será informada sobre los métodos para su tratamiento: uso de medicamentos o legrado aspirativo.
3. Solo entre el 2 % y el 5 % de las mujeres tratadas con la combinación de mifepristona y misoprostol (entre 2 y 5 de 100 mujeres tratadas) requerirán una intervención quirúrgica para resolver un aborto incompleto, finalizar un embarazo que continuó o controlar una hemorragia
4. Informarse, elegir e iniciar un método anticonceptivo que permita evitar futuros embarazos no intencionales o no planificados
5. Brindar apoyo psicológico y social siempre que la mujer lo considere necesario

La consulta de control se puede anticipar (antes de los 10 días) en los casos de gestaciones de más de 10 semanas de forma de confirmar que ha ocurrido la IVE, antes de cumplido el plazo legal máximo para la misma

(Marcar en el cuadro SÓLO si corresponde)
 Por tratarse de una usuaria adolescente se deja constancia que se ha actuado de acuerdo a lo previsto en el literal a), artículo 24, Decreto 274/010. Consentimiento informado otorgado por niños/as y adolescentes. Autonomía progresiva

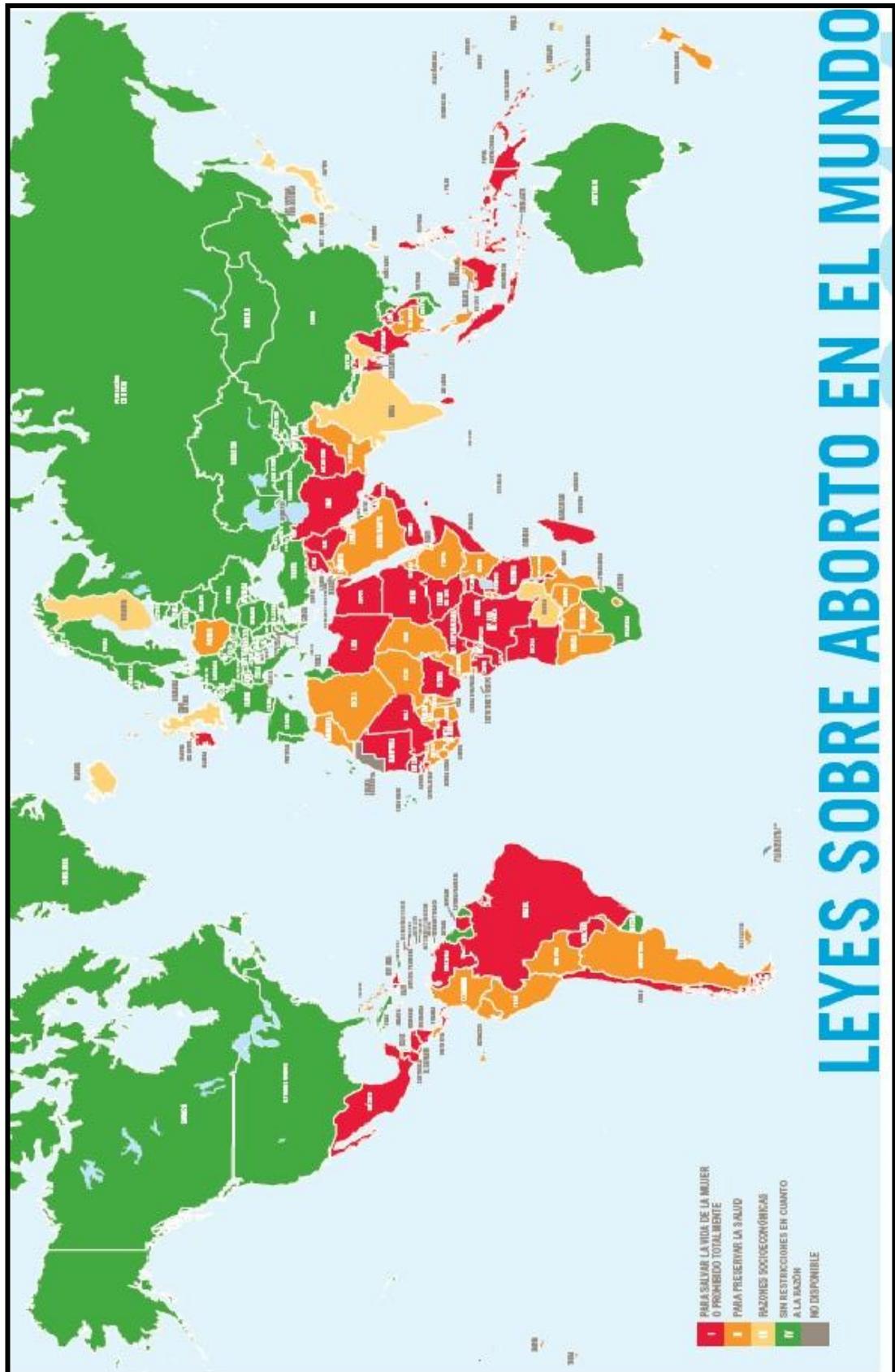
Firma Ginecólogo/a
Contrafirma
Nº. CJP

Hago constar que he recibido la información detallada antes y que la he comprendido en su totalidad.
 He planteado las dudas que tenía y se me han dado las explicaciones de manera clara.
 Se me ha informado que el presente consentimiento puede ser revocado previo a la autoadministración de los medicamentos (mifepristona y misoprostol) sin tener que dar explicaciones de la causa de la revocación.
 Fui informada y acepto que el equipo asistencial se contacte conmigo en caso de no concurrir a la consulta de seguimiento en 15 días a partir del día de la fecha

Estando en conocimiento de todo lo antedicho, decido y solicito la Interrupción Voluntaria del Embarazo, para lo cual presto este consentimiento que firmo en dos vías, una de las cuales se incorporará a mi historia clínica y la otra quedará en mí poder

Firma de la usuaria _____
 Aclaración de firma _____
 CI/Pasaporte/CC _____
 FECHA: _____

Firma del/la representante legal (si corresponde) _____
 Aclaración de firma _____
 CI/Pasaporte/CC _____



CLASIFICACIÓN DE LAS LEYES SOBRE ABORTO DESDE LA MÁS HASTA LA MENOS RESTRICTIVA

I. PARA SALVAR LA VIDA DE LA MUJER O PROHIBIDO TOTALMENTE			II. PARA PRESERVAR LA SALUD		
Los países que aparecen en negritillas hacen una excepción explícita para salvar la vida de la mujer. Véase también NOTA I.			(así como para salvar la vida de la mujer). Los países que aparecen en negritillas reconocen una excepción para preservar la salud mental de la mujer. Véase también NOTA II.		
Afganistán	Irak	Paraguay	Arabia Saudita-AC/AP	Israel-VS/IF/+	Ruanda-VS/IF/+
Andorra	Irán-F	Rep. Centroafricana	Argelia	Jamaica	San Cristóbal y Nieves
Angola	Irlanda	Rep. Dem. del Congo	Argentina-VS	Jordanía	Samoa
Antigua y Barbuda	Islas Marshall-NC	República Dominicana	Bahamas	Kenya	Santa Lucía-VS/1
Bangladesh	Islas Salomón	San Marino	Benin-VS/IF	Kuwait-AC/AP/IF	Seychelles-VS/IF/+
Bhután-VS/IF/+	Kiribati	Santo Tomé y Príncipe	Bolivia-VS/1	Lesoto-VS/IF	Sierra Leona
Brasil-VS/+	Laos	Senegal	Botswana-VS/IF	Liberia-VS/IF	Swazilandia-VS/IF
Brunéi Darussalam	Libano	Siria-AC/AP	Burkina Faso-VS/IF	Liechtenstein→	Tailandia-VS/F
Chile-x	Libia	Somalia	Burundi	Malasia	Togo-VS/IF
Cisjordania y Franja de Gaza	Madagascar	Sri Lanka	Camerún-VS	Maldivas-AC	Trinidad y Tobago
Congo (Brazzaville)	Malauí	Sudán-VS	Chad-F	Marruecos-AC	Vanuatu
Costa de Marfil	Malí-VS/1	Sudán del Sur	Colombia-VS/IF	Mauricio-R/IF/AP	Yibuti
Dominica	Malta-x	Surinam	Comoros	Mónaco-VS/IF/xx	Zimbabue-VS/IF/xx
Egipto	Mauritania	Tanzania	Costa Rica	Mozambique	
El Salvador-x	México-+VS/F	Timor-Leste-AP	Ecuador-VS ₁	Namibia-VS/IF	
Emiratos Árabes Unidos-AC/AP	Micronesia-NC	Tonga	Eritrea	Nauru	
Filipinas	Myanmar	Tuvalu	Etiopía-VS/IF/+	Níger-F	
Gabón	Nicaragua-x	Uganda	Gambia	Nueva Zelanda-IF	
Guatemala	Nigeria	Venezuela	Ghana-VS/IF/+	Pakistán	
Guinea-Bisáu	Omán	Yemen	Granada	Perú	
Haití	Palau-NC		Guinea-VS/IF	Polonia-AP/VS/IF	
Honduras	Panamá-AP/VS/F		Guinea Ecuatorial-AC/AP	Qatar-F	
Indonesia-AC/VS/F	Papúa Nueva Guinea		Irlanda del Norte	Rep. de Corea-AC/VS/IF/+	

III. RAZONES SOCIOECONÓMICAS		IV. SIN RESTRICCIONES EN CUANTO A LA RAZÓN	
(así como para salvar la vida de la mujer y preservar su salud)		Véase también NOTA IV.	
Barbados-AP/VS/IF	Belice-F	Chipre-VS/F	Fiyi-VS/IF/PA
Finlandia-VS/IF/+	Gran Bretaña-F	Hong Kong-VS/IF	India-AP/VS/IF
Islandia-VS/IF/+	Japón-AC/VS	San Vicente y Granadinas-VS/IF	Taiwán-AC/AP/IF
Zambia-F			

Albania-AP	Alemania*	Armenia-AP	Australia-→
Austria*	Azerbaiján	Baréin	Belarús
Bélgica*	Bosnia y Herzegovina-AP	Bulgaria	Cabo Verde
Camboya*-AP	Canadá*	China*-S	Croacia-AP
Cuba-AP	Dinamarca-AP	Eslovenia-AP	España*-AP
Estados Unidos*-→/AP	Estonia	Ex Rep. Yugoslava de Macedonia-AP	Federación de Rusia
Francia*	Georgia-AP	Grecia-AP	Guyana†
Hungría	Italia†	Kazajistán	Kirguistán
Kosovo†-AP/VS	Letonia-AP	Lituania-AP	Luxemburgo*
Moldavia-AP	Mongolia→	Montenegro-AP/VS	Nepal-S
Noruega-AP	Países Bajos*	Portugal†-AP	Puerto Rico*
Rep. Checa-AP	Rep. Eslovaca-AP	Rep. Popular Dem. de Corea†	Rumania*
Serbia-AP	Singapur***	Sudáfrica	Suecia**
Suiza	Tayikistán	Tónz→	Turkmenistán
Turquía†-AC/AP	Ucrania	Uruguay-PA	Uzbekistán
Vietnam*			

Fuente: Center For Reproductive Rights, <http://bit.ly/2fe06FW>

Anexo Nº 6

DE MELO A MONTEVIDEO POR RUTA 8								
EMPRESA	SALIDA DE	LUNES A VIERNES	SABADOS	DOMINGOS	PASANDO POR	PASANDO POR	PASANDO POR	DESTINO A
NÚÑEZ	MELO	0:30	0:30	0:30	NANGAPIRE	ARACHANIA	ARBOLITO	MONTEVIDEO
EGA	MELO	2:00	2:00	2:00	NANGAPIRE	ARACHANIA	ARBOLITO	MONTEVIDEO
NÚÑEZ	MELO	6:00	6:00	6:00	NANGAPIRE	ARACHANIA	ARBOLITO	MONTEVIDEO
EGA	MELO	7:00	7:00	NO	NANGAPIRE	ARACHANIA	ARBOLITO	MONTEVIDEO
NÚÑEZ	MELO	10:15	10:15	10:15	NANGAPIRE	ARACHANIA	ARBOLITO	MONTEVIDEO
EGA	MELO	12:30	12:30	12:30	NANGAPIRE	ARACHANIA	ARBOLITO	MONTEVIDEO
NÚÑEZ	MELO	14:30	14:30	14:30	NANGAPIRE	ARACHANIA	ARBOLITO	MONTEVIDEO
EGA	MELO	17:00	NO	17:00	NANGAPIRE	ARACHANIA	ARBOLITO	MONTEVIDEO
NÚÑEZ	MELO	18:00	18:00	18:00	NANGAPIRE	ARACHANIA	ARBOLITO	MONTEVIDEO
EGA	MELO	20:30	NO	20:30	NANGAPIRE	ARACHANIA	ARBOLITO	MONTEVIDEO

DE MONTEVIDEO A MELO POR RUTA 8								
EMPRESA	SALIDA DE	LUNES A VIERNES	SABADOS	DOMINGOS	PASANDO POR	PASANDO POR	PASANDO POR	DESTINO A
NÚÑEZ	MONTEVIDEO	0:30	0:30	0:30	ARBOLITO	ARACHANIA	NANGAPIRE	MELO
EGA	MONTEVIDEO	4:00	NO	NO	ARBOLITO	ARACHANIA	NANGAPIRE	MELO
EGA	MONTEVIDEO	6:30	6:30	NO	ARBOLITO	ARACHANIA	NANGAPIRE	MELO
NÚÑEZ	MONTEVIDEO	9:00	9:00	9:00	ARBOLITO	ARACHANIA	NANGAPIRE	MELO
EGA	MONTEVIDEO	13:30	13:30	13:30	ARBOLITO	ARACHANIA	NANGAPIRE	MELO
NÚÑEZ	MONTEVIDEO	14:30	14:30	14:30	ARBOLITO	ARACHANIA	NANGAPIRE	MELO
NÚÑEZ	MONTEVIDEO	17:30	17:30	17:30	ARBOLITO	ARACHANIA	NANGAPIRE	MELO
EGA	MONTEVIDEO	18:30	18:30	18:30	ARBOLITO	ARACHANIA	NANGAPIRE	MELO
NÚÑEZ	MONTEVIDEO	21:30	21:30	21:30	ARBOLITO	ARACHANIA	NANGAPIRE	MELO
EGA	MONTEVIDEO	23:30	NO	23:30	ARBOLITO	ARACHANIA	NANGAPIRE	MELO

DE MELO A MONTEVIDEO POR RUTA 7										
EMPRESA	SALIDA DE	LUNES A SABADOS	DOMINGOS	PASANDO POR	PASANDO POR	PASANDO POR	PASANDO POR	PASANDO POR	PASANDO POR	DESTINO A
TURISMAR	MELO	2:15	NO	BAÑADO DE	FRAILE	CERRO DE LAS	TUPAMBAE	SANTA	CERRO	MONTEVIDEO

TURISMAR	MELO	NO	4:30	MEDNA BAÑADO DE MEDNA	MUERTO FRAILE MUERTO	CUENTAS CERRO DE LAS CUENTAS	TUPAMBAE	CLARA SANTA CLARA	CHATO CERRO CHATO	MONTEVIDEO
NÚÑEZ	MELO	8:00	8:00	BAÑADO DE MEDNA	FRAILE MUERTO	CERRO DE LAS CUENTAS	TUPAMBAE	SANTA CLARA	CERRO CHATO	MONTEVIDEO
TURISMAR	MELO	13:30	13:30	BAÑADO DE MEDNA	FRAILE MUERTO	CERRO DE LAS CUENTAS	TUPAMBAE	SANTA CLARA	CERRO CHATO	MONTEVIDEO
TURISMAR	MELO	18:00	18:00	BAÑADO DE MEDNA	FRAILE MUERTO	CERRO DE LAS CUENTAS	TUPAMBAE	SANTA CLARA	CERRO CHATO	MONTEVIDEO
NÚÑEZ	MELO	23:00	23:00	BAÑADO DE MEDNA	FRAILE MUERTO	CERRO DE LAS CUENTAS	TUPAMBAE	SANTA CLARA	CERRO CHATO	MONTEVIDEO

DE MONTEVIDEO A MELO POR RUTA 7										
EMPRESA	SALIDA DE	LUNES A SABADOS	DOMINGOS	PASANDO POR	PASANDO POR	PASANDO POR	PASANDO POR	PASANDO POR	PASANDO POR	DESTINO A
TURISMAR	MONTEVIDEO	5:00	NO	CERRO CHATO	SANTA CLARA	TUPAMBAE	CERRO DE LAS CUENTAS	FRAILE MUERTO	BAÑADO DE MEDNA	MELO
NÚÑEZ	MONTEVIDEO	10:00	10:00	CERRO CHATO	SANTA CLARA	TUPAMBAE	CERRO DE LAS CUENTAS	FRAILE MUERTO	BAÑADO DE MEDNA	MELO
TURISMAR	MONTEVIDEO	14:30	14:30	CERRO CHATO	SANTA CLARA	TUPAMBAE	CERRO DE LAS CUENTAS	FRAILE MUERTO	BAÑADO DE MEDNA	MELO
TURISMAR	MONTEVIDEO	20:30	20:30	CERRO CHATO	SANTA CLARA	TUPAMBAE	CERRO DE LAS CUENTAS	FRAILE MUERTO	BAÑADO DE MEDNA	MELO
NÚÑEZ	MONTEVIDEO	23:00	23:00	CERRO CHATO	SANTA CLARA	TUPAMBAE	CERRO DE LAS CUENTAS	FRAILE MUERTO	BAÑADO DE MEDNA	MELO

DE MELO A RIO BRANCO				
EMPRESA	SALIDA DE	LUNES A SABADOS	DOMINGOS	DESTINO A
DECATUR	MELO	6:00	NO	RIO BRANCO
DECATUR	MELO	7:00	7:00	RIO BRANCO
LA FLOTA	MELO	8:00	8:00	RIO BRANCO
LA FLOTA	MELO	9:30	NO	RIO BRANCO
DECATUR	MELO	10:30	NO	RIO BRANCO

UNITUR	MELO	11:00	11:00	RIO BRANCO
DECATUR	MELO	12:00	12:00	RIO BRANCO
LA FLOTA	MELO	14:00	14:00	RIO BRANCO
DECATUR	MELO	16:00	NO	RIO BRANCO
LA FLOTA	MELO	18:00	18:00	RIO BRANCO

DE RIO BRANCO A MELO

EMPRESA	SALIDA DE	LUNES A SABADOS	DOMINGOS	DESTINO A
LA FLOTA	RIO BRANCO	7:00	7:00	MELO
DECATUR	RIO BRANCO	9:00	9:20	MELO
LA FLOTA	RIO BRANCO	11:00	11:00	MELO
DECATUR	RIO BRANCO	12:15	NO	MELO
DECATUR	RIO BRANCO	14:30	NO	MELO
LA FLOTA	RIO BRANCO	16:00	NO	MELO
DECATUR	RIO BRANCO	17:00	17:00	MELO
UNITUR	RIO BRANCO	17:30	17:30	MELO
DECATUR	RIO BRANCO	18:00	18:00	MELO
LA FLOTA	RIO BRANCO	19:00	19:00	MELO

DE MELO A LAGO MERIN

EMPRESA	SALIDA DE	LUNES A SABADOS	DOMINGOS	DESTINO A	DESTINO A
DECATUR	MELO	7:00	7:00	RIO BRANCO	LAGO MERIN
DECATUR	MELO	12:00	12:00	RIO BRANCO	LAGO MERIN
LA FLOTA	MELO	14:00	14:00	RIO BRANCO	LAGO MERIN

DE LAGO MERIN A MELO

EMPRESA	SALIDA DE	LUNES A SABADOS	DOMINGOS	DESTINO A	DESTINO A
DECATUR	LAGO MERIN	9:00	8:50	RIO BRANCO	MELO
DECATUR	LAGO MERIN	16:15	16:15	RIO BRANCO	MELO
LA FLOTA	LAGO MERIN	18:00	18:00	RIO BRANCO	MELO

DE MELO A FRAILE MUERTO

EMPRESA	SALIDA DE	LUNES A SABADOS	DOMINGOS	PASANDO POR	DESTINO A
LA FLOTA	MELO	12:00	NO	BAÑADO DE MEDINA	FRAILE MUERTO

DE FRAILE MUERTO A MELO

EMPRESA	SALIDA DE	LUNES A SABADOS	DOMINGOS	PASANDO POR	DESTINO A
LA FLOTA	FRAILE MUERTO	13:00	NO	BAÑADO DE MEDINA	MELO

DE MELO A ACEGUA

EMPRESA	SALIDA DE	LUNES	LUNES A VIERNES	SABADOS	DOMINGOS	PASANDO POR	DESTINO A
RINCON	MELO	5:00	NO	NO	NO	ISIDORO NOBLIA	ACEGUA
COUSI	MELO		6:00	6:00	NO	ISIDORO NOBLIA	ACEGUA
DECATUR	MELO		6:45	6:45	NO	ISIDORO NOBLIA	ACEGUA
LA FLOTA	MELO		8:00	NO	NO	ISIDORO NOBLIA	ACEGUA
DECATUR	MELO		NO	NO	8:00	ISIDORO NOBLIA	ACEGUA
LA FLOTA	MELO		8:50	8:50	NO	ISIDORO NOBLIA	ACEGUA
RINCON	MELO		9:45	NO	NO	ISIDORO NOBLIA	ACEGUA
RINCON	MELO		NO	10:15	NO	ISIDORO NOBLIA	ACEGUA
UNITUR	MELO		10:30	NO	NO	ISIDORO NOBLIA	ACEGUA
DECATUR	MELO		11:30	11:30	NO	ISIDORO NOBLIA	ACEGUA
FIALHO	MELO		12:30	12:30	NO	ISIDORO NOBLIA	ACEGUA
LA FLOTA	MELO		13:15	NO	NO	ISIDORO NOBLIA	ACEGUA
LA FLOTA	MELO		14:00	14:00	14:00	ISIDORO NOBLIA	ACEGUA
CERRO DE MAR	MELO		15:00	15:00	NO	ISIDORO NOBLIA	ACEGUA
OLMAR	MELO		16:00	16:00	NO	ISIDORO NOBLIA	ACEGUA
COUSI	MELO		17:00	17:00	NO	ISIDORO NOBLIA	ACEGUA
RINCON	MELO		18:00	18:00	18:00	ISIDORO NOBLIA	ACEGUA
EXP.BUS	MELO		20:30	20:30	20:30	ISIDORO NOBLIA	ACEGUA

DE ACEGUA A MELO

EMPRESA	SALIDA DE	LUNES A VIERNES	SABADOS	DOMINGOS	PASANDO POR	DESTINO A
COUSI	ACEGUA	7:00	7:00	NO	ISIDORO NOBLIA	MELO
RINCON	ACEGUA	7:30	7:30	7:30	ISIDORO NOBLIA	MELO
DECATUR	ACEGUA	8:30	8:30	NO	ISIDORO NOBLIA	MELO
CUUSI	ACEGUA	10:00	10:00	NO	ISIDORO NOBLIA	MELO
DECATUR	ACEGUA	NO	NO	10:30	ISIDORO NOBLIA	MELO
LA FLOTA	ACEGUA	11:30	NO	NO	ISIDORO NOBLIA	MELO
LA FLOTA	ACEGUA	12:00	12:00	NO	ISIDORO NOBLIA	MELO
RINCON	ACEGUA	13:30	13:30	NO	ISIDORO NOBLIA	MELO
DECATUR	ACEGUA	14:30	14:30	NO	ISIDORO NOBLIA	MELO
UNITUR	ACEGUA	15:30	NO	NO	ISIDORO NOBLIA	MELO
LA FLOTA	ACEGUA	16:15	NO	NO	ISIDORO NOBLIA	MELO
LA FLOTA	ACEGUA	17:00	17:00	17:00	ISIDORO NOBLIA	MELO
CERRO DEL MAR	ACEGUA	18:00	18:00	NO	ISIDORO NOBLIA	MELO
OLMAR	ACEGUA	18:30	18:30	NO	ISIDORO NOBLIA	MELO
FIALHO	ACEGUA	19:30	19:30	NO	ISIDORO NOBLIA	MELO
RINCON	ACEGUA	NO	NO	20:00	ISIDORO NOBLIA	MELO
EXP.BUS	ACEGUA	23:00	23:00	23:00	ISIDORO NOBLIA	MELO

DE MELO A SANTA CLARA

EMPRESA	SALIDA DE	LUNES A VIERNES	SABADOS	DOMINGOS	PASANDO POR	PASANDO POR	PASANDO POR	PASANDO POR	DESTINO A
NUNEZ	MELO	10:00	10:00	NO	BAÑADO DE MEDINA	FRAILE MUERTO	CERRO DE LAS CUENTAS	TUPAMBAE	SANTA CLARA
LA FLOTA	MELO	15:45	15:45	NO	BAÑADO DE MEDINA	FRAILE MUERTO	CERRO DE LAS CUENTAS	TUPAMBAE	SANTA CLARA
UNITUR	MELO	17:00	NO	NO	BAÑADO DE MEDINA	FRAILE MUERTO	CERRO DE LAS CUENTAS	TUPAMBAE	SANTA CLARA
UNITUR	MELO	20:10	20:10	20:10	BAÑADO DE MEDINA	FRAILE MUERTO	CERRO DE LAS CUENTAS	TUPAMBAE	SANTA CLARA

DE SANTA CLARA A MELO

EMPRESA	SALIDA DE	LUNES A VIERNES	SABADOS	DOMINGOS	PASANDO POR	PASANDO POR	PASANDO POR	PASANDO POR	DESTINO A
LA FLOTA	SANTA CLARA	6:00	6:00	NO	TUPAMBAE	CERRO DE LAS CUENTAS	FRAILE MUERTO	BAÑADO DE MEDINA	MELO

UNITUR	SANTA CLARA	7:30	NO	NO	TUPAMBAE	CERRO DE LAS CUENTAS	FRAILE MUERTO	BAÑADO DE MEDINA	MELO
UNITUR	SANTA CLARA	9:00	9:00	9:00	TUPAMBAE	CERRO DE LAS CUENTAS	FRAILE MUERTO	BAÑADO DE MEDINA	MELO
NUNEZ	SANTA CLARA	16:30	16:30	NO	TUPAMBAE	CERRO DE LAS CUENTAS	FRAILE MUERTO	BAÑADO DE MEDINA	MELO

DE MELO A VICHADERO Y RIVERA

EMPRESA	SALIDA DE	LUNES A SABADOS	DOMINGOS	DESTINO A	DESTINO A
NUNEZ	MELO	14:00	NO	VICHADERO	RIVERA

DE RIVERA A VICHADERO Y MELO

EMPRESA	SALIDA DE	LUNES A SABADOS	DOMINGOS	DESTINO A	DESTINO A
NUNEZ	RIVERA	6:00	NO	VICHADERO	MELO

DE MELO A TACUAREMBO Y RIVERA

EMPRESA	SALIDA DE	LUNES A SABADOS	DOMINGOS	PASANDO POR	PASANDO POR	PASANDO POR	DESTINO A	DESTINO A
POSADA	MELO	6:45	6:45	RAMON TRIGO	CARAGUATA	LAS TOSCAS	TACUAREMBO	RIVERA
POSADA	MELO	13:45	13:45	RAMON TRIGO	CARAGUATA	LAS TOSCAS	TACUAREMBO	RIVERA
POSADA	MELO	17:00	NO	RAMON TRIGO	CARAGUATA	LAS TOSCAS	TACUAREMBO	RIVERA

DE RIVERA Y TACUAREMBO A MELO

EMPRESA	SALIDA DE	LUNES A SABADOS	DOMINGOS	DESTINO A	PASANDO POR	PASANDO POR	PASANDO POR	DESTINO A
POSADA	RIVERA	4:30	4:30	TACUAREMBO	LAS TOSCAS	CARAGUATA	RAMON TRIGO	MELO
POSADA	RIVERA	10:00	NO	TACUAREMBO	LAS TOSCAS	CARAGUATA	RAMON TRIGO	MELO
POSADA	RIVERA	15:30	15:30	TACUAREMBO	LAS TOSCAS	CARAGUATA	RAMON TRIGO	MELO

DE MELO A LA MICAELA

EMPRESA	SALIDA DE	LUNES Y VIERNES	SABADOS Y DOMINGOS	DESTINO A
ANTUNEZ	MELO	16:00	NO	LA MICAELA

DE LA MICAELA A MELO				
EMPRESA	SALIDA DE	LUNES Y VIERNES	SABADOS Y DOMINGOS	DESTINO A
ANTUNEZ	LA MICAELA	6:00	NO	MELO

DE MELO A CENTURION Y RINCON DE PAIVA					
EMPRESA	SALIDA DE	LUNES Y VIERNES	SABADOS Y DOMINGOS	DESTINO A	DESTINO A
RINCON	MELO	8:00	NO	CENTURION	RINCON DE PAIVA

DE RINCON DE PAIVA A CENTURION Y MELO					
EMPRESA	SALIDA DE	LUNES Y VIERNES	SABADOS Y DOMINGOS	DESTINO A	DESTINO A
RINCON	RINCON DE PAIVA	10:00	NO	CENTURION	MELO

DE MELO A TOLEDO							
EMPRESA	SALIDA DE	LUNES A VIERNES	SABADOS	DOMINGOS	DESTINO A	PASANDO POR	DESTINO A
BAHIA TOUR	MELO	6:20	6:20	NO	BAÑADO DE MEDINA	FRAILE MUERTO	TOLEDO

DE TOLEDO A MELO							
EMPRESA	SALIDA DE	LUNES A VIERNES	SABADOS	DOMINGOS	PASANDO POR	DESTINO A	DESTINO A
BAHIA TOUR	TOLEDO	18:45	18:45	NO	FRAILE MUERTO	BAÑADO DE MEDINA	MELO

Fuente: IMCL (Intendencia de Cerro Largo), <http://bit.ly/2iKYmSq>

PLANILLA DE RECOLECCIÓN DE DATOS RELEVANTES DE USURIAS QUE REINCIDEN EN LA IVE EN EL SECTOR PÚBLICO DE CERRO LARGO DURANTE EL PERÍODO DE NOVIEMBRE 2012 A NOVIEMBRE 2016						
	INTERRUPCIÓN N° 1	INTERRUPCIÓN N° 2	INTERRUPCIÓN N° 3	INTERRUPCIÓN N° 4	INTERRUPCIÓN N° 5	INTERRUPCIÓN N° 6
Fecha de IVE 3						
Edad						
Edad gestacional						
Ciudadanía						
Motivo de solicitud IVE						
Antecedentes obstétricos						
Estado civil						
Nivel educativo						
Ocupación						
Nivel socioeconómico						
Zona de residencia (Urbana/Rural)						
Concurrencia a la 4ª consulta						
MAC utilizado previo a la IVE						
Método de IVE						
Fallo del método farmacológico						
Internación Médica						
MAC post IVE						
Requirió seguimiento psicológico						

Fuente: Planilla creada para recolección de datos.