



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL**



CONOCIMIENTO QUE POSEEN LAS MUJERES ENTRE 15 Y 44 AÑOS SOBRE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Autoras:

Jimena Bares
Virginia Collazo
María Julia López
María Inés Mussio
Andrea Simoncelli

Tutor:

Lic. Enf. Luciana Piccardo

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2015



AGRADECIMIENTOS

El grupo investigador agradece a las siguientes personas por el apoyo y colaboración brindada, gracias a las cuales se pudo llevar adelante esta tarea tan importante para nuestra profesión.

- A nuestra tutora, Lic. Piccardo, por acompañarnos y guiarnos durante el desarrollo de la misma.
- A las autoridades del Centro de Salud de referencia, quienes permitieron el ingreso de las estudiantes, para así poder desarrollar la investigación.
- Al personal de la Biblioteca de la Facultad de Enfermería por la orientación en el manejo bibliográfico.
- A todas las Personas que fueron partícipes de las encuestas.
- A nuestros familiares y amigos que con su constante apoyo incondicional nos motivaron a continuar y superar obstáculos.



SIGLAS Y PALABRAS ABREVIADAS

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

MSP: Ministerio de Salud Pública.

IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo.

APS: Atención Primaria en Salud.

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

HC: Hospital de Clínica.

SSyR: Salud Sexual y Reproductiva.

MYSU: Mujer y Salud en Uruguay.



SINTESIS

El presente trabajo fue elaborado por cinco estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería; de la carrera Licenciatura en Enfermería, cursando el cuarto ciclo correspondiente al Trabajo Final de Investigación.

El Objetivo fue conocer la información que poseen las mujeres en edad fértil, sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo que concurrieron a Policlínica de Ginecología Primer Nivel de Atención del Hospital Universitario, en el periodo comprendido entre el 25 de Mayo al 5 de Junio del 2015.

Metodológicamente corresponde a una investigación descriptiva, de corte transversal, en base a una muestra Intencional compuesta por 150 mujeres, entre 15 y 44 años, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión

El Instrumento Metodológico que se utilizó para la recolección de datos fue un cuestionario creado por las investigadoras, siendo el mismo anónimo, compuesto por 21 preguntas de múltiples opción. Previamente se realizó una prueba piloto de validación del instrumento, debido a su efectividad, no se realizan cambios en la misma.

De los datos obtenidos se destaca que un 83% de las mujeres refieren saber que la Ley 18.978 de Interrupción Voluntaria del Embarazo es un derecho propio y un 71% de las encuestadas considera tener conocimiento de la misma. Lo que no se vio reflejado en el resultado de las encuestas; ya que un 58% no tiene conocimiento y un 34% tiene escaso conocimiento de acuerdo a la escala realizada por el equipo investigador.

A raíz de los resultados Obtenidos en dicha investigación, se plantean sugerencias, con el fin de potenciar la información.



ÍNDICE:

Introducción.....	Pag.7
Problema, Objetivo General y Objetivos Específicos.....	Pag.9
Fundamentación.....	Pág.10
Aspecto Metodológico.....	Pág.13
Procedimiento para la recolección de datos.....	Pág.14
Resultados y graficas.....	Pág.15
Análisis e interpretación de los datos.....	Pág.26
Conclusión.....	Pág.30
Sugerencias.....	Pág.32
Bibliografía	Pág.36

Anexos:

Anexo N°1: Protocolo de Investigación	Pág. 37
Anexo N° 2: Carta de Autorización.....	Pág.71
Anexo N°3: Tabulación y gráficos.....	Pág.74
Anexo N° 4: Encuesta.....	Pág.95
Anexo N°5: Cronograma de Actividades	Pág.101
Anexo N°6: Ley N° 18987.....	Pág.103
Anexo N°7 Manual y Guía Práctica para IVE.....	Pág.112



INTRODUCCION

El aborto como temática de discusión, adquirió mayor importancia desde Octubre del año 2012 donde se aprueba la ley N° 18.978 de Interrupción Voluntaria del Embarazo. El embarazo no deseado ha sido una problemática mundial, donde cada año mueren miles de mujeres, a causa de abortos ilegales en condiciones inseguras.

En Uruguay hace más de 2 años que la mujer puede decidir de forma legal, practicarse de forma segura la Interrupción Voluntaria del Embarazo, siempre y cuando cumpla con determinadas condiciones.

La presente investigación se centra en dar respuesta a que conocen las mujeres en edad fértil que asisten a la Policlínica Ginecológica del Hospital Universitario, sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo amparada por la Ley 18.987, en el periodo comprendido entre el 25 de Mayo al 5 de Junio del año 2015.

Se considera de gran aporte a la disciplina ya que el derecho a la salud no solo abarca la atención oportuna de las personas, sino también el acceso a la información en salud. El derecho a la información debe de ser garantizado por el estado a través de diferentes políticas públicas, ejecutadas por los diferentes agentes de salud, para que las personas alcancen una vida social plena, tomando las decisiones adecuadas respecto a su propia vida.

Además en nuestro país no se encontraron investigaciones que traten el conocimiento que tiene las mujeres sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Es por esto que el objetivo general de la investigación es; Conocer la información que poseen las mujeres entre 15 y 44 años sobre la interrupción voluntaria del embarazo, caracterizando y determinando el conocimiento de las mismas.



Metodológicamente corresponde a una investigación cuantitativa, que presenta un diseño descriptivo, de corte transversal, en base a un muestreo por conveniencia. La técnica utilizada para la recolección de datos es la encuesta, compuesta por 21 preguntas de múltiple opción. Previamente se realizó una prueba piloto de validación del instrumento, debido a su efectividad, no se realizan cambios en la misma. El instrumento se aplica a 150 mujeres que cumplen con los requisitos de inclusión y exclusión. Los datos obtenidos son ordenados y procesados por el programa informático Microsoft Office, Excel 2010. Se realiza un análisis descriptivo, concluyendo según el objetivo de la investigación.



PROBLEMA

¿Qué conocen las mujeres en edad fértil que asisten a la Policlínica Ginecológica del Hospital Universitario, sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo amparada por la Ley 18.987?

OBJETIVO GENERAL

- Conocer la información que poseen las mujeres en edad fértil, sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo que concurren a la Policlínica de Ginecología, Primer Nivel de Atención del Hospital Universitario.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar a la población encuestada según variables, edad, nivel académico, ocupación y número de hijos.
- Determinar el conocimiento que poseen las mujeres sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo.



FUNDAMENTACIÓN

La presente investigación se propone determinar el conocimiento que poseen las mujeres en edad fértil según la OMS entre 15 y 44 años de edad, sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) que asisten al Centro de Salud del Primer Nivel de Atención Policlínica Ginecológica, del Hospital Universitario.

El derecho a la salud no solo abarca la atención a la salud oportuna, sino también factores determinantes de la salud como el acceso al agua potable, el suministro de alimentos sanos, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y en el medio ambiente, y el acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas a la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

El acceso a la información en salud, es un derecho universal fundamental que tienen las personas, sin distinción de edad, procedencia, residencia, cobertura de salud, etc. Constituye una herramienta esencial para tomar decisiones adecuadas con respecto a sus propias vidas, la de su familia y la de la comunidad. El mismo debe de estar garantizado por el Estado a través de diferentes políticas públicas, ya sea por Instituciones de Salud Públicas o Privadas para alcanzar así el individuo una vida social plena sin barreras.

En nuestro país no se encontraron investigaciones que muestren resultados sobre, el conocimiento que poseen las mujeres acerca del contexto que establece la nueva ley 18.987 de IVE, esto se puede deber a que hace poco tiempo que se aprobó la misma. Por ello es necesario y pertinente llevar a cabo esta investigación, para la cual enfermería conoce y tiene las herramientas para cumplir la función de investigación, dar a conocer la realidad, diagnosticar la situación y asegurar el uso adecuado de los recursos.

Antes del IVE se asesoraba a la mujer según Normativa 369/04 la misma decía que el profesional de salud podía asesorar a la mujer que quería interrumpir su embarazo con la utilización del Misoprostol, esto traía la complicación que la mujer tenía que conseguir dicha medicación en el mercado negro, hasta que se



regularizó el IVE. Esta normativa surge de la necesidad de que en nuestro país en el año 2000 la primera causa de muerte materna en Uruguay era por aborto en condiciones de riesgo, es a partir de ese momento que se unen varias entidades de la Facultad de Medicina, la Sociedad Ginecología y la Asociación Obstétrica- de Parteras- y conforman una ONG llamada Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo que funciona en el Centro Hospital Pereira Rossell.

A partir diciembre 2012 que se puso en vigencia la ley 18.987 que regula la práctica IVE, hasta noviembre del 2013, primer año de implementación de la ley según el MSP se realizaron unos 6676 abortos legales con un promedio de 556 al mes, con un registro de cero muertes maternas y cero complicaciones reportadas. Se realizaron un 64% de IVE en Montevideo, y un 41% de los mismos en el sector público de salud.

Mediante la instrumentación de la normativa ya ha avanzado la disminución de riesgos y daños del aborto inseguro, y las consecuencias del embarazo no intencional ni planificado, el descenso de la mortalidad y morbilidad de las mujeres.

Se espera que para los próximos años el número de IVE disminuya a partir de la despenalización, haciendo énfasis en la educación sexual y reproductiva, la planificación familiar y la anticoncepción, así como en los servicios integrales de salud sexual y reproductiva.

Las mujeres representan más del 50% de la población que reside en Uruguay 1.708.481, de las cuales 9 de cada 1000 de ellas, entre 15 y 44 años de edad se practica un aborto en Uruguay.

En Montevideo viven unas 705.014 mujeres, con diferentes realidades socio-culturales, las cuales se busca traspasar a través de políticas públicas, facilitando el acceso a la planificación familiar, y programas de salud sexual y reproductiva, haciendo énfasis en sus derechos. No deben existir barreras



administrativas en el personal de salud que afecten el acceso de la mujer a la información, en tiempo y forma.

El personal de salud debe de ser accesible, brindando la información necesaria, oportuna, precisa y completa, realizando prevención, y promoción en salud, resolviendo con eficacia y eficiencia necesidades de la población. Por lo tanto Enfermería debe prestar asistencia, no solo a la persona enferma sino que además debe potenciar el auto cuidado y la autorresponsabilidad, mediante acciones de mantenimiento, promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia y rehabilitación, cumpliendo con la función de docencia.



ASPECTOS METODOLOGICOS

Se trata de una investigación cuantitativa que presenta un diseño descriptivo de corte transversal, en base a un muestreo Intencional.

El **universo** de estudio está compuesto por toda las usuarias en edad fértil de 15 a 44 años de edad, que acudieron a la policlínica Ginecológica de Primer Nivel de Atención, del Hospital Universitario.

La **muestra**, está conformada por 150 usuarias que asistieron a consulta a la policlínica de lunes a viernes de 8 a 12 horas, en el periodo comprendido entre el lunes 25 Mayo al viernes 5 de Junio, que cumplieron con los requisitos de inclusión.

Criterios de inclusión de la muestra:

- Usuarías que asisten a la policlínica Ginecológica del Hospital Universitario, del Primer Nivel de Atención.
- Usuarías entre 15 y 44 años de edad.
- Usuarías que acepten verbalmente ser encuestadas y completar la misma.

Criterios de Exclusión de la muestra:

- Usuarías menores de 15 años y mayores de 44 años.
- Usuarías que se nieguen a participar de la encuesta.
- Mujeres que no sean usuarias de la policlínica.



PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Para acceder a la recolección de datos se presenta una carta autorizada por la docente tutora de Facultad de Enfermería, la cual estaba dirigida al Departamento de Educación, con la finalidad de obtener autorización para la realización de las encuestas a las usuarias que se encontraban en sala de espera de la Policlínica Ginecológica de Atención Primaria en Salud, Centro Universitario.

La recolección de datos se llevó a cabo mediante un cuestionario, compuesto por 21 preguntas cerradas con su instructivo correspondiente, que se le entregó impresas a cada usuaria, teniendo una duración estimada de 10 minutos para su correcto y completo llenado.

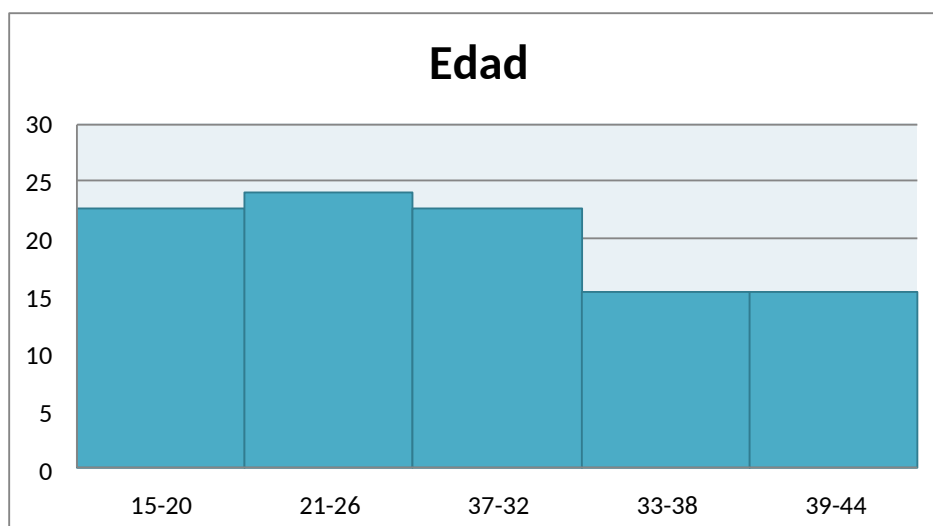
El instrumento utilizado para la recolección de datos fue elaborado especialmente para el presente estudio. Antes de aplicarse el cuestionario se aseguró la uniformidad en la recolección de datos, teniendo en cuenta que cada encuestado cumpla con los criterios de inclusión.

Para la confiabilidad del instrumento se realizó una prueba piloto, en la misma Institución. La prueba se llevó a cabo el día 22 de Mayo y estuvo compuesta por 25 personas, quienes no formaron parte de la muestra de la presente Investigación. De dicha prueba piloto se puede destacar que los datos obtenidos fueron representativos de la investigación final. Cabe destacar que no se modificó el cuestionario.

RESULTADOS Y GRAFICAS.

Tabla N°1: Distribución de la población según edad.

Edad	FA	FR%
15-20	34	22,70%
21-26	36	24%
27-32	34	22,70%
33-38	23	15,30%
39-44	23	15,30%
Total	150	100%



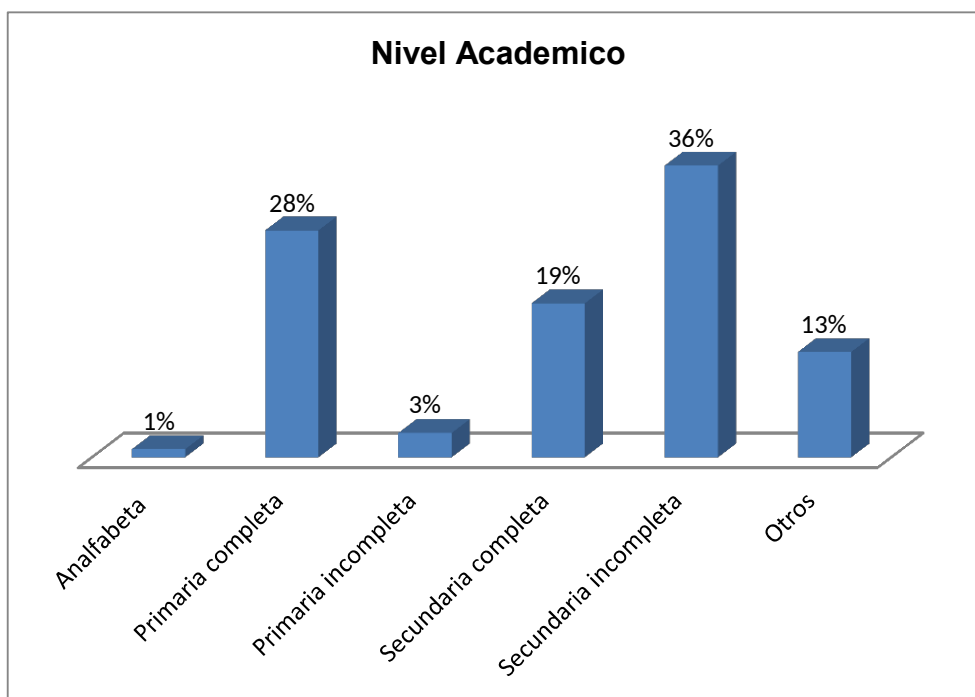
Fuente de información: encuestas realizadas en el periodo 25 de mayo al 5 de Junio, a mujeres entre 15 y 44 años de edad, en policlínica Ginecológica del Hospital Universitario.

Según la OMS se considera entre 15 – 44 años de edad, el período fértil de la mujer. Pero el mejor momento para tener un hijo supone una salud reproductiva que la define como el estado completo de bienestar físico, mental y social.

En relación a la edad, predomina el rango etario entre 21-26 años con el 24%, seguido de un 22.7% entre 15 a 20 años, y 27 a 32 años.

Tabla N°2: Distribución de la población según Nivel Académico

Nivel académico	FA	FR%
Analfabeta	1	1%
Primaria completa	42	28%
Primaria incompleta	5	3%
Secundaria completa	29	19%
Secundaria incompleta	53	36%
Otros	20	13%
Total	150	100%



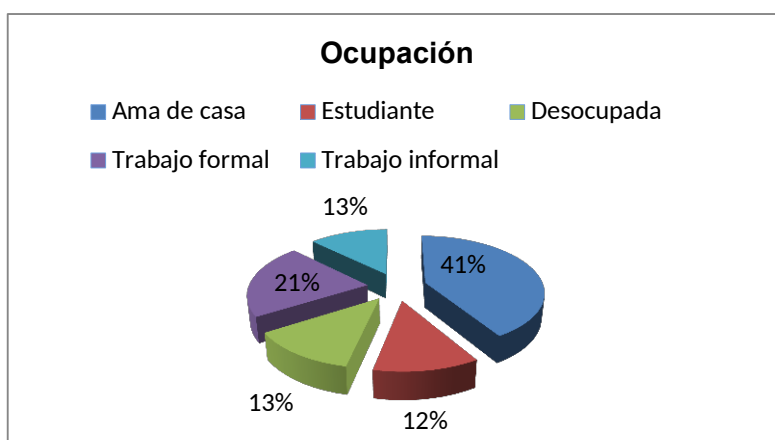
Fuente de información: encuestas realizadas en el periodo 25 de mayo al 5 de Junio, a mujeres entre 15 y 44 años de edad, en policlínica Ginecológica del Hospital Universitario.

El nivel de instrucción se debe de tener en cuenta a la hora de abordar la misma, utilizando un vocabulario sencillo ante la implementación de un plan de acción.

Del nivel de instrucción podemos decir que el 36% presenta secundaria incompleta, un 28% primaria completa y un 19% secundaria completa.

Tabla N°3: Distribución de la población según Ocupación.

Ocupación	FA	FR%
Ama de casa	62	41%
Estudiante	18	12%
Desocupada	19	13%
Trabajo formal	32	21%
Trabajo informal	19	13%
Total	150	100%



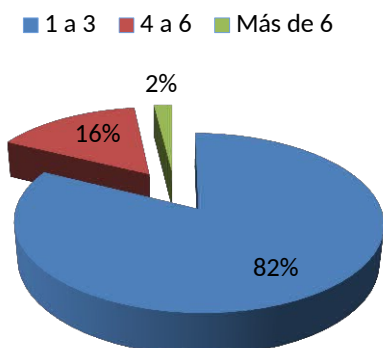
Fuente de información: encuestas realizadas en el periodo 25 de mayo al 5 de Junio, a mujeres entre 15 y 44 años de edad, en policlínica Ginecológica del Hospital Universitario

En cuanto a la ocupación el 41% corresponde a ama de casa, 21% refiere tener trabajo formal y un 13% trabajo informal y desocupada. El proceso de reproducción humana está relacionado con el nivel socioeconómico y la cultura, por lo que los hogares compuesto por mujeres con trabajos formales, tienden a tener menor cantidad que las que son amas de casa.

Tabla N° 4: distribución de la población según el número de hijos nacidos vivos.

Número de hijos nacidos vivos	FA	FR%
1 a 3	84	82%
4 a 6	16	16%
Más de 6	2	2%
Total	102	100%

Número de hijos nacidos vivo.



Fuente de información: encuestas realizadas en el periodo 25 de mayo al 5 de Junio, a mujeres entre 15 y 44 años de edad, en policlínica Ginecológica del Hospital Universitario

Es la variable por excelencia de la fecundidad y refiere al número de hijos nacidos vivos que hayan tenido las mujeres a lo largo de su vida reproductiva. Es un derecho básico de toda pareja y/o persona de decidir libre y responsablemente sobre el número, el espaciamiento y la oportunidad de tener hijos/as.

En cuanto al número de hijos, de 150 mujeres 102 refieren tener hijos nacidos vivos, el 82% de las usuarias refiere tener entre 1 y 3 hijos, y un 16% entre 4 y 6.

Tabla N°5: Distribución de la población según si considera tener conocimiento sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Conocimiento	FA	FR%
Si	106	70%
No	28	19%
No sabe	16	11%
Total	150	100%



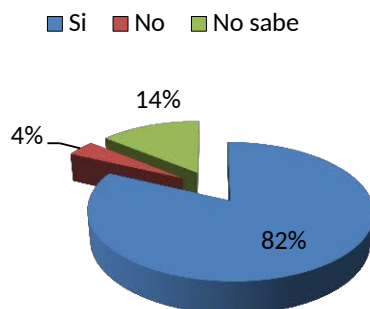
Fuente de información: encuestas realizadas en el periodo 25 de mayo al 5 de Junio, a mujeres entre 15 y 44 años de edad, en policlínica Ginecológica del Hospital Universitario.

De 150 usuarias encuestadas el 71% considera tener conocimiento sobre IVE, y un 19% considera no tenerlo. Se considera a la salud como un derecho, donde se debe de dar respuesta a determinantes sociales y políticos que lo condicionan, involucra el compromiso individual y colectivo de las personas para el acceso a la información y atención.

Tabla N°6: Distribución de la población según si existe una ley sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Existe una ley	FA	FR%
Si	123	82%
No	6	4%
No sabe	21	14%
Total	150	100%

¿Existe una ley sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo?



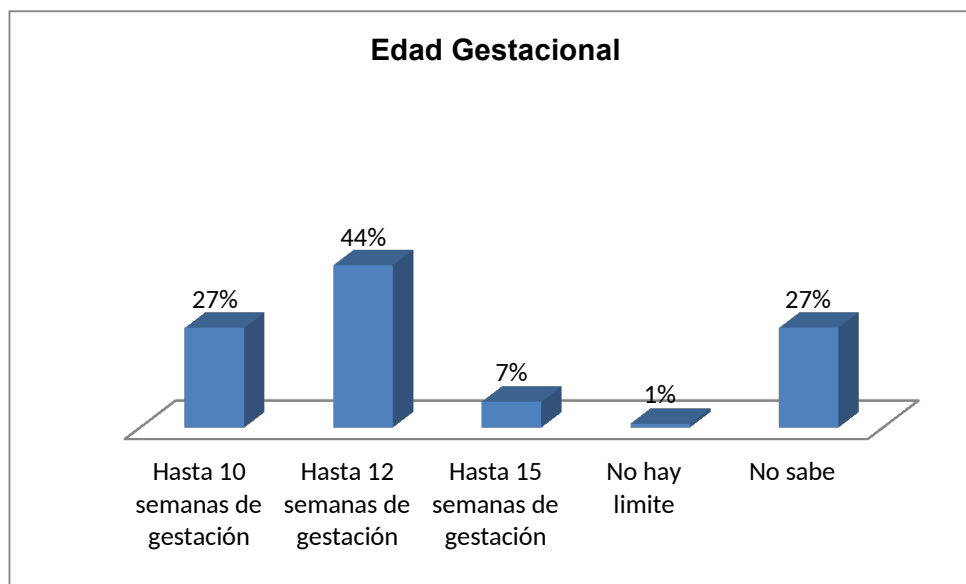
Fuente de información: encuestas realizadas en el periodo 25 de mayo al 5 de Junio, a mujeres entre 15 y 44 años de edad, en policlínica Ginecológica del Hospital Universitario.

Se despenaliza el aborto en las condiciones establecidas por la Ley 18.897, toda mujer tiene derecho a recibir asistencia al respecto. El conocimiento de la Ley es fundamental para acceder en tiempo y forma al servicio de Salud.

El 82% de las usuarias encuestadas conoce la existencia de una ley que ampara la Interrupción Voluntaria del Embarazo, en cuanto el 14% refiere desconocer la existencia de dicha ley.

Tabla N°7: Distribución de la población según conocimiento sobre límite legal en cuanto a la edad gestacional para realizar interrupción voluntaria del embarazo

Edad gestacional	FA	FR%
Hasta 10 semanas de gestación	31	27%
Hasta 12 semanas de gestación	66	44%
Hasta 15 semanas de gestación	11	7%
No hay limite	2	1%
No sabe	40	27%
Total	150	100%



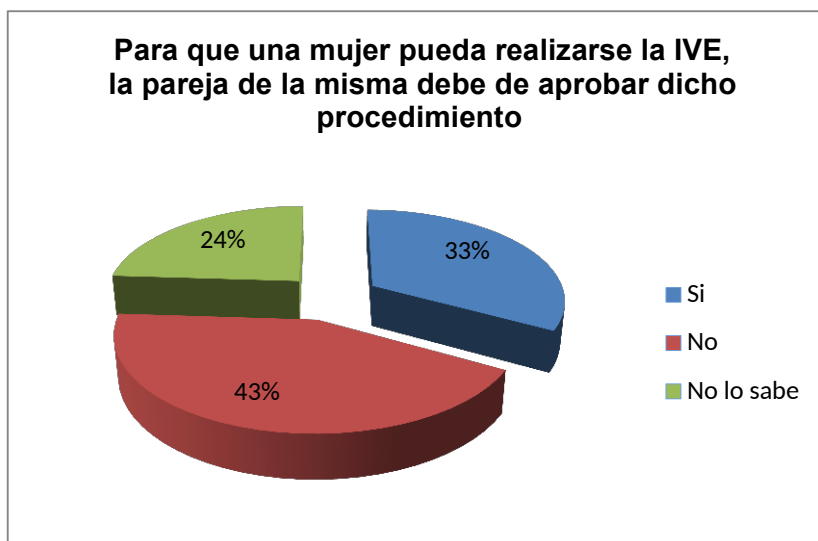
Fuente de información: encuestas realizadas en el periodo 25 de mayo al 5 de Junio, a mujeres entre 15 y 44 años de edad, en policlínica Ginecológica del Hospital Universitario.

Es considerado uno de los requisitos fundamentales para poder realizarse la Interrupción Voluntaria del Embarazo, dentro de los límites legales, es importante que las mujeres conozcan esto.

El 44% conoce que el límite legal para realizar el IVE es hasta 12 semanas de gestación, el 27% de las mujeres refiere no saber.

Tabla N° 8: Distribución de la población según si se necesita la aprobación de la pareja para interrumpir voluntariamente el embarazo

Aprobación de la pareja	FA	FR%
Si	49	33%
No	65	43%
No lo sabe	36	24%
Total	150	100%



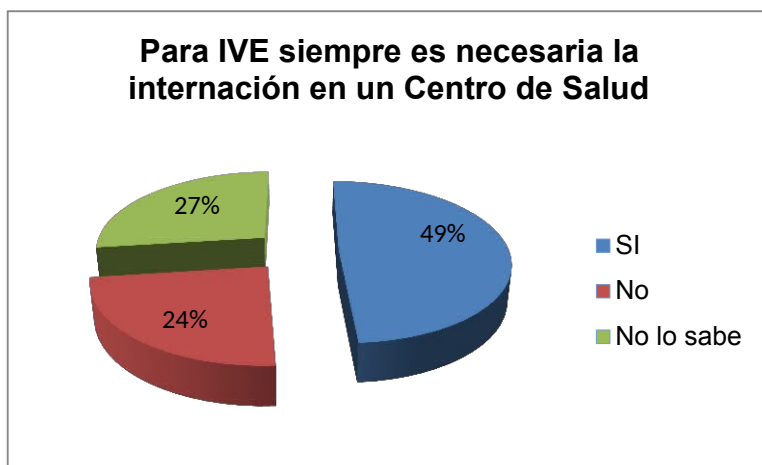
Fuente de información: encuestas realizadas en el periodo 25 de mayo al 5 de Junio, a mujeres entre 15 y 44 años de edad, en policlínica Ginecológica del Hospital Universitario.

Las mujeres tienen el derecho y la autonomía de decidir libre y responsablemente sobre su fecundidad. El enfoque de género concibe la mujer como un ser integral, fortaleciendo su autonomía y empoderamiento.

El 43% de las usuarias considera que no es necesaria la aprobación de la pareja para la realización del IVE, mientras que el 33% considera que si es necesaria.

Tabla N° 9: Distribución de la población según necesidad de internación para realización de IVE

Internación	FA	FR%
Si	74	49%
No	36	24%
No lo sabe	40	27%
Total	150	100%



Fuente de información: encuestas realizadas en el periodo 25 de mayo al 5 de Junio, a mujeres entre 15 y 44 años de edad, en policlínica Ginecológica del Hospital Universitario.

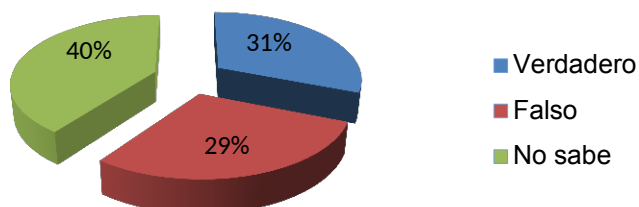
La internación no es obligatoria. En caso que el médico lo considere necesario se puede acceder a internación en un Centro de Salud para recibir tratamiento médico específico.

De las usuarias encuestadas el 49% cree ser necesaria la internación en un centro de salud para la realización del IVE y un 27% refiere no saber si requiere internación.

Tabla N°10: Distribución de la población según conocimiento del método farmacológico como única opción para realizar la interrupción voluntaria del embarazo

Método	FA	FR%
Verdadero	46	31%
Falso	44	29%
No sabe	60	40%
Total	150	100%

El único método que se puede utilizar según ley IVE es el farmacológico (pastillas)



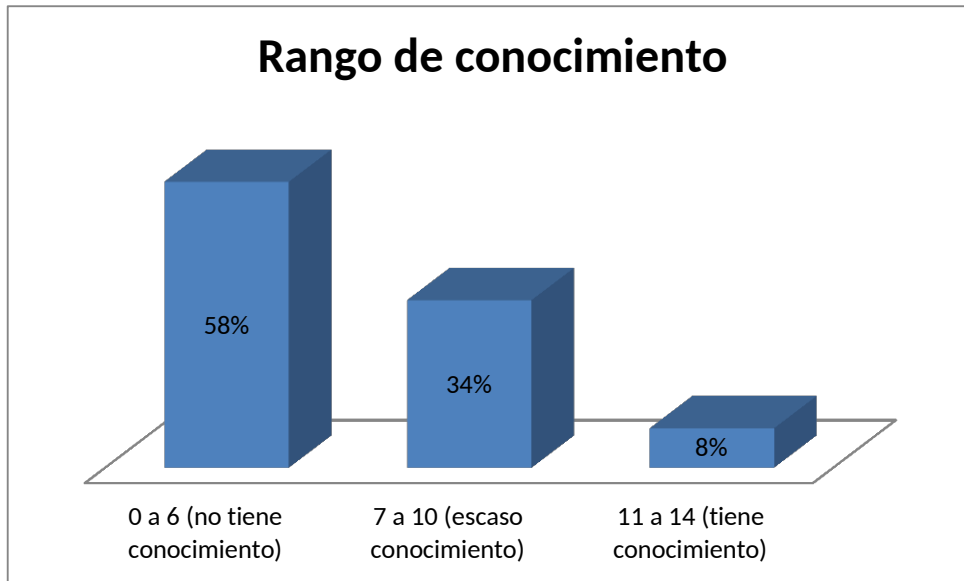
Fuente de información: encuestas realizadas en el periodo 25 de mayo al 5 de Junio, a mujeres entre 15 y 44 años de edad, en policlínica Ginecológica del Hospital Universitario.

Existen dos métodos amparados por la Ley que son procedimientos clínicos, seguros y efectivos utilizados para finalizar un embarazo no deseado voluntariamente. El método farmacológico es el primer método de elección según el MSP.

El 40% de las usuarias refiere no saber si el único método amparado por la ley para la realización del IVE es el farmacológico.

Tabla N° 11: distribución de la población, a partir del rango de conocimiento aplicando escala de medida en encuestas.

Rango de conocimiento	FA	FR%
0 a 6 puntos (no tiene conocimiento)	87	58%
7 a 10 puntos (escaso conocimiento)	51	34%
11 a 14 puntos (tiene conocimiento)	12	8%
Total	150	100%



Fuente de información: encuestas realizadas en el periodo 25 de mayo al 5 de Junio, a mujeres entre 15 y 44 años de edad, en policlínica Ginecológica del Hospital Universitario.

Es un derecho de las mujeres el conocer sobre la Ley 18.987 Interrupción Voluntaria del Embarazo, constituye una herramienta esencial para la toma de decisiones respecto a su propia vida.

En cuanto al puntaje que se obtuvo con las respuestas correctas se observa que 58% de las mujeres no tiene conocimiento sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo, un 34% tiene escaso conocimiento y un 8% tiene conocimiento sobre el tema.



ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

Se ejecutaron 150 encuestas a usuarias de la Policlínica Ginecológica del Hospital Universitario, lo que corresponde al total de la muestra estudiada en nuestra investigación. Analizando los datos obtenidos de las mismas se destacó:

El proceso de reproducción humana está relacionado con los grupos sociales, el nivel socioeconómico y la cultura. De la población abordada el rango etario que predomina con respecto a la edad es entre 21 y 26 años con un 24%, seguido a este con un 22,7% tenemos las usuarias comprendidas entre 15 a 20 años y 27 a 32 años de edad. Predominan las mujeres solteras con un 46% seguido por un 27% en unión libre y un 19% casadas.

El nivel de instrucción nos brinda una visión del nivel educativo de las usuarias el cual se debe tener en cuenta al abordar a la misma, utilizando un vocabulario sencillo ante la implementación de un plan de acción, en las necesidades detectadas. El 36% tiene secundaria incompleta, un 28% primaria completa y un 19% secundaria completa.

La distribución de las funciones sociales (en relación al género mujer-hombre), se marcan notoriamente en esta población, ya que en cuanto a la ocupación el 41% de las usuarias refieren ser amas de casa, el 21% tiene un trabajo formal, un 13% corresponde a trabajo informal y un 13% se encuentran desocupadas al momento. Al estar ubicadas las mujeres en una posición de “subordinación”, existe una incidencia en el acceso y control de los recursos de la salud para su propio beneficio. El enfoque de género busca que se priorice a la mujer por encima del rol al servicio de la familia.

De un total de 150 mujeres 102 refiere tener hijos nacidos vivos, el 82% de las mismas tiene entre 1 y 3 hijos nacidos vivos, el 16% entre 4 y 6 hijos, y un 2% más de 6 hijos. La planificación familiar también es un derecho para las mujeres que tienen hijos; ayuda a decidir el momento, el intervalo y el número de hijos que desean. Al reducir la tasa de embarazos no deseados, la



planificación familiar también disminuye la necesidad de efectuar abortos y las muertes maternas.

El 70% de las encuestadas considera tener conocimiento sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo, un 19% refiere no tener conocimiento y un 10% no sabe si tiene conocimiento.

La fuente de información más predominante con un 37% es la televisión, seguido con un 23% los Centros de Salud y un 21% internet.

El 83% de las encuestadas refiere que la Interrupción Voluntaria del Embarazo es un derecho de la mujer, mientras que el 12% no sabe si es o no un derecho de la mujer.

Del total de las usuarias encuestadas el 82% sabe que existe una ley que ampara la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Es importante resaltar que un 4% refiere que no existe una ley que ampare el IVE, y un 14% refiere no saber si existe o no una ley.

El conocimiento sobre la Ley IVE, es fundamental para acceder en tiempo y forma al servicio. Es responsabilidad de la persona y del estado de generar condiciones para el acceso efectivo al mismo. Esto involucra que la persona sea capaz de corregir su déficit, teniendo fácil acceso a los servicios de Planificación Familiar, y que este le brinde las herramientas necesarias para el uso adecuado de sus derechos.

El 49% de las usuarias considera que no es necesario ser mayor de edad para poder realizar la Interrupción Voluntaria Embarazo según la ley, y un 27% refiere no saber.

El 44% conoce que el límite legal en cuanto a la edad gestacional para poder realizarse el IVE es hasta 12 semanas de gestación, destacando que el 27% manifiesta no saber.



El 43% de las usuarias considera que no es necesaria la aprobación de la pareja para la realización del IVE.

El 63% reconoce que debe de pasar por diferentes etapas previas a la realización del IVE, mientras que el 27% refiere no saberlo.

El 57% de las usuarias conoce que es un procedimiento gratuito, mientras que el 39% refiere no saber si tiene costo o no.

De las usuarias encuestadas el 49% cree ser necesaria la internación en un centro de salud, para la realización de un IVE y un 27% refiere no saber si requiere internación.

El 40% de las usuarias refiere no saber si el único método amparado por la ley para la realización del IVE es el farmacológico y el 31% considera que ese es el único método.

El 47% de las encuestadas, conoce que el equipo de trabajo interdisciplinario debe de estar compuesto por un ginecólogo, 1 profesional de área social y un profesional del área de salud psíquica, mientras que el 39% refiere no saber cómo está compuesto dicho equipo.

En cuanto al periodo de reflexión, un 44% de las usuarias refiere no saber si existe un tiempo de reflexión para confirmar o anular su decisión.

El 39% de las encuestadas manifiesta no saber si necesita una orden de un médico de medicina general para poder realizarse una Interrupción Voluntaria del Embarazo.

De las usuarias encuestadas el 65% refiere desconocer como es el registro de IVE en la Historia Clínica.

El 60% de las usuarias considera que las mujeres que consulten por Interrupción Voluntaria del Embarazo deben de ser asesoradas sobre derechos y procedimientos, mientras que un 36% manifiestan no saber si deben de ser asesorados.



Al analizar el conocimiento sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo de cada usuaria a través de la escala de puntuación creada por el equipo investigador se visualiza que: un 58% de las mujeres encuestadas no tienen conocimiento sobre la Ley, un 34% tienen escaso conocimiento y un 8% tienen conocimiento.



CONCLUSION

A modo de finalización de la actividad realizada en el Trabajo de Investigación Final como estudiantes de la Licenciatura de Enfermería, llevado a cabo en el Hospital Universitario, Policlínica Ginecológica podemos concluir que a consecuencia de los datos obtenidos y del análisis realizado que se alcanzaron los objetivos planteados al comienzo de la misma.

Se caracterizó al 100% de la población objetivo que concurrió al centro de salud destacando que; de las mujeres encuestadas entre 15 y 44 años una amplia mayoría son solteras, con un nivel superior de escolaridad a primaria completa, refieren ser ama de casa y tener entre 1y 3 hijos nacidos vivos.

Se conoció y determino que conocimiento poseen las mujeres sobre la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo; del total de la población encuestada el 71% de las mujeres asegura tener conocimiento sobre la Ley N°18.798.

A través de la aplicación del cuestionario y de la escala diseñada, obtuvimos que un 58% del total de las mujeres no tienen conocimiento de la Ley IVE, un 34% tienen escaso conocimiento y solo un 8% conocen la ley.

De las 14 variables utilizadas para medir el conocimiento observamos y destacamos que; el porcentaje de la respuesta correcta de cada pregunta es igual o inferior a la suma de las respuestas incorrecta o señalada como “no sabe”.

Por los resultados obtenidos consideramos que el derecho al acceso de la información segura sin distinción de nivel socioeconómico, procedencia, cobertura de salud, es fundamental para que el Sistema de Salud funcione adecuadamente. Si la población está informada, conocerá el momento oportuno para consultar. De lo contrario habrá un costo salud- enfermedad y social para sus usuarios, sin olvidar los costos que le implica al Sistema de Salud.



Es necesario continuar trabajando en el cambio de paradigma del campo sexualidad y reproducción, la Interrupción Voluntaria del Embarazo, se encuentra entre lo íntimo privado y lo público social. Por lo que a más de dos años de aprobada la Ley N°18.978 las mujeres no poseen un amplio conocimiento sobre la misma. Es necesario hacer énfasis en la responsabilidad del autocuidado, y que los equipos de referencia de los centros de salud tengan dedicación y capacitación, utilizando las redes disponibles.

Como futuras Licenciadas en Enfermería tenemos las herramientas para actuar adecuada y oportunamente en la población, brindando la información necesaria a cada persona para que haga uso de su libertad de decisión, si miedo, haciendo uso de su conocimiento.



SUGERENCIAS

De acuerdo a los resultados obtenidos sugerimos:

- Continuar con la línea de investigación, utilizando el instrumento de investigación elaborado por las investigadoras en otros servicios de salud ya sea público o privado.
- Promover la atención individualizada y/o grupal de las mujeres, por parte de Enfermería, planificando y ejecutando un plan de actividades educativas programadas sobre Salud Sexual y Reproductiva, orientada hacia la mujer desde un enfoque de género.
- Potenciar a través de los medios de comunicación, campañas focalizadas acerca de la Interrupción Voluntaria del Embarazo; objetivo, condiciones para el acceso, redes de apoyo, etc.
- Información más accesible para las mujeres en los Centros de Salud, con folletos, cartelería.
- Promover la participación del hombre y la familia, para que contribuya en el cuidado de la salud de la mujer.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Ramirez, V. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. **An. Fac. med.**, Lima, V. 70, N. 3, sept. 2009. (Citado el 10 de abril de 2015) Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000300011&lng=es&nrm=iso>
- 2) Harrison, L et al . Competencias en Investigación para diferentes niveles de formación de Enfermeras: Una perspectiva latinoamericana. **Cienc. enferm.**,(internet) (citado abril 2015). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000100007&lng=es&nrm=iso
- 3) Aborto sin riesgo: guía técnica y de políticas para el sistema de salud. Segunda edición OMS año 2012. 20(Citado el 20 de abril de 2015). Disponible en www.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf
- 4) Gonzalez ,A. Una mirada analítica a la legislación sobre interrupción del embarazo en países de Iberoamérica y el Caribe. En Mujer y desarrollo (internet) ed Naciones Unidas CEPAL serie 110 Nov de 2011. (Actualizado el 2 de diciembre de 2014).(Citado el 20 de abril de 2015) p15-17 Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5837/S1100855_es.pdf?sequence=1
- 5) Fonseca A, Llanos E, Hernández D. Interrupciones de embarazo en adolescentes. Problemática social y humanística. Rev Hum Med [Internet]. 2009 [citado 2015 Abr 21] ; 9(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202009000200010&lng=es
- 6) -Aborto en Latinoamérica. Aborto legal en México |Abortar México dice: actualizado 28 de septiembre de 2013. Citado el 20 de abril de 2015. Disponible en: <http://abortar-mexico.mx/mis-derechos/servicios-de-salud-sexual/aborto-en-mexico/>
- 7) MYSU- Mujer y Salud en Uruguay – Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva en el Uruguay- Informe 2013. Actualizado el 21 de marzo de 2014. Citado el 24 de abril de 2015. Disponible en



<http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/12/Descarga-aqui-Informe-Observatorio-20131.pdf>

- 8) Ministerio de Salud Pública, República Oriental del Uruguay. Manual y Guía técnica para Interrupción Voluntaria del Embarazo diciembre de 2012. Citado el 5 de noviembre de 2014. Disponible en: http://www2.msp.gub.uy/uc_7211_1.html
- 9) Caen abortos: Uruguay está tercero en el mundo. Publicado el Miércoles 11 febrero de 2015, citado en 22 de marzo de 2015 <http://www.republica.com.uy/tercero-en-el-mundo/501982/>
- 10) Extraído de Historias Clínicas de Usuarias que consultaron en la Policlínica Ginecológica del Hospital Universitario en el Periodo comprendido, Octubre-Diciembre 2014.
- 11) MYSU, Observatorio Nacional en género y salud sexual y reproductiva en Uruguay. Informe 2009. Creado el 23 de marzo de 2010. Citado el 22 de marzo de 2015. Disponible en: http://www.parlamento.gub.uy/parlamenta/descargas/Informe%20Observatorio%20MYSU%20%202009_web.pdf
- 12) Ministerio de Salud Pública, República Oriental del Uruguay. Balance 1er año de implementación de Ley 18.987 –Interrupción voluntaria del Embarazo Decreto 375/012 Reglamentación de la Ley IVE. Diciembre 2012 Noviembre 1013. Citado el 10 de Noviembre 2014. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/conferencia%20prensa%20IVE%20FEBRERO%202014.pdf
- 13) Los derechos reproductivos a la vanguardia. Una herramienta para la reforma legal. Creado el 27 de febrero de 2009. Citado marzo de 2015. Disponible en: http://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/pub_br_spanish_gaining_ground_2008.pdf
- 14) Alfonso C, INFOMED Portal de la Red de Salud de Cuba, Salud y Vida, 13 de Diciembre del 2002. http://www.sld.cu/saludvida/buscar.php?id=5287&iduser=4&id_topic=17
- 15) Santana J Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la ciudad de México, Población Vulnerable, pág. 4. Creado el 1 de



agosto de 2011. Citado marzo de 2015. Disponible en:
http://www.iapa.df.gob.mx/work/sites/iapad/resources/PDFContent/50/poblaciones_vulnerables.pdf

- 16) Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Interrupción Voluntaria del Embarazo Medicina & Información, actualizado 28 de Marzo 2009. Citado el 20 de noviembre de 2014. Disponible en:
<http://www.abortoinformacionmedica.es/2009/03/28/definicion-de-ive-interrupcion-voluntaria-del-embarazo/>
- 17) Rostagnol, S Autonomía y Subordinación en el Transito de las Mujeres por el Aborto Clandestino, 2012, pág. 5.
- 18) López A, Carril E, Aborto voluntario y subjetivo en contexto de Penalización. Efectos y significados en mujeres, varones y profesionales de la salud. Psicología conocimiento y sociedad (internet)2010 (citado noviembre 2014)1 (02) 18. Disponible en:
<http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/40/187>
- 19) Real Academia Española. Artículo enmendado. Avance de la vigésima tercera edición
Disponible en <http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=hhkugbqQk2x5z1r1dLO>.
- 20) Fescina RH, De MucioB, Diaz Rosello JL, Martinez G, Serruya S, Duran P. renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Americas. En: Ricardo Fescina. Salud Sexual y Reproductiva. 3º edición, Ed Montevideo CLAP/SMR N° 1577 2011p15-17
- 21) Asociación uruguaya de Planificación Familiar, definición Salud Reproductiva, disponible en: http://aupf.org.uy/salud_sexual_que.html
- 22) Nota descriptiva N°351. Mayo de 2013
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
- 23) Rieppi. L., Vivas. P. – Manual de Procedimientos para el Manejo Sanitario de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, Uruguay, Montevideo, MSP, 2012.



24)Hernández Sampieri, R. “Metodología de la Investigación”, Editorial MC Graw Hill, Año 2008.



ANEXO N°1

PROTOCOLO DE INVESTIGACION



RESUMEN:

El presente trabajo fue elaborado por cinco estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería; de la carrera Licenciatura en Enfermería, cursando el cuarto ciclo correspondiente al trabajo final de investigación.

Cuyo Objetivo es conocer la información que poseen las mujeres en edad fértil, sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo que concurren a Policlínica de Ginecología Primer Nivel de Atención del Hospital Universitario.

Dicho Protocolo se elaboró en los meses comprendidos entre Noviembre del 2014 a Mayo de 2015.

Los motivos principales por lo que se decidió llevar a cabo este estudio son: el interés de las estudiantes por el tema, y que en la actualidad no se cuenta con investigaciones sobre el conocimiento que tiene las mujeres de la ley N°18.978 Interrupción Voluntaria del Embarazo. Siendo éste un derecho de la mujer, y como tal tiene el derecho de acceder a la información sin distinción de nivel socioeconómico, procedencia, etc. Constituyendo una herramienta esencial para tomar decisiones adecuadas respecto a su propia vida.

Metodológicamente corresponde a una investigación descriptiva, de corte transversal, en base a una muestra Intencional, siendo la población objetivo mujeres entre 15 y 44 años que asistan a la Policlínica Ginecológica del Hospital Universitario.

El Instrumento Metodológico que será utilizado para la recolección de datos es un cuestionario creado por las investigadoras, siendo el mismo anónimo, compuesto por 21 preguntas de múltiples opción.



PREGUNTA PROBLEMA

¿Que conocen las mujeres en edad fértil que asisten a la Policlínica Ginecológica del Hospital Universitario, sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo amparada por la Ley 18.987?

FUNDAMENTACION

El presente proyecto de investigación propone determinar el conocimiento que poseen las mujeres en edad fértil según la OMS entre 15 y 44 años de edad, sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) que asisten al Centro de Salud del Primer Nivel de Atención Policlínica Ginecológica, del Hospital Universitario.

El derecho a la salud no solo abarca la atención a la salud oportuna, sino también factores determinantes de la salud como el acceso al agua potable, el suministro de alimentos sanos, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y en el medio ambiente, y el acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas a la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

El acceso a la información en salud, es un derecho universal fundamental que tienen las personas, sin distinción de edad, procedencia, residencia, cobertura de salud, etc. Constituye una herramienta esencial para tomar decisiones adecuadas con respecto a sus propias vidas, la de su familia y la de la comunidad. El mismo debe de estar garantizado por el Estado a través de diferentes políticas públicas, ya sea por Instituciones de Salud Públicas o Privadas para alcanzar así el individuo una vida social plena sin barreras.

En nuestro país no se encontraron investigaciones que muestren resultados sobre, el conocimiento que poseen las mujeres acerca del contexto que establece la nueva ley 18.987 de IVE, esto se puede deber a que hace poco tiempo que se aprobó la misma. Por ello es necesario y pertinente llevar a cabo



esta investigación, para la cual enfermería conoce y tiene las herramientas para cumplir la función de investigación, dar a conocer la realidad, diagnosticar la situación y asegurar el uso adecuado de los recursos.

Antes del IVE se asesoraba a la mujer según Normativa 369/04 la misma decía que el profesional de salud podía asesorar a la mujer que quería interrumpir su embarazo con la utilización del Misoprostol, esto traía la complicación que la mujer tenía que conseguir dicha medicación en el mercado negro, hasta que se regularizó el IVE. Esta normativa 369 surge de la necesidad de que en nuestro país en el años 2000 la primera causa de muerte materna en Uruguay era por aborto en condiciones de riesgo, es a partir de ese momento que se unen varias entidades de la Facultad de Medicina, la Sociedad Ginecología y la Asociación Obstétrica- de Parteras- y conforman una ONG llamada Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo que funciona en el Centro Hospital Pereira Rossell.

A partir diciembre 2012 que se puso en vigencia la ley 18.987 que regula la práctica IVE, hasta noviembre del 2013, primer año de implementación de la ley según el MSP se realizaron unos 6676 abortos legales con un promedio de 556 al mes, con un registro de cero muertes maternas y cero complicaciones reportadas. Se realizaron un 64% de IVE en Montevideo, y un 41% de los mismos en el sector público de salud.

Mediante la instrumentación de la normativa ya ha avanzado la disminución de riesgos y daños del aborto inseguro, y las consecuencias del embarazo no intencional ni planificado, el descenso de la mortalidad y morbilidad de las mujeres.

Se espera que para los próximos años el número de IVE disminuya a partir de la despenalización, haciendo énfasis en la educación sexual y reproductiva, la planificación familiar y la anticoncepción, así como en los servicios integrales de salud sexual y reproductiva.



Las mujeres representan más del 50% de la población que reside en Uruguay 1.708.481, de las cuales 9 de cada 1000 de ellas, entre 15 y 44 años de edad se practica un aborto en Uruguay.

En Montevideo viven unas 705.014 mujeres, con diferentes realidades socio-culturales, las cuales se busca traspasar a través de políticas públicas, facilitando el acceso a la planificación familiar, y programas de salud sexual y reproductiva, haciendo énfasis en sus derechos. No deben existir barreras administrativas en el personal de salud que afecten el acceso de la mujer a la información, en tiempo y forma.

El personal de salud debe de ser accesible, brindando la información necesaria, oportuna, precisa y completa, realizando prevención, y promoción en salud, resolviendo con eficacia y eficiencia necesidades de la población. Por lo tanto Enfermería debe prestar asistencia, no solo a la persona enferma sino que además debe potenciar el auto cuidado y la autorresponsabilidad, mediante acciones de mantenimiento, promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia y rehabilitación, cumpliendo con la función de docencia.



MARCO TEORICO

El camino recorrido por el hombre en busca del conocimiento es vasto y va desde las primigenias ideas platónicas hasta el constructivismo y el evolucionismo.

En este largo camino, el hombre siempre trata de aprehender de lo que está en su circunstancia y empírica e intuitivamente comprende que si quiere sobrevivir en el hostil y cambiante medio, que no podía explicárselo, debe encontrar una respuesta satisfactoria para cada cosa o hecho nuevo que se le presente.

El conocimiento, tal como se le concibe hoy, es el proceso progresivo y gradual desarrollado por el hombre para aprehender su mundo y realizarse como individuo y especie. Científicamente, es estudiado por la epistemología, que se la define como la 'teoría del conocimiento también la gnoseología deriva del griego gnosis, conocimiento al que también estudia, pero desde un punto de vista general, sin limitarse a lo científico. En la práctica, la gnoseología es considerada como una forma de entender el conocimiento desde la cual el hombre -partiendo de su ámbito individual, personal y cotidiano- establece relación con las cosas, fenómenos, otros hombres y aún con lo trascendente.¹

Según Kant, el conocimiento humano es resultado de una interacción entre experiencia y razón. La experiencia es imprescindible: aporta datos, elementos materiales; la razón estructura estos datos, los hace inteligibles, los interpreta. Razón y experiencia encajan en el proceso de conocimiento. Así, en la epistemología de Kant, el hombre no es un receptor pasivo de los estímulos que provienen del mundo, sino un interpretador activo. Nuestro conocimiento está determinado por unas estructuras *a priori*: no conocemos nunca las cosas tal y como son en sí mismas, nosotros conocemos las cosas mediatizadas por nuestro sistema de conocimientos. No vemos el mundo, vemos nuestro mundo: nos proyectamos en nuestro conocimiento de las cosas. Las características que el sentido común atribuye a la realidad misma, Kant las atribuye a la

estructura cognoscitiva del hombre. En cierto modo, el espectador, con sus *a priori*, condiciona el espectáculo en el mismo momento de la observación.

El inicio y desarrollo del conocimiento es un proceso gradual: el hombre al comienzo tiene en la experiencia captada por los sentidos la base para aprehender la realidad, luego aprende a razonar, es decir a derivar juicios que le lleven a representaciones abstractas, un campo diferenciado ya de la inicial captura de la realidad en su experiencia diaria.

Basados en este desarrollo del *h. sapiens*, al conocimiento se le caracteriza siguiendo el medio con que se le aprehende; así, al conocer obtenido por la experiencia se le llama conocimiento empírico y al que procede de la razón, conocimiento racional. Ambas son etapas o formas válidas para conocer.

Conocimiento empírico o conocimiento vulgar. En sus inicios, el hombre por observación natural comienza a ubicarse en la realidad, apoyado en el conocer que le da la experiencia de sus sentidos y guiado únicamente por su curiosidad. Este conocer inicial aprendido en la vida diaria se llama empírico, por derivar de la experiencia, y es común a cualquier ser humano que cohabite una misma circunstancia.

Conocimiento filosófico. Conforme el hombre avanza, busca conocer la naturaleza de las cosas y para entender mejor su entorno, y a él mismo, se cuestiona cada hecho aprehendido en la etapa del conocimiento empírico. Este cambio propicia una nueva forma de alcanzar el conocimiento, a la que denomina filosofía.

Conocimiento científico. El hombre sigue su avance y para mejor comprender su circunstancia explora una manera nueva de conocer. A esta perspectiva la llama investigación; su objetivo: explicar cada cosa o hecho que sucede en su alrededor para determinar los principios o leyes que gobiernan su mundo y acciones.

La investigación en enfermería es esencial para desarrollar, evaluar y expandir el conocimiento de enfermería. La investigación constituye una parte vital de la práctica clínica y por ende beneficia directamente a los usuarios.



La práctica de la atención de salud basada en evidencia es un imperativo para asegurar una atención de calidad costo efectivo y es a la vez un distintivo de la enfermería profesional.

La atención de Enfermería debe ser integral e individualizada, dirigida a la persona en sus diversas etapas de vida, desde su nacimiento hasta la muerte, ya sea a la persona sana o enferma; con énfasis en actividades preventivas promocionales.

Entre las actividades que realiza el profesional de enfermería en el seguimiento de estos casos tenemos, entrevistas, visitas domiciliarias, sesiones educativas. El Profesional de Enfermería brinda información, es decir, un proceso de comunicación interpersonal, mediante el cual se ayuda a la persona a tomar decisiones de su vida reproductiva, en forma voluntaria, consiente e informado; para obtener buenos resultados se debe considerar la confidencialidad, privacidad e información; logrando de esta forma que adopten un nivel adecuado de conocimientos y una actitud hacia práctica del aborto, es decir, lleven una vida sexual y reproductiva saludable que garantice mejorar su calidad de vida.²

Durante las últimas dos décadas, la evidencia relacionada con la salud, las tecnologías y los fundamentos lógicos de los derechos humanos, para brindar una atención segura e integral en la realización de abortos, han evolucionado ampliamente.

A pesar de estos avances, se estima que cada año se realiza 22 millones de abortos en forma insegura, lo que produce la muerte de alrededor de 47mil mujeres y discapacidades en otras 5 millones de mujeres. Casi cada una de estas muertes y discapacidades podrían haberse evitada a través de la educación sexual, la planificación familiar y el acceso al aborto inducido de forma legal y sin riesgos, y a la atención de las complicaciones del aborto.

En prácticamente todos los países desarrollados, los abortos sin riesgos se ofrecen en forma legal a requerimiento o sobre una amplia base social y económica, y es posible disponer y acceder fácilmente a los servicios en general.³

Conferencias Internacionales han acordado que la salud reproductiva de la mujer resulta clave para promover la igualdad de género y el derecho al desarrollo.

El quinto objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM), se propone reducir (año 2015) la mortalidad materna en tres cuartas partes, lo cual tiene en consecuencia una relación directa con el acceso al aborto seguro y de calidad, pues la práctica de abortos clandestinos aumenta la mortalidad materna y los riesgos para la salud de las mujeres.

La morbilidad y mortalidad maternas son preocupaciones de salud pública en los países en desarrollo y están asociadas con pobres condiciones de calidad en los servicios. De acuerdo con las estimaciones más recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (WHO, 2011) las muertes debidas a aborto inseguro, a nivel global, permanecen cerca al 13% de todas las muertes maternas. Sin embargo, las muertes relacionadas con aborto inseguro disminuyeron pasando de 47.000 en 2008, a 56.000 en 2003. No obstante, es importante aclarar que esto corresponde al descenso del número total de muertes maternas. Por tanto y pese a que el aborto inseguro es prevenible, continúa representando un riesgo excesivo para la salud y la vida de las mujeres.⁴

En América latina, unos 4 millones de mujeres ponen en riesgo sus vidas para interrumpir un embarazo no deseado en condiciones inseguras. El número de abortos inseguros pasó de 3,9 (millones) en 2003 a 4,2 en 2008 (WHO, 2011). Los abortos inseguros son realizados por proveedores que no tienen calificación y habilidades o son auto inducido.

En Brasil constituye la 3ra causa de muerte materna, en Colombia se estima que es la 2da causa, mientras que en Chile y Guyana es la principal. El



problema es que a pesar de las prohibiciones que se establecen en algunas legislaciones, se sigue practicando el aborto sin que existan las condiciones mínimas indispensables para realizarlo.⁵

En México la ley es diferente en el Distrito Federal y en el interior de la república. El Distrito Federal es el único lugar en que la interrupción del embarazo se permite bajo cualquier circunstancia siempre y cuando se cuente con menos de 12 semanas de gestación.

Mientras que en el interior se permite el aborto cuando el embarazo es producto de una violación, malformación fetal o amenazas contra la salud materna, en algunos se permite en casos de escasez de recursos económicos.⁶

En Uruguay, el aborto ha sido considerado un delito en toda circunstancia por la Ley N° 9.763 hasta el 17 de Octubre del año 2012, momento en el que se transforma en el cuarto país latinoamericano en aprobar una ley que habilita el aborto legal en los servicios de salud, cuando la mujer lo decida siempre que tenga lugar antes de las 12 semanas de gestación.⁷

En Noviembre del año 2012 se implementa en nuestro país la Ley 18.987 y su decreto reglamentario 375/12, Interrupción Voluntaria del Embarazo. Esto significa la terminación de la gestación 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 del Sistema Nacional Integral de Salud, en situaciones ya establecidas por la ley. El objetivo general de la nueva ley es disminuir la morbilidad y proteger los derechos y la salud sexual y reproductiva de las mujeres que deciden de manera voluntaria interrumpir su embarazo en las condiciones estipuladas. Los métodos amparados por la ley para llevar a cabo la interrupción voluntaria del embarazo son Métodos Médicos Farmacológicos y Quirúrgicos.⁸



En Uruguay según la Directora del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del MSP, Leticia Rieppi; a dos años de haberse promulgado la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), Uruguay logro posicionarse como uno de los países con menos abortos en el mundo, apenas superado por Irlanda y México donde las interrupciones de embarazo están prohibidas o limitadas a casos donde únicamente corra peligro la vida de la parturienta.⁹

El Hospital Universitario ubicado en la ciudad de Montevideo Uruguay, cuenta con un Primer Nivel de Atención, Policlínica Ginecológica, la cual brinda atención a unas 1.983 mujeres de 15 a 44 años en los últimos tres meses del año 2014 (Octubre-Diciembre 2014), con un promedio mensual de 661 mujeres, siendo 33 el promedio diario. Cabe destacar que un promedio de 9 mujeres por mes consultaron por IVE en dicha policlínica.¹⁰

A su vez, con la aprobación de la Ley N° 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva (1/12/2010), todas las instituciones del SNIS deben, garantizar condición para el ejercicio del derecho a la Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) de la población. Promueve políticas nacionales al respecto y establece la implementación de servicios de Salud Sexual y Reproductiva en las instituciones contando con un equipo de referencia capacitado en el área, privilegiando al primer nivel de Atención.⁸

Hacia el año 2009, un estudio desarrollado por el Observatorio del MYSU muestra que, en términos generales, los profesionales poseen un alto conocimiento de las normas y guías clínicas vigentes en Salud Sexual y Reproductiva. Sin embargo, no se puede afirmar lo mismo en las usuarias encuestadas, quienes manifiestan un alto conocimiento de algunas normas y un bajo conocimiento de otras.¹¹

Un reporte realizado en 2011 por el Ministerio de Salud pública, sobre la implementación de la Ley N° 18.426 en los servicios de SNIS se concluye que, los servicios no han sido suficientemente difundidos, ni dentro de las instituciones, ni hacia la población usuaria; que los Equipos Coordinadores de

Referencia (ECR) de los servicios de SSyR no están constituidos en todas las instituciones ni cuentan con la integración, dedicación y capacitación para el cumplimiento de las tareas definidas por el MSP; y que estos equipos presentan debilidades para el desarrollo de la función de gestión que favorezca la incorporación de las prestaciones en salud sexual y reproductiva en las instituciones de salud .¹²

El MSP realizó el primer balance a un año de la implementación de IVE entre diciembre de 2012- noviembre 2013 presentó datos oficiales mostrando que se reportaron 556 abortos legales mensuales, sin que se registre mortalidad materna ni complicaciones de salud por esa causa. Se reportaron un total de 6.676 abortos realizados en todo el país al amparo de la Ley 18.897.

Los datos muestran que 41% de los abortos fueron realizados en el sector público y el 59% en el privado; 64% correspondieron a Montevideo y 36% al resto del país, 82% de los abortos fueron de mujeres mayores de 19 años de edad. De las mujeres que transitaron el proceso para acceder al aborto legal, entre 6,3% decidieron continuar con el embarazo. Con estos datos resulta que la tasa de aborto es de 9 de cada 1.000 mujeres de 15 a 44 años practicaron el IVE legalmente.¹³

El derecho al aborto legal y seguro se encuentra respaldado por las garantías a la vida, a la salud, a la autodeterminación reproductiva, y a vivir una vida libre de discriminación (Centro de Derechos Reproductivos/CRR, 2008). Es así como en el ámbito internacional de derechos humanos se han establecido estándares sobre reconocimiento, acceso, protección y garantía del aborto basados en el respeto de los derechos humanos de las mujeres.¹⁴

La despenalización representa un paso más en el esfuerzo por disminuir la mortalidad materna provocada por el aborto inseguro y es imprescindible para contrarrestar la injusticia social que implica esta práctica. Además de ser un importante reconocimiento a la libertad reproductiva de las mujeres y sus derechos fundamentales.⁸

Para llevar a cabo el procedimiento de IVE depende de la situación y de la edad gestacional en la que se encuentre la usuaria al momento de la consulta, esto hace referencia a la duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional, expresada en semanas.

En la primera consulta médica donde la usuaria expresa verbalmente la voluntad de interrumpir su embarazo se deben de evaluar los requisitos básicos para habilitar la IVE (expresión de voluntad de la mujer, la edad gestacional por FUM dentro de los plazos y la condición de ciudadanía). En caso de contar con los requisitos el médico debe de solicitar ecografía, grupo sanguíneo y RH. Luego coordinar y derivar con estos resultados al equipo interdisciplinario.

Es importante saber la edad, el estado civil, el nivel académico y la ocupación de la usuaria para brindar asesoramiento eficaz y eficiente sobre el tema. Existen dos métodos amparados por la ley que son procedimientos clínicos seguros y efectivos utilizados para finalizar un embarazo no deseado voluntariamente. Luego de realizado el asesoramiento a la usuaria por el equipo interdisciplinario se le otorgan no menos de 5 días para que realice un periodo de reflexión, tiempo otorgado a la mujer para decidir si va a interrumpir el embarazo voluntariamente o continuara con el mismo. En la siguiente consulta la mujer expresa su decisión de seguir con el procedimiento de IVE o continuar con el embarazo. Si la decisión es continuar con la IVE el medico procede a corroborar los datos, llenar los formularios correspondientes, hacer firmar el consentimiento informado, asesorar sobre el procedimiento a seguir y continuar con el mismo. Luego de realizado el procedimiento se debe de tener un post control esto es una consulta de la mujer con el médico para asegurar la eficacia del procedimiento, para valorar estado de salud/enfermedad se debe de realizar a partir del séptimo día de interrumpido voluntariamente el embarazo.

En caso que el medico lo considere necesario se puede acceder a internación en un centro de salud para recibir tratamiento médico específico.

Los detalles del procedimiento a nivel de los servicios se describen en el Manual de Procedimientos para el manejo sanitario de la IVE; población objetivo, procedimiento en las consultas, métodos de interrupción voluntaria del embarazo, seguimiento después del IVE, entre otros.⁸

Se le da particular importancia a la salud de la mujer pensada desde un enfoque de género que la priorice por encima de su rol al servicio de la familia. Promoviendo un enfoque sanitario y social de la problemática.

“Según la literatura disponible a nivel nacional y regional, las transformaciones en las pautas reproductivas están relacionadas con los grupos sociales en función, entre otros factores, del nivel socio-económico y educativo”.¹²

“El proceso de la reproducción humana tiene implicaciones para el individuo, las familias y los pueblos, y está muy relacionado con el nivel socioeconómico y la cultura de los diferentes países. El mejor momento para tener un hijo supone una salud reproductiva que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción”.¹⁵

“El estado de gravidez provoca una serie de cambios físicos y psicológicos, y sitúa a las mujeres embarazadas en una condición de mayor vulnerabilidad. En el período de embarazo, esta situación se agudiza si la mujer cuenta, además, con condiciones socialmente desventajosas como la pobreza, el desempleo y la falta de apoyo de una red familiar y social”.¹⁶

El embarazo no deseado es una situación de alta vulnerabilidad que expone a la mujer, y eventualmente a su familia, a sufrir daños: físicos, psicológico, sociales y legales.

“La OMS define el aborto como la Interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno”.¹⁷

“Abortar voluntariamente es decidir no ser madre en ese momento. Por lo que estamos analizando la autonomía, la primera estructura de una mujer que

decide abortar debe saber que ella en tanto persona puede decidir sobre su maternidad”.¹⁸

Se identifican un conjunto de significaciones asociados al aborto: asesinato y acto de desamor, un acto antinatural, mal necesario producto del descuido y la irresponsabilidad, acto de libertad y un derecho. El aborto como acto de libertad de las personas a decidir sobre sus vidas y sus cuerpos fue evidenciado en el relato de las mujeres y también en algunos varones de distintas edades y niveles educativos. Al colocar a la mujer en tanto sujeto de derechos en el centro de la escena, estos significados cuestionan que sean otros los “intermediarios de verdad” (jueces, médicos, religiosos, familiares) quienes tengan el poder y las potestades de definir si ese aborto es aceptable o no. Esta concepción del aborto como un acto de libertad podría denominarse como contracultural, en el sentido de contravenir las representaciones sociales dominantes.¹⁹

“El derecho es un conjunto de principios y normas, expresivos de una idea de justicia y de orden, que regulan las relaciones humanas de toda sociedad y cuya observancia puede ser impuesta de manera coactiva”.²⁰

Se concibe a la salud como un derecho humano, donde se hace necesario dar respuestas a los determinantes sociales y políticos que la condicionan. El derecho a la salud involucra el compromiso individual y colectivo de los individuos, así como la responsabilidad de los Estados y de otros actores para garantizar el cumplimiento de este derecho.²¹

Se hace necesario conocer que existen los derechos reproductivos, derecho básico de toda pareja y de toda persona de decidir libre y responsablemente sobre el número, el espaciamiento y la oportunidad de tener hijos/as y de tener la información y los medios de hacerlo gozando del más elevado patrón de salud sexual y reproductiva.

También en el caso de la salud sexual y reproductiva el ejercicio de derechos para su cumplimiento, involucra la responsabilidad individual de las personas



para el autocuidado y la de los Estados en generar las condiciones sociales y las condiciones políticas necesarias. Implica un cambio de paradigma en los campos de la sexualidad y la reproducción, entendiendo que esto se encuentra en un cruce de caminos entre lo íntimo-personal (privado) y lo público- social. Esta dicotomía continúa siendo una de las dificultades en la promoción y defensa de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.²²

Garantizar derechos implica entre otras cosas disminuir la brecha que existe en el estado de salud de las personas, en el acceso a la atención, a ambientes saludables y en el trato que reciben en los sistemas de servicios sociales y de salud. La gente debe de ser capaz de corregir las inequidades mediante el ejercicio de los derechos morales y legales para exigir salud y otros bienes de carácter social. Cuando se dice que la equidad es el valor central de un Sistema de Salud basado en APS, lo que se intenta conseguir es que las políticas y programas de salud estén orientadas hacia la consecución de la equidad.²¹

El Enfoque de Género, permitió focalizar el papel de la salud como criterio de equidad entre los sexos. El análisis de la distribución de funciones sociales según sea mujer u hombre, es uno de los puntos claves en la perspectiva de género. El enfoque de Género, salud y desarrollo procura identificar y modificar las causas que estructuran las relaciones de poder y que colocan a las mujeres en una posición de subordinación incidiendo en el acceso y control de los recursos de la salud para su propio beneficio. El enfoque concibe a la mujer como un ser integral, que demanda ser “mirada” desde la integralidad, favoreciendo su fortalecimiento como sujeto de derecho (autonomía y empoderamiento).²³

Se entiende por **salud** reproductiva un estado general de bienestar físico, mental y social. La capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo.²²



La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento, tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. La planificación familiar permite a las personas espaciar los embarazos y posponerlos. También puede evitar el embarazo de las mujeres de edad, que tienen mayores riesgos. Permite además que las mujeres decidan el número de hijos que desean tener y determinar el intervalo. Al reducir la tasa de embarazos no deseados, la planificación familiar también disminuye la necesidad de efectuar abortos peligrosos

La planificación familiar permite que las personas tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva. Brinda además la oportunidad de que las mujeres mejoren su educación y puedan participar más en la vida pública, en especial bajo la forma de empleo remunerado en empresas que no sean de carácter familiar.

Es importante que los servicios de planificación familiar estén ampliamente disponibles y sean de fácil acceso, por medio de Enfermeras y otros agentes de salud capacitados, para toda persona sexualmente activa.²⁴



OBJETIVO GENERAL

- Conocer la información que poseen las mujeres en edad fértil, sobre la interrupción voluntaria del embarazo que concurren a la Policlínica de Ginecología, Primer Nivel de Atención del Hospital Universitario.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar a la población encuestada según variables, edad, nivel académico, ocupación y número de hijos.
- Determinar el conocimiento que poseen las mujeres sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo.



METODOLOGIA

Se trata de una investigación cuantitativa que presenta un diseño descriptivo de corte transversal, en base a un muestreo Intencional.

El **universo** de estudio estará compuesto por todas las usuarias en edad fértil de 15 a 44 años de edad, que acudan a la policlínica Ginecológica de Primer Nivel de Atención, del Hospital Universitario de lunes a viernes de 8:00 a 12:00 horas.

La **muestra**, estará conformada por 150 usuarias que asistan a consulta en la policlínica Ginecológica del Hospital Universitario de lunes a viernes de 8 a 12 horas, en el periodo comprendido entre el lunes 25 de Mayo al viernes 5 de Junio, que cumplan los requisitos de inclusión.

Criterios de inclusión de la muestra:

- Usuarías que asisten a la policlínica Ginecológica del Hospital Universitario, del Primer Nivel de Atención.
- Usuarías entre 15 y 44 años de edad.
- Usuarías que acepten verbalmente ser encuestadas y completar la misma.

Criterios de Exclusión de la muestra:

- Usuarías menores de 15 años y mayores de 44 años.
- Usuarías que se nieguen a participar de la encuesta.
- Mujeres que no sean usuarias de la policlínica.



Procedimiento para la recolección de datos.

Para acceder a la recolección de datos se presentara una carta autorizada por la docente tutora de la Facultad de Enfermería, la cual será dirigida a Dirección del Hospital Universitario y otra al Departamento de Educación, con la finalidad de obtener autorización para realizar las encuestas a las usuarias que se encuentren en sala de espera de la Policlínica Ginecológica de Atención Primaria en Salud, Centro Universitario (Ver anexo 2).

La recolección de datos se llevara a cabo mediante un cuestionario, compuesto por 21 preguntas cerradas con su instructivo correspondiente, que se le entregaran impresas a cada usuaria, teniendo una duración estimada de 10 minutos para su correcto y completo llenado (ver anexo 1).

El instrumento utilizado para la recolección de datos es elaborado especialmente para el presente estudio. Antes de aplicarse el cuestionario se asegurara la uniformidad en la recolección de datos, teniendo en cuenta que cada encuestado cumpla con los criterios de inclusión.

Para la confiabilidad del instrumento se realizará una prueba piloto, en la misma Institución. La prueba se llevará a cabo el día 22 de Mayo y estará compuesta por 25 personas, quienes no formaran parte de la muestra para la presente Investigación.



Plan de Análisis de los resultados:

Obtenidos los datos, serán ordenados y tabulados en Microsoft office, Excel 2010 donde se graficarán.

Cada tabla de variable contendrá la descripción de los datos obtenidos, la distribución por Frecuencia Relativa Porcentual y Frecuencia Absoluta.

Luego de obtenidas estas cifras se procederá a realizar las gráficas según su clasificación serán de tipo grafica de barras, sectorial o histograma.

Se realizara un análisis de estadística descriptiva para cada variable, según predominio de cada frecuencia.

Se medirá el conocimiento de cada participante a través de una escala de medida creada por las investigadoras. Se le asignara un valor de 0 puntos aquellas respuestas incorrectas o que no sabe responder; y 1 punto a las respuestas correctas. Siendo el valor máximo positivo 14 puntos.

Cabe destacar que cada una de las 14 preguntas tiene el mismo valor 0 ó 1 punto.

Escala de medida:

- 🌐 Tiene conocimiento sobre el tema: 11 a 14 preguntas correctas.
- 🌐 Tiene escaso conocimiento sobre el tema: 7- 10 preguntas correctas.
- 🌐 No tiene conocimiento sobre el tema: 0 – 6 preguntas correctas.



Presentación de variables del objeto de estudio y su medición.

■ Edad:

Definición conceptual: Tiempo cronológico transcurrido en años a partir del nacimiento de un individuo.

Clasificación: cuantitativa.

Escala de medida: continua

Categorías: 15 -20

21 – 26

27 – 32

33 – 38

39 - 44

Representación Gráfica: histograma

■ Estado civil:

Definición conceptual: Situación de pareja en que se encuentra el individuo.

Clasificación: cualitativa

Escala de medida: Nominal

Categorías: Soltera.

Casada.

Unión libre.

Viuda.

Divorciada.

Representación Gráfica: grafico sectorial



🎬 Nivel Académico

Definición conceptual: Nivel máximo alcanzado por la usuaria en educación formal.

Clasificación: cualitativa

Escala de medida: ordinal

Categorías: Analfabeto.

Primaria completa.

Primaria incompleta.

Secundaria completa.

Secundaria incompleta.

Otros.

Representación Gráfica: grafico sectorial

🎬 Ocupación.

Definición conceptual: Situación de dependencia laboral y/o económica que posee la usuaria

Clasificación: cualitativa

Escala de medida: nominal

Categorías: Ama de casa.

Estudiante.

Desocupada.



Trabajo formal.

Trabajo informal.

Representación Gráfica: grafico sectorial

🎬 **Número de hijos nacidos vivos.**

Definición conceptual: Numero de gestas previas que como resultado se obtuvo un recién nacido vivo.

Clasificación: cuantitativa

Escala de medida: discreta.

Categorías: 1 a 3.

4 a 6.

Más de 6.

Representación Gráfica: grafico sectorial

🎬 **Información**

Definición conceptual: Grupo de datos ya supervisados y ordenados, que sirven para construir un mensaje basado en cierto fenómeno o ente.

Clasificación: cualitativa.

Escala de medida: nominal.

Categorías: Si.

No.

No sabe.



Representación Gráfica: grafico sectorial

🎬 **Fuentes de Información.**

Definición conceptual: Son todos los recursos que contienen datos formales, informales, escritos, orales o multimedia.

Clasificación: cualitativa.

Escala de medida: nominal.

Categorías: Televisión.

Internet.

Libros, revistas, folletería

Centros de Salud.

Otros.

Representación Gráfica: grafico sectorial

🎬 **Existencia de una Ley.**

Definición conceptual: Existencia de una regla o norma establecida por las autoridades competentes, la cual conlleva una sanción en caso de incumplimiento.

Clasificación: cualitativa.

Escala de medida: nominal

Categorías: Si

No

No sabe



Representación gráfica: grafico sectorial.

Derecho

Definición conceptual: Conjunto de principios y normas, expresivos de una idea de justicia y de orden, que regulan las relaciones humanas de toda sociedad y cuya observancia puede ser impuesta de manera coactiva.

Clasificación: cualitativa.

Escala de medida: nominal.

Categorías: Si es un derecho.

No es un derecho.

No sabe si es un derecho.

Representación Gráfica: grafico sectorial

Edad gestacional.

Definición conceptual: Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional, expresada en semanas.

Clasificación: cuantitativa.

Escala de medida: discreta.

Categorías: Hasta 10 semanas de gestación.

Hasta 12 semanas de gestación.

Hasta 15 semanas de gestación.

No hay límites.



No sabe.

Representación Gráfica: grafico sectorial

Periodo de reflexión.

Definición conceptual: Tiempo otorgado a la mujer para decidir si va a interrumpir el embarazo voluntariamente o continuara con el mismo.

Clasificación: cuantitativa

Escala de medida: discreta.

Categorías: 2 días.

5 días.

10 días.

No hay tiempo de reflexión.

No sabe.

Representación Gráfica: grafico de barra.

Internación en un centro de salud.

Definición conceptual: Ingreso a un centro o institución médica para recibir tratamiento médico específico.

Clasificación: cualitativa.

Escala de medida: nominal.

Categorías: Si.

No.



No sabe

Representación Gráfica: grafico sectorial

■ **Mayoría de Edad.**

Definición conceptual: plena capacidad de obrar de una persona y se obtiene al alcanzar una edad establecida por los ordenamientos jurídicos aplicables.

Clasificación: cualitativa.

Escala de medida: nominal

Categorías: Si

No

No sabe

Representación Gráfica: grafico sectorial

■ **Decisión:**

Definición conceptual: resolución o determinación que se toma respecto a algo. Proceso que consiste en realizar una elección entre diversas alternativas.

Clasificación: cualitativo.

Escala de medida: nominal

Categorías: Se realiza el IVE en la primera consulta.

- Se debe pasar por diferentes etapas previas a la realización.
- Ninguna es correcta.
- No sabe



Representación Gráfica: grafico sectorial

■ **Acuerdo de pareja:**

Definición conceptual: serie de responsabilidades que con el paso del tiempo y la distinta circunstancia no debería ser violado por ninguna de las partes.

Clasificación: cualitativa.

Escala de medida: nominal.

Categorías: Si

No

No sabe.

Representación Gráfica: grafico sectorial.

■ **Abono de ticket:**

Definición conceptual: pago en efectivo de ticket, para solicitar en Centro de salud el procedimiento de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Clasificación: cuantitativa

Escala de medida: discreta

Categorías: De \$150

Mayor o menor de \$150

No tiene costo

No sabe



Representación gráfica: sectorial

■ **Utilización de método farmacológico**

Definición Conceptual: Empleo de medicación vía oral, indicada por un médico.

Clasificación: Cualitativa

Escala de Medida: Nominal.

Categorías: Verdadero

Falso

No sabe.

Representación Gráfica: grafico sectorial.

■ **Composición del equipo interdisciplinario**

Definición conceptual: conjunto de personas que organizadas y relacionadas de forma que estratégicamente interactúen entre sí para lograr un objetivo en común.

Clasificación: cualitativa

Escala de Medida: nominal.

Categorías: Un ginecólogo, 1 profesional del área social, y 1 profesional del área de la salud psíquica

Una Partera, Ginecólogo y Auxiliar de Enfermera.

Ginecólogo, partera, y 1 profesional del área social

No existe equipo interdisciplinario.

No sabe



Representación gráfica: grafico sectorial.

Pase de médico.

Definición conceptual: Es el documento donde se refleja el tratamiento prescrito por el médico de cualquier especialidad.

Clasificación: cualitativa

Escala de Medida: nominal.

Categorías: Si

No

No sabe

Representación gráfica: grafico sectorial.

Registro en Historia Clínica.

Definición conceptual: reflejo de todas las actuaciones médico-sanitarias con el paciente, de toda la relación profesional sanitario-paciente y de todos los conocimientos, medios y actuaciones médicas que se ponen a disposición de la misa.

Clasificación: Cualitativa

Escala de Medida: nominal.

Categorías: Se registra como una consulta Habitual de la paciente.

Se registra como una consulta confidencial.

No queda registro de la consulta en la Historia Clínica.

No sabe cómo es el registro del procedimiento



Representación gráfica: grafico sectorial.

Asesoramiento

Definición conceptual: sistema de ayuda interpersonal, destinado a identificar y crear procesos de pensamientos, sentimiento y acción que resultan contraproducentes de algún modo o que deben mejorarse. Se establecen objetivos, que permitirán a la formación de métodos positivos de desarrollo y que permitirán superar obstáculos.

Clasificación: cualitativa.

Escala de medida: nominal

Categorías: Si

No

No sabe

Representación gráfica: grafico sectorial.

Recursos Necesarios:

Recursos Humano: El trabajo de Investigación será realizado por cinco estudiantes de Licenciatura de Enfermería, pertenecientes a la Facultad de Enfermería, bajo la tutoría de 1 Licenciada de Enfermería, correspondiente a la cátedra Materno Infantil.

Recurso Institucional: Es considerada la Policlínica Ginecológica del Hospital de Clínicas, como centro de referencia para la obtención de los datos necesarios para la ejecución de la investigación.

Recursos Financieros: la financiación del proyecto provendrá de las cinco estudiantes.

Recursos Materiales:

<u>Rubro</u>	<u>Cantidad</u>	<u>Detalle</u>	<u>Total</u>
EQUIPOS			
■ Computadoras	3	Propiedad de Integrantes.	\$0
■ Impresoras	3		\$0
■ Llamadas telefónicas y acceso a internet			\$500
MATERIALES			
■ Fotocopias	750	\$1c/u	\$750
■ Lapiceras	5	\$7	\$35
■ Encuadernación	4	\$300	\$1200
■ Hojas	500	1 paquete	\$250
■ Carpetas	\$50	\$50	\$50
LOCOMOCION			
■ Boletos Urbanos	50	\$25 c/u	\$1250
■ Boletos interdepartamentales		Boletos ida y vuelta	
-Florida	14	\$150 c/u	\$2.100
-Mercedes	14	\$500 c/u	\$7.000
-Canelones	14	\$142 c/u	\$1988
<u>Total</u>			<u>\$15123</u>



Costo y presupuesto:

Para la realización de la presente investigación, se estiman los recursos necesarios para cubrir gastos de transporte y viáticos de los estudiantes, así como también para la compra de los materiales de papelería, material bibliográfico, material de impresión, horas de internet y gastos para encuadernación, estimando un costo aproximado total de \$15.123.



ANEXO N°2

CARTA DE AUTORIZACION



Montevideo 19 de mayo de 2015

Jefa del Departamento de Educación

Licenciada en Enfermería Miriam Gorrasi

Por la presente, un grupo de 5 estudiantes de la Facultad de Enfermería, realizando la Tesis final correspondiente a la Cátedra Materno Infantil, nos dirigimos a usted para solicitar autorización para la aplicación del Instrumento de Investigación cuyo tema es *“Conocimiento que poseen las mujeres sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo.”* El mismo consistirá en una serie de preguntas dirigidas a aquellas mujeres que se encuentren en sala de espera de la policlínica Ginecológica del Hospital Universitario y acepten participar de la misma

Se adjunta a la misma una copia del protocolo de investigación.

Agradecemos vuestra gentileza y una respuesta a la brevedad.

Saluda atentamente, grupo de estudiantes de tesis y tutora de la misma.

Tutora: Prof Adj:Luciana Piccardo.

Bachiller. Bares Jimena 4.993.192-7.

Bachiller. Collazo Virginia 4339953-7.

Bachiller. López María Julia 5.277.535-8.

Bachiller. Mussio María Inés 4.107.376-1.

Bachiller. Simoncelli Andrea 3.311.567-6

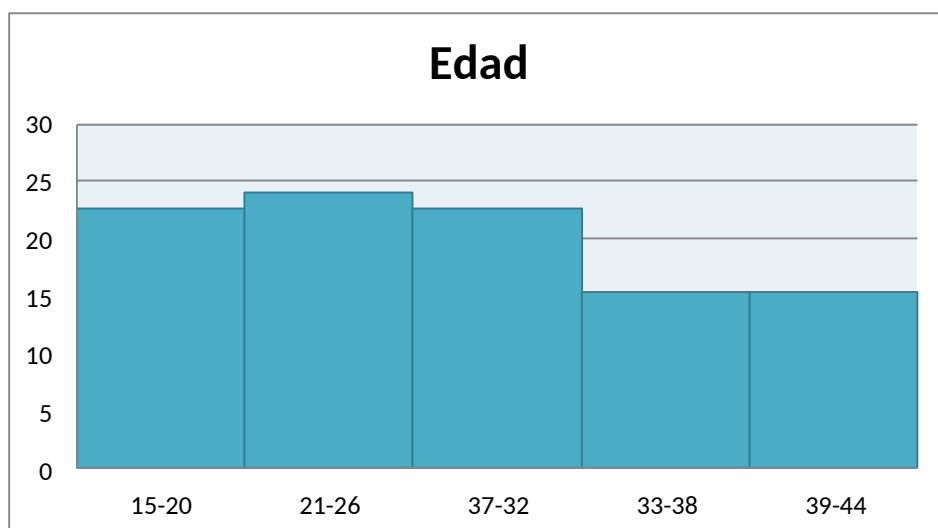
ANEXO N°3

TABUALACION Y GRAFICOS

RESULTADOS Y GRAFICAS.

Tabla N°1: Distribución de la población según edad.

Edad	FA	FR%
15-20	34	22,70%
21-26	36	24%
27-32	34	22,70%
33-38	23	15,30%
39-44	23	15,30%
Total	150	100%



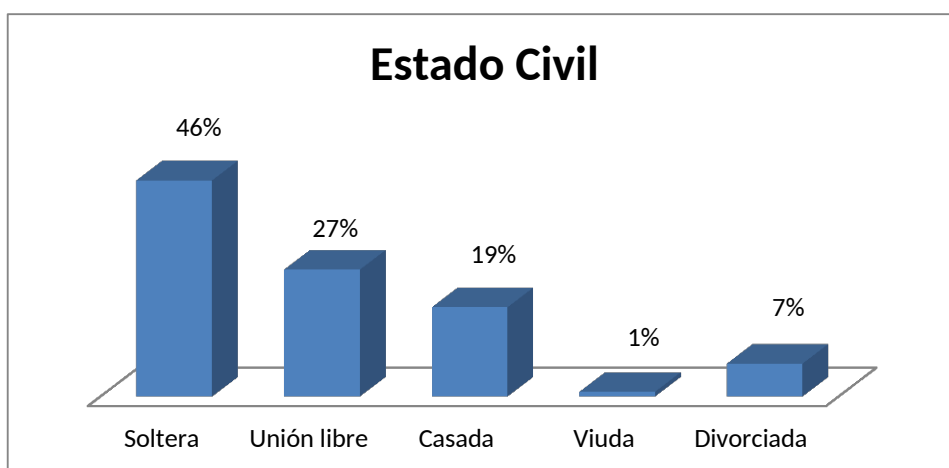
Fuente de información: encuestas realizadas en el periodo 25 de mayo al 5 de Junio, a mujeres entre 15 y 44 años de edad, en policlínica Ginecológica del Hospital Universitario.

Según la OMS se considera entre 15 – 44 años de edad el período fértil de las mujeres.

En relación a la edad, predomina el rango etario entre 21-26 años con el 24%, seguido de un 22.7% entre 15 a 20 años, y 27 a 32 años.

Tabla N°2: Distribución de la población según Estado Civil.

Estado Civil	FA	FR%
Soltera	69	46%
Unión libre	40	27%
Casada	29	19%
Viuda	2	1%
Divorciada	10	7%
Total	150	100%

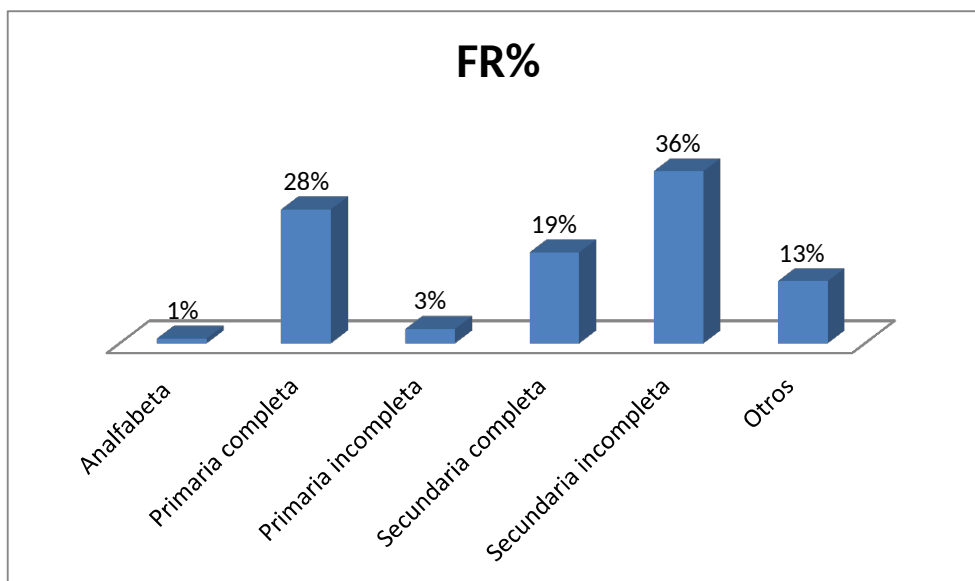


Fuente de información: encuestas realizadas en el periodo 25 de mayo al 5 de Junio, a mujeres entre 15 y 44 años de edad, en policlínica Ginecológica del Hospital Universitario

En cuanto al estado civil predomina con un 46% la mujer soltera, seguido por un 27% en unión libre.

Tabla N°3: Distribución de la población según nivel de instrucción

Nivel académico	FA	FR%
Analfabeta	1	1%
Primaria completa	42	28%
Primaria incompleta	5	3%
Secundaria completa	29	19%
Secundaria incompleta	53	36%
Otros	20	13%
Total	150	100%



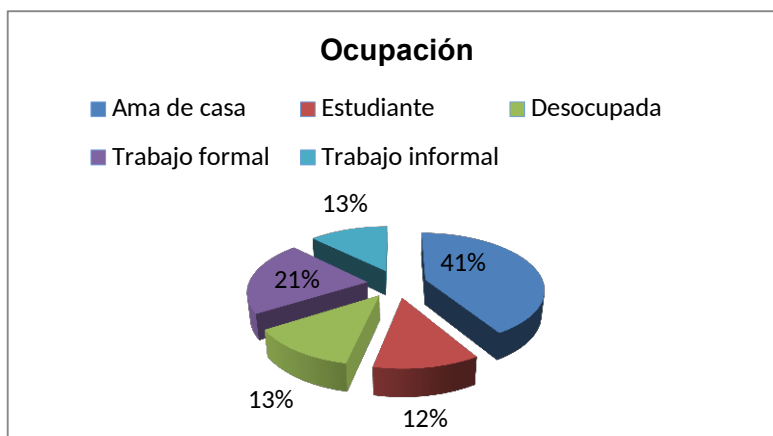
Fuente de información: encuestas realizadas en el periodo 25 de mayo al 5 de Junio, a mujeres entre 15 y 44 años de edad, en policlínica Ginecológica del Hospital Universitario.

El nivel de instrucción se debe de tener en cuenta a la hora de abordar la misma, utilizando un vocabulario sencillo ante la implementación de un plan de acción.

Del nivel de instrucción podemos decir que el 36% presenta secundaria incompleta, un 28% primaria completa y un 19% secundaria completa.

Tabla N°4: Distribución de la población según Ocupación.

Ocupación	FA	FR%
Ama de casa	62	41%
Estudiante	18	12%
Desocupada	19	13%
Trabajo formal	32	21%
Trabajo informal	19	13%
Total	150	100%



Fuente de información: encuestas realizadas en el periodo 25 de mayo al 5 de Junio, a mujeres entre 15 y 44 años de edad, en policlínica Ginecológica del Hospital Universitario

En cuanto a la ocupación el 41% corresponde a ama de casa, 21% refiere tener trabajo formal y un 13% trabajo informal y desocupada.

Tabla N° 5: distribución de la población según el número de hijos nacidos vivos.

Número de hijos nacidos vivos	FA	FR%
1 a 3	84	82%
4 a 6	16	16%
Más de 6	2	2%
Total	102	100%



Fuente de información: encuestas realizadas en el periodo 25 de mayo al 5 de Junio, a mujeres entre 15 y 44 años de edad, en policlínica Ginecológica del Hospital Universitario

Es la variable por excelencia de la fecundidad y refiere el número de hijos nacidos vivos que hayan tenido las mujeres a lo largo de su vida reproductiva.

En cuanto al número de hijos nacidos vivos, el 82% de las usuarias refiere tener entre 1 y 3 hijos, y un 16% entre 4 y 6.

Tabla N°6: Distribución de la población según si considera tener conocimiento sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Conocimiento	FA	FR%
Si	106	70%
No	28	19%
No sabe	16	11%
Total	150	100%



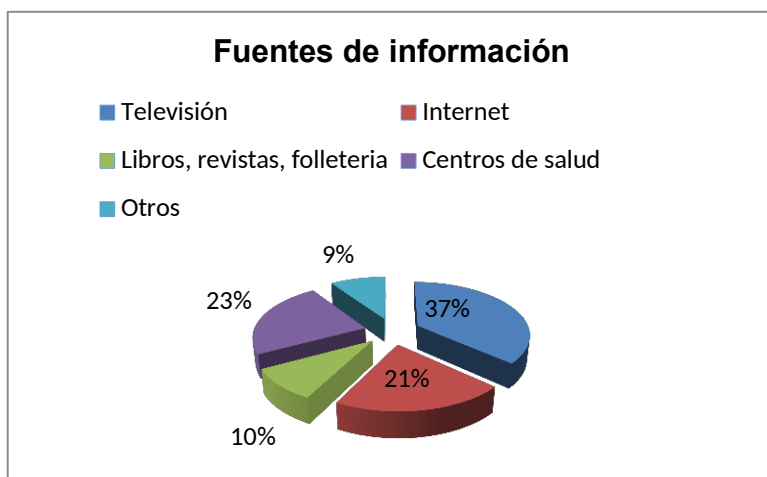
Fuente de información: encuestas realizadas en el periodo 25 de mayo al 5 de Junio, a mujeres entre 15 y 44 años de edad, en policlínica Ginecológica del Hospital Universitario.

De 150 usuarias encuestadas el 71% considera tener conocimiento sobre IVE, y un 19% considera no tenerlo.

Tabla N°7: Distribución de la población según su fuente de información.

Fuente de información	FA	FR%
Televisión	58	37%
Internet	33	21%
Libros, revistas, folletería	15	10%
Centros de salud	37	23%
Otros	15	9%

Total	158	100%
--------------	------------	-------------



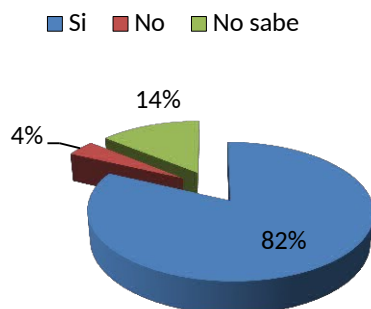
Fuente de información: encuestas realizadas en el periodo 25 de mayo al 5 de Junio, a mujeres entre 15 y 44 años de edad, en policlínica Ginecológica del Hospital Universitario.

La fuente de información más predominante es la televisión con el 37%, seguido de un 23% correspondiente a centros de salud, y un 21% a Internet.

Tabla N°8: Distribución de la población según si existe una ley sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Existe una ley	FA	FR%
Si	123	82%
No	6	4%
No sabe	21	14%
Total	150	100%

¿Existe una ley sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo?



Fuente de información: encuestas realizadas en el periodo 25 de mayo al 5 de Junio, a mujeres entre 15 y 44 años de edad, en policlínica Ginecológica del Hospital Universitario.

Se despenaliza el aborto en las condiciones establecidas por la Ley 18897, toda mujer tiene derecho a recibir asistencia al respecto. El conocimiento de la Ley es fundamental para acceder en tiempo y forma al servicio de Salud.

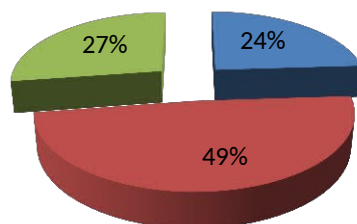
El 82% de las usuarias encuestadas conoce la existencia de una ley que ampara la Interrupción Voluntaria del Embarazo, en cuanto el 14% refiere desconocer la existencia de dicha ley.

Tabla N° 9: Distribución de la población según, si considera que solo se podrá realizar Interrupción Voluntaria del Embarazo todas las mujeres mayores de edad.

Mayoría de Edad	FA	FR%
Si	36	24%
No	73	49%
No sabe	41	27%
Total	160	100%

Solo se podra realizar Interrupcion Voluntaria del Embarazo toda mujer mayor de edad

■ Si ■ No ■ No sabe



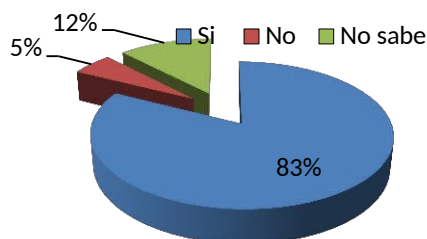
Fuente de información: encuestas realizadas en el periodo 25 de mayo al 5 de Junio, a mujeres entre 15 y 44 años de edad, en policlínica Ginecológica del Hospital Universitario.

Un 49% de las usuarias considera que no es necesario ser mayor de edad para realizar la interrupción voluntaria del embarazo según la ley y un 27% refiere no saber.

Tabla N°10: Distribución de la población según, si sabe que la Interrupción Voluntaria del embarazo es un derecho de la mujer.

Derecho	FA	FR%
Si	122	83%
No	8	5%
No sabe	18	12%
Total	150	100%

La Interrupcion Voluntaria del Embarazo es un derecho de la mujer.

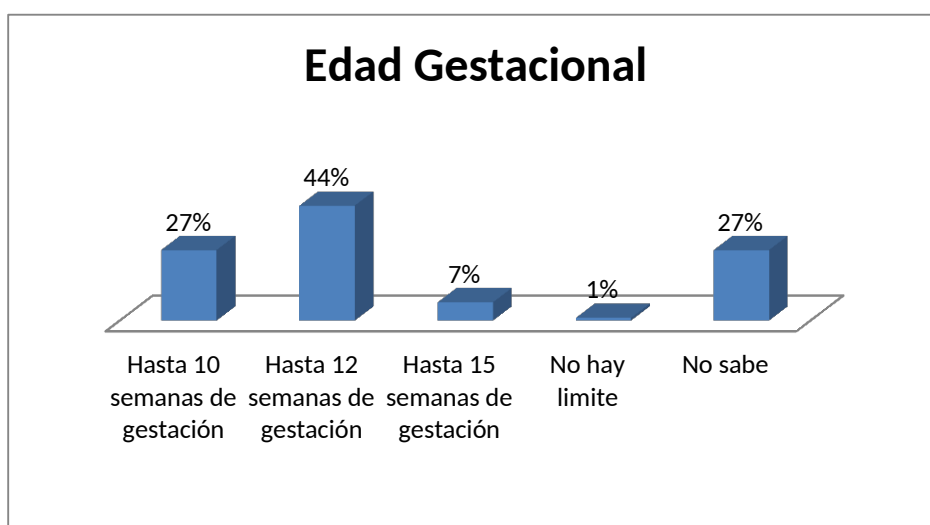


Fuente de información: encuestas realizadas en el periodo 25 de mayo al 5 de Junio, a mujeres entre 15 y 44 años de edad, en policlínica Ginecológica del Hospital Universitario.

El 83% de las encuestadas refiere que la interrupción voluntaria del embarazo es un derecho de la mujer.

Tabla N°11: Distribución de la población según conocimiento sobre límite legal en cuanto a la edad gestacional para realizar interrupción voluntaria del embarazo

Edad gestacional	FA	FR%
Hasta 10 semanas de gestación	31	27%
Hasta 12 semanas de gestación	66	44%
Hasta 15 semanas de gestación	11	7%
No hay limite	2	1%
No sabe	40	27%
Total	150	100%



Fuente de información: encuestas realizadas en el periodo 25 de mayo al 5 de Junio, a mujeres entre 15 y 44 años de edad, en policlínica Ginecológica del Hospital Universitario.

Es considerado uno de los requisitos fundamentales para poder realizarse la Interrupción Voluntaria del Embarazo, dentro de los límites legales, es importante que las mujeres conozcan este.

El 44% conoce que el límite legal para realizar el IVE es hasta 12 semanas de gestación, el 27% de las mujeres refiere no saber.

Tabla N° 12: Distribución de la población según si se necesita la aprobación de la pareja para interrumpir voluntariamente el embarazo

Aprobación de la pareja	FA	FR%
Si	49	33%
No	65	43%
No lo sabe	36	24%
Total	150	100%



Fuente de información: encuestas realizadas en el periodo 25 de mayo al 5 de Junio, a mujeres entre 15 y 44 años de edad, en policlínica Ginecológica del Hospital Universitario.

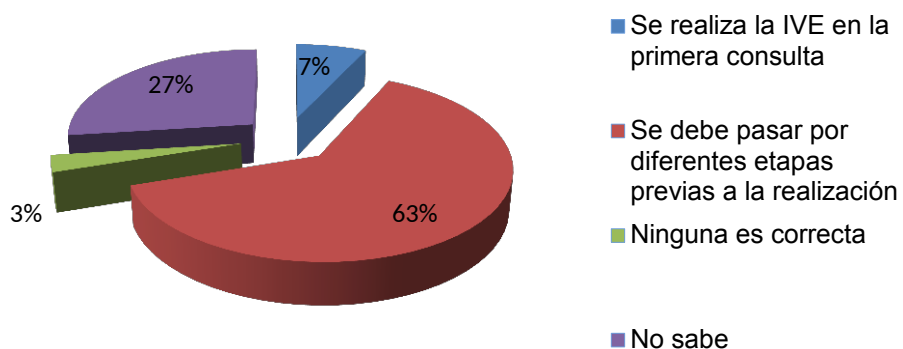
Las mujeres tienen el derecho y la autonomía de decidir libre y responsablemente sobre su fecundidad.

El 43% de las usuarias considera que no es necesaria la aprobación de la pareja para la realización del IVE, mientras que el 33% considera que si es necesaria.

Tabla N° 13: Distribución de la población según si conoce los pasos a seguir luego de primera consulta

Etapas IVE	FA	FR%
Se realiza IVE en la primer consulta	11	7%
Se debe pasar por diferentes etapas	94	63%
Ninguna es correcta	5	3%
No sabe	40	27%
Total	150	100%

Una vez expresada verbalmente al profesional de la salud la decisión de IVE voluntariamente



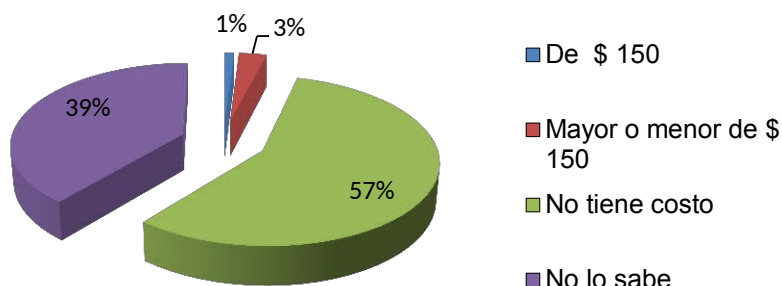
Fuente de información: encuestas realizadas en el periodo 25 de mayo al 5 de Junio, a mujeres entre 15 y 44 años de edad, en policlínica Ginecológica del Hospital Universitario.

El 63% conoce que deben de pasar por diferentes etapas previas a la realización de IVE, mientras que el 27% refiere no saber.

Tabla N° 14: Distribución de la población según conocimiento sobre valor económico del procedimiento.

Costo de procedimiento	FA	FR%
De \$150	2	1%
Mayor o menor de \$150	4	3%
No tiene costo	85	57%
No lo sabe	59	39%
Total	150	100%

Para solicitar en un Centro de Salud la IVE se debe de abonar un ticket



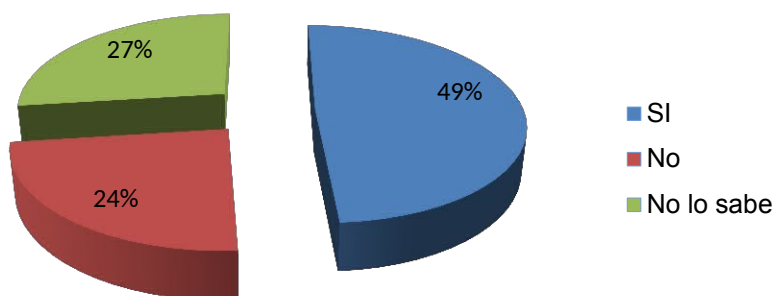
Fuente de información: encuestas realizadas en el periodo 25 de mayo al 5 de Junio, a mujeres entre 15 y 44 años de edad, en policlínica Ginecológica del Hospital Universitario.

El 57% de las usuarias conoce que es un procedimiento gratuito, mientras que el 39% refiere no saber si tiene costo o no.

Tabla N° 15: Distribución de la población según necesidad de internación para realización de IVE

Internación	FA	FR%
Si	74	49%
No	36	24%
No lo sabe	40	27%
Total	150	100%

Para IVE siempre es necesaria la internación en un Centro de Salud



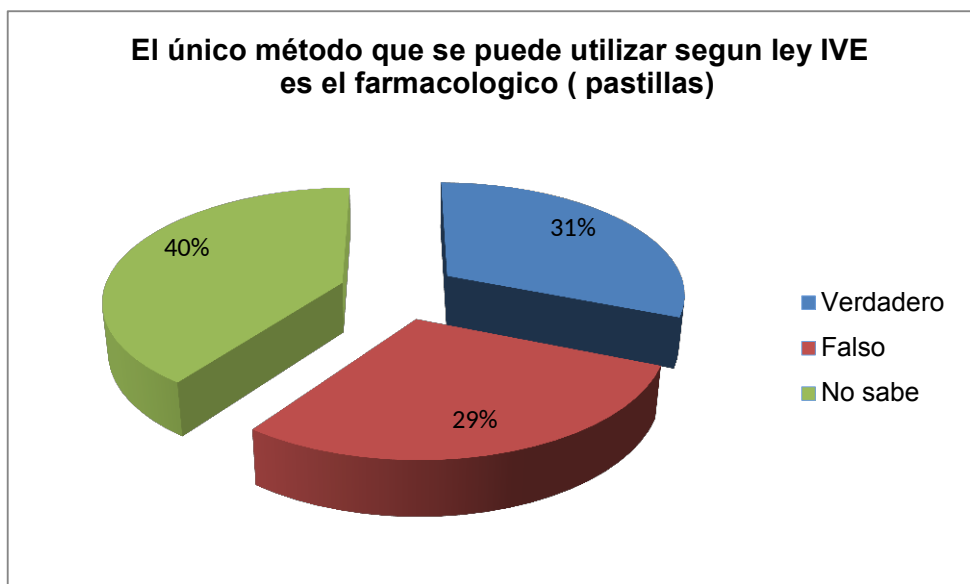
Fuente de información: encuestas realizadas en el periodo 25 de mayo al 5 de Junio, a mujeres entre 15 y 44 años de edad, en policlínica Ginecológica del Hospital Universitario

La internación no es obligatoria, solo en caso que el médico lo considere necesario se puede acceder a internación en un Centro de Salud para recibir tratamiento médico específico.

De las usuarias encuestadas el 49% cree ser necesaria la internación en un centro de salud para la realización del IVE y un 27% refiere no saber si requiere internación.

Tabla N°16: Distribución de la población según conocimiento del método farmacológico como única opción para realizar la interrupción voluntaria del embarazo

Método	FA	FR%
Verdadero	46	31%
Falso	44	29%
No sabe	60	40%
Total	150	100%



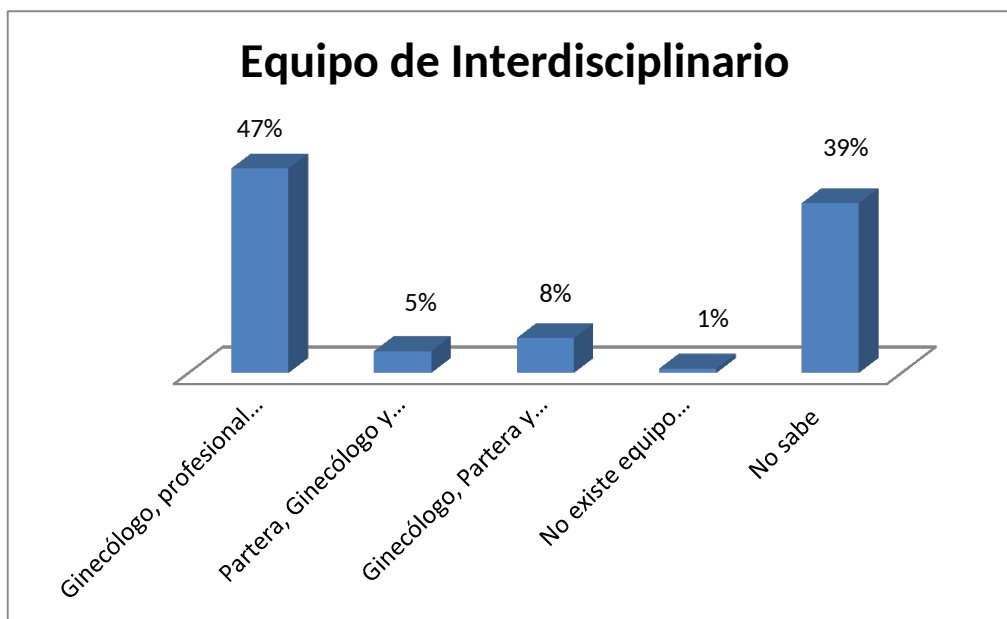
Fuente de información: encuestas realizadas en el periodo 25 de mayo al 5 de Junio, a mujeres entre 15 y 44 años de edad, en policlínica Ginecológica del Hospital Universitario.

Existen dos métodos amparados por la Ley que son procedimientos clínicos, seguros y efectivos utilizados para finalizar un embarazo no deseado voluntariamente. El método farmacológico es el primer método de elección según el MSP.

El 40% de las usuarias refiere no saber si el único método amparado por la ley para la realización del IVE es el farmacológico.

Tabla N°17: Distribución de la población según conocimiento de integración del equipo de salud

Equipo de salud	FA	FR%
Ginecólogo, profesional del área social y salud psíquica	71	47%
Partera, Ginecólogo y Auxiliar de Enfermería	7	5%
Ginecólogo, Partera y profesional del área social	12	8%
No existe equipo interdisciplinario	2	1%
No sabe	58	39%
Total	150	100%

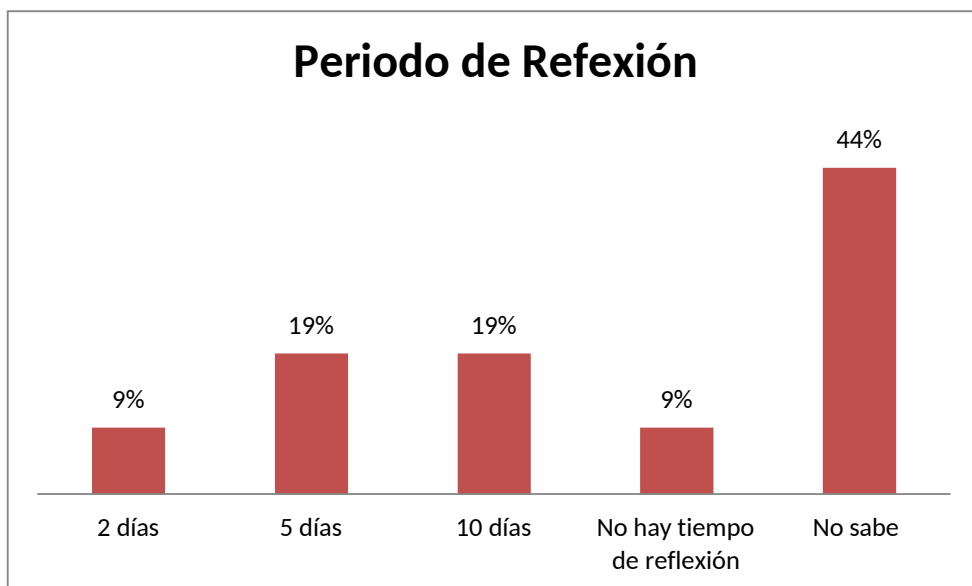


Fuente de información: encuestas realizadas en el periodo 25 de mayo al 5 de Junio, a mujeres entre 15 y 44 años de edad, en policlínica Ginecológica del Hospital Universitario.

El 47% de las encuestadas, conoce que el equipo de trabajo interdisciplinario debe estar compuesto por un ginecólogo, un profesional del área social y un profesional del área de salud psíquica y el 39% refiere no saber cómo está compuesto dicho equipo.

Tabla N°18: Distribución de la población según conocimiento sobre el período de reflexión

Periodo de reflexión	FA	FR%
2 días	13	9%
5 días	29	19%
10 días	28	19%
No hay tiempo de reflexión	14	9%
No sabe	66	44%
Total	150	100%

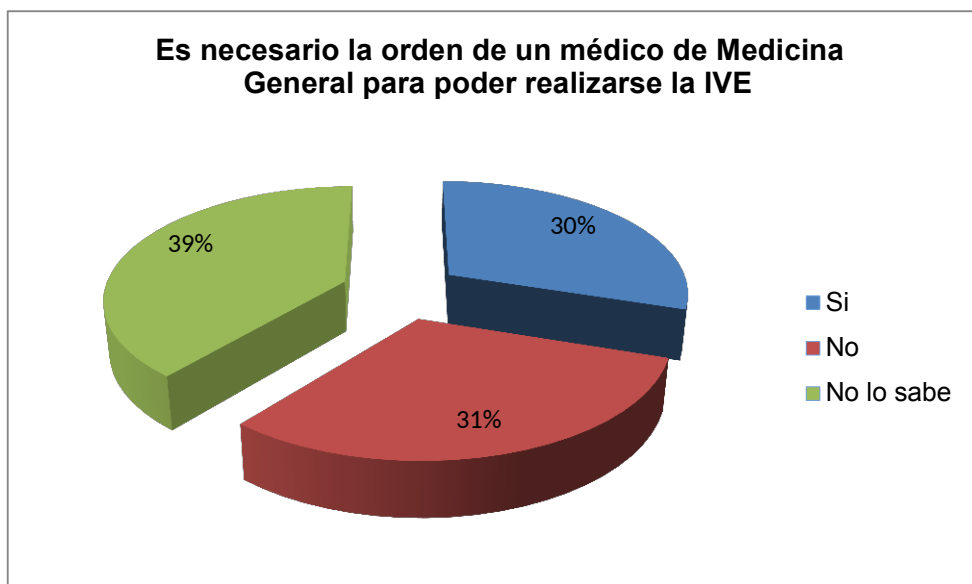


Fuente de información: encuestas realizadas en el periodo 25 de mayo al 5 de Junio, a mujeres entre 15 y 44 años de edad, en policlínica Ginecológica del Hospital Universitario.

En cuanto al periodo de reflexión, un 44% de las usuarias refiere no saber si existe un tiempo de reflexión para confirmar o anular su decisión

Tabla N°19: Distribución de la población según conocimiento sobre necesidad de una orden de medicina general para realización de IVE

Orden de Medicina Gral.	FA	FR%
Si	45	30%
No	47	31%
No sabe	58	39%
Total	150	100%



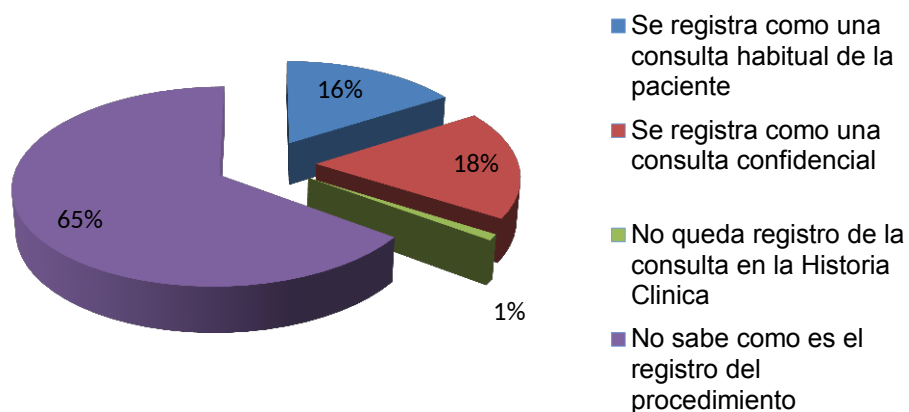
Fuente de información: encuestas realizadas en el periodo 25 de mayo al 5 de Junio, a mujeres entre 15 y 44 años de edad, en policlínica Ginecológica del Hospital Universitario.

El 39% de las encuestadas manifiesta no saber si necesita un orden de medicina general para la realización de IVE.

Tabla N°20: Distribución de la población según conocimiento sobre el registro en historia clínica.

Registro en HC	FA	FR%
Se registra como una consulta habitual	24	16%
Se registra como una consulta confidencial	27	18%
No queda registro en la historia clínica	1	1%
No sabe cómo es el registro del procedimiento	98	65%
Total	150	100%

El registro en la Historia Clínica de la IVE:



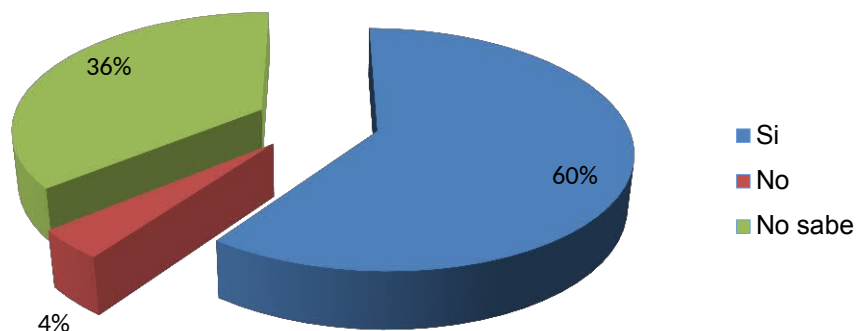
Fuente de información: encuestas realizadas en el periodo 25 de mayo al 5 de Junio, a mujeres entre 15 y 44 años de edad, en policlínica Ginecológica del Hospital Universitario.

De las usuarias encuestadas el 65% refiere desconocer como es el registro de IVE en la historia clínica.

Tabla N°21: Distribución de la población según conocimiento sobre el asesoramiento.

Asesoramiento	FA	FR%
Si	90	60%
No	6	4%
No sabe	54	36%
Total	150	100%

Todas las mujeres que consulten por IVE, deben de ser asesoradas sobre derechos y procedimientos:

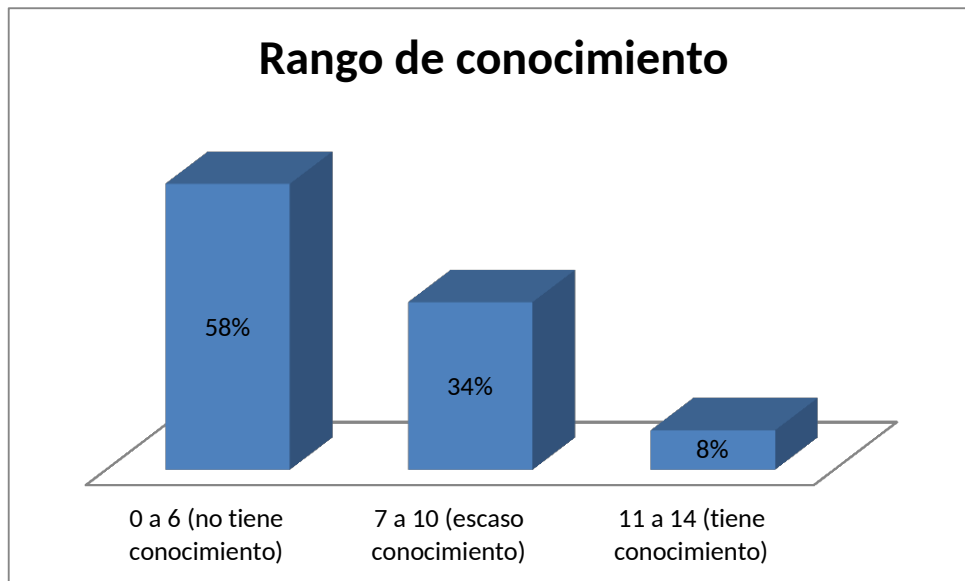


Fuente de información: encuestas realizadas en el periodo 25 de mayo al 5 de Junio, a mujeres entre 15 y 44 años de edad, en policlínica Ginecológica del Hospital Universitario.

El 60% de las usuarias saben que las mujeres que consulten por IVE deben de ser asesoradas sobre derechos y procedimientos, mientras que un 36% manifiesta no saber si deben ser asesoradas.

Tabla N° 22: distribución de la población, a partir del rango de conocimiento aplicando escala de medida en encuestas.

Rango de conocimiento	FA	FR%
0 a 6 puntos (no tiene conocimiento)	87	58%
7 a 10 puntos (escaso conocimiento)	51	34%
11 a 14 puntos (tiene conocimiento)	12	8%
Total	150	100%



Fuente de información: encuestas realizadas en el periodo 25 de mayo al 5 de Junio, a mujeres entre 15 y 44 años de edad, en policlínica Ginecológica del Hospital Universitario.

Es un derecho de las mujeres el conocer sobre la Ley 18987 Interrupción Voluntaria del Embarazo, constituye una herramienta esencial para la toma de decisiones respecto a su propia vida.

En cuanto al puntaje que se obtuvo con las respuestas correctas se observa que 58% de las mujeres no tiene conocimiento sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo, un 34% tiene escaso conocimiento y un 8% tiene conocimiento sobre el tema.



ANEXO N°4

ENCUESTA



Anexo 1:

Instructivo de llenado de encuesta.

El siguiente cuestionario fue realizado por cinco estudiantes pertenecientes a la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, que se encuentran realizando el Trabajo de Investigación Final.

Dicho cuestionario tiene como fin determinar el conocimiento que tienen las mujeres de 15 a 44 años de edad sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo.

El mismo es anónimo, y se utilizara exclusivamente para dicho trabajo. Cabe destacar que la participación no es obligatoria.

El cuestionario consta de 21 preguntas cerradas la cual usted debe marcar con una cruz la opción que considere correcta.

Se agradece su colaboración y el tiempo dedicado.

Cuestionario

Edad: años

Estado civil: -Soltera ☐

-Unión Libre ☐

-Casada ☐

-Viuda ☐

-Divorciada ☐

Nivel académico:

-Analfabeta ☐

-Primaria completa ☐

-Primaria Incompleta ☐

-Secundaria Completa ☐

-Secundaria Incompleta ☐

-Otros ☐



Ocupación:

-Ama de casa ☐

-Estudiante ☐

-Desocupada ☐

-Trabajo Formal ☐

- Trabajo Informal ☐

Número de hijos nacidos/vivos:

■ **Considera tener conocimiento sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo.**

- SI ☐
- No ☐
- No sab ☐

■ **Si su respuesta anterior es SI: de donde recibió información sobre el tema:**

- Televisión ☐
- Internet ☐
- Libros, revistas, folletería ☐
- Centros de Salud ☐
- Otros ☐

■ **Existe una ley sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo?**

- Si ☐
- No ☐
- No sabe ☐

■ **Solo se podrá realizar Interrupción Voluntaria del Embarazo toda mujer mayor de edad:**

- Si ☐
- No ☐
- No lo sabe ☐

■ **La Interrupción Voluntaria del Embarazo es un derecho de la mujer:**

- Si ☐
- No ☐
- No lo sabe ☐

■ **Para realizar Interrupción Voluntaria del Embarazo dentro de los límites legales, se debe tener una edad gestacional de:**

- Hasta 10 semanas de gestación: ☐
- Hasta 12 semanas de gestación: ☐
- Hasta 15 semanas de gestación: ☐
- No hay límites: ☐
- NO sabe: ☐

■ **Para que una mujer pueda realizarse la Interrupción Voluntaria del Embarazo, la pareja de la misma debe de estar de acuerdo:**

- Si ☐
- No ☐
- No lo sabe ☐

■ **Una vez expresada verbalmente al profesional de la salud la decisión de Interrumpir el Embarazo voluntariamente:**

- Se realiza la Interrupción Voluntaria del Embarazo en la primera consulta ☐
- Se debe pasar por diferentes etapas previas a la realización ☐
- Ninguna es correcta. ☐
- No sabe ☐

■ **Para solicitar en un centro de salud la Interrupción Voluntaria del Embarazo se debe de abonar un ticket:**

- De \$150 ☐
- Mayor o menor de \$150 ☐
- No tiene costo ☐
- No lo sabe ☐

■ **Para Interrumpir Voluntariamente el Embarazo siempre es necesaria la Internación en un centro de salud:**

- SI ☐
- No ☐
- No lo sabe ☐

■ **El único método que se puede utilizar según ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo es el método farmacológico (pastillas):**

- Verdadero ☐
- Falso ☐
- No sabe ☐

■ **El equipo de trabajo interdisciplinario de Interrupción Voluntaria del Embarazo debe de estar compuesto por:**

- Un ginecólogo, 1 profesional del área social, y 1 profesional del área de la salud psíquica. ☐
- Una Partera, Ginecólogo y Auxiliar de Enfermera. ☐
- Ginecólogo, partera, y 1 profesional del área social. ☐
- No existe equipo Interdisciplinario. ☐
- No sabe: ☐

■ **Luego de la entrevista con el equipo de salud, la mujer tiene un periodo de reflexión para confirmar o anular su decisión de:**

- 2 días ☐
- 5 días ☐

- 10 días ☐
- No hay tiempo de reflexión ☐
- No sabe ☐

■ **Es necesario la orden de un médico de Medicina General para poder realizarse la Interrupción Voluntaria del Embarazo.**

- Si ☐
- No ☐
- No lo sabe ☐

■ **El registro en la Histórica Clínica de la Interrupción Voluntaria del Embarazo:**

- Se registra como una consulta Habitual de la paciente. ☐
- Se registra como una consulta confidencial. ☐
- No queda registro de la consulta en la Historia Clínica. ☐
- No sabe cómo es el registro del procedimiento. ☐

■ **Todas las mujeres que consulten por Interrupción Voluntaria del Embarazo, deben de ser asesorada sobre derechos** (apoyo de redes, prestaciones sociales de trabajo y vivienda, etc.) **y procedimientos** (diferentes alternativas de IVE, opciones, ventajas, desventajas, etc).

- Si ☐
- No ☐
- No sabe ☐



ANEXO N°5

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MESES	Noviembre 2014	Abril 2015	18 de Mayo	25 de Mayo al 5 Junio	9 de Junio al 21 de Julio	28 de Julio
Realización de Protocolo de Investigación						
Aprobación de Protocolo						
Recolección de datos						
Redacción del Informe final						
Entrega del Informe final.						



ANEXO N°6

LEY 18.978

Interrupción Voluntaria del Embarazo



Publicada D.O. 30 oct/012 - N° 28585

Ley N° 18.987

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

NORMAS

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,

DECRETAN:

CAPÍTULO I

CIRCUNSTANCIAS, PLAZOS Y REQUISITOS

Artículo 1º. (Principios generales).- 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, de acuerdo a lo establecido en el Capítulo I de la Ley N° 18.426, de 1º de diciembre de 2008. La interrupción voluntaria del embarazo, que se regula en la presente ley, no constituye un instrumento de control de los nacimientos.

Artículo 2º. (Despenalización).- La interrupción voluntaria del embarazo no será penalizada y en consecuencia no serán aplicables los artículos 325 y 325 bis del Código Penal, para el caso que la mujer cumpla con los requisitos que se establecen en los artículos siguientes y se realice durante las primeras doce semanas de gestación.

Artículo 3º. (Requisitos).- Dentro del plazo establecido en el artículo anterior de la presente ley, la mujer deberá acudir a consulta médica ante una institución del Sistema Nacional Integrado de Salud, a efectos de poner en conocimiento del médico las circunstancias derivadas de las condiciones en que ha sobrevenido la concepción, situaciones de penuria económica, sociales o familiares o etarias que a su criterio le impiden continuar con el embarazo en curso.

El médico dispondrá para el mismo día o para el inmediato siguiente, la consulta con un equipo interdisciplinario que podrá ser el previsto en el artículo 9º del Decreto 293/010 Reglamentario de la Ley N° 18.426, de 1º de diciembre de 2008, el que a éstos efectos estará integrado al menos por tres profesionales, de los cuales uno deberá ser médico ginecólogo, otro deberá tener especialización en el área de la salud psíquica y el restante en el área social.

El equipo interdisciplinario, actuando conjuntamente, deberá informar a la mujer de lo establecido en esta ley, de las características de la interrupción del embarazo y de los riesgos inherentes a esta práctica. Asimismo, informará sobre las alternativas al aborto provocado incluyendo los programas disponibles de apoyo social y económico, así como respecto a la posibilidad de dar su hijo en adopción.

En particular, el equipo interdisciplinario deberá constituirse en un ámbito de apoyo psicológico y social a la mujer, para contribuir a superar las causas que puedan inducirla a la interrupción del embarazo y garantizar que disponga de la información para la toma de una decisión consciente y responsable.

A partir de la reunión con el equipo interdisciplinario, la mujer dispondrá de un período de reflexión mínimo de cinco días, transcurrido el cual, si la mujer ratificara su voluntad de interrumpir su embarazo ante el médico ginecólogo tratante, se coordinará de inmediato el procedimiento, que en atención a la evidencia científica disponible, se oriente a la disminución de riesgos y daños.

La ratificación de la solicitante será expresada por consentimiento informado, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley N° 18.335, de 15 de agosto de 2008, e incorporada a su historia clínica.

Cualquiera fuera la decisión que la mujer adopte, el equipo interdisciplinario y el médico ginecólogo dejarán constancia de todo lo actuado en la historia clínica de la paciente.

Artículo 4º. (Deberes de los profesionales).- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, los profesionales integrantes del equipo interdisciplinario deberán:

- A) Orientar y asesorar a la mujer sobre los medios adecuados para prevenir embarazos futuros y sobre la forma de acceder a éstos, así como respecto a los programas de planificación familiar existentes.
- B) Entrevistarse con el progenitor, en el caso que se haya recabado previamente el consentimiento expreso de la mujer.
- C) Garantizar, dentro del marco de su competencia, que el proceso de decisión de la mujer permanezca exento de presiones de terceros, sea para continuar o interrumpir el embarazo.
- D) Cumplir con el protocolo de actuación de los grupos interdisciplinarios dispuesto por el Ministerio de Salud Pública.
- E) Abstenerse de asumir la función de denegar o autorizar la interrupción.

Artículo 5º. (Deberes de las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud).- Las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud deberán:

- A) Promover la formación permanente del equipo profesional interdisciplinario especializado en salud sexual y reproductiva para dar contención y apoyo a la decisión de la mujer respecto a la interrupción de su embarazo.
- B) Estimular el trabajo en equipos interdisciplinarios cuya integración mínima en cuanto a número y calidad será la dispuesta en el artículo 3º de esta ley.
- C) Interactuar con instituciones públicas u organizaciones sociales idóneas que brinden apoyo solidario y calificado, en los casos de maternidad con dificultades sociales, familiares o sanitarias.
- D) Poner a disposición de todos los usuarios mediante publicaciones en cartelera, boletines de información periódica u otras formas de información, la lista del personal de la institución que integra los equipos interdisciplinarios a que hace referencia la presente ley.
- E) Garantizar la confidencialidad de la identidad de la mujer y de todo lo

manifestado en las consultas previstas en el artículo 3º de esta ley, así como de todos los datos anotados en su historia clínica, aplicándose en lo pertinente las disposiciones de la Ley N° 18.331, de 11 de agosto de 2008.

- F) Garantizar la participación de todos los profesionales que estén dispuestos a integrar los equipos interdisciplinarios, sin discriminaciones de ninguna naturaleza.

Sin perjuicio del cumplimiento de lo dispuesto en el literal b), numeral 2 del artículo 4º de la Ley N° 18.426, de 1º de diciembre de 2008, y de cualquier otra disposición reglamentaria que disponga el Poder Ejecutivo a este respecto, los directores técnicos de las citadas instituciones dispondrán controles periódicos del estricto cumplimiento de lo establecido en los artículos 3º, 4º y 5º de la presente ley.

Artículo 6º. (Excepciones).- Fuera de las circunstancias, plazos y requisitos establecidos en los artículos 2º y 3º de esta ley, la interrupción del embarazo solo podrá realizarse:

- A) Cuando la gravidez implique un grave riesgo para la salud de la mujer. En estos casos se deberá tratar de salvar la vida del embrión o feto sin poner en peligro la vida o la salud de la mujer.
- B) Cuando se verifique un proceso patológico, que provoque malformaciones incompatibles con la vida extrauterina.
- C) Cuando fuera producto de una violación acreditada con la constancia de la denuncia judicial, dentro de las catorce semanas de gestación.

En todos los casos el médico tratante dejará constancia por escrito en la historia clínica de las circunstancias precedentemente mencionadas, debiendo la mujer prestar consentimiento informado, excepto cuando en el caso previsto en el literal A) del presente artículo, la gravedad de su estado de salud lo impida.

Artículo 7º. (Consentimiento de las adolescentes).- En los casos de mujeres menores de 18 años no habilitadas, el médico ginecólogo tratante recabará el



consentimiento para realizar la interrupción del embarazo, de acuerdo a lo establecido en el artículo 11 bis de la Ley N° 17.823, de 7 de setiembre de 2004, en la redacción dada por el artículo 7° de la Ley N° 18.426, de 1° de diciembre de 2008.

Cuando por cualquier causa, se niegue el asentimiento o sea imposible obtenerlo de quien debe prestarlo, la adolescente podrá presentarse con los antecedentes producidos por el equipo médico actuante ante el Juez competente. El Juez deberá resolver en un plazo máximo de tres días corridos contados a partir de la presentación ante la sede, respecto a si el consentimiento ha sido expresado en forma espontánea, voluntaria y consciente. A tal efecto, el Juez convocará a la adolescente y al Ministerio Público, para oírla y recabar su consentimiento para la interrupción del embarazo, conforme a lo previsto en el artículo 8° del Código de la Niñez y la Adolescencia (Ley N° 17.823, de 7 de setiembre de 2004). El procedimiento será verbal y gratuito.

Son jueces competentes para entender en las causas que se sustancien por la aplicación del presente artículo, los Jueces Letrados de Familia Especializados en Montevideo y los Jueces Letrados de Primera Instancia con competencia en materia de familia especializada, en el interior del país.

Artículo 8°. (Consentimiento de mujeres declaradas incapaces).- Si se tratara de una mujer declarada incapaz judicialmente, se requerirá el consentimiento informado de su curador y venia judicial del Juez competente del domicilio de la incapaz que –previa vista al Ministerio Público- evaluará la conveniencia del otorgamiento de la misma, respetando siempre el derecho de la mujer a procrear si el motivo de su incapacidad no le impidiere tener descendencia.

CAPÍTULO II

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 9°. (Acto médico).- Las interrupciones de embarazo que se practiquen según los términos que establece esta ley serán consideradas acto médico sin valor comercial.

Artículo 10. (Obligación de los servicios de salud).- Todas las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud tendrán la obligación de cumplir con lo preceptuado en la presente ley. A tales efectos, deberán establecer las condiciones técnico-profesionales y administrativas necesarias para posibilitar a sus usuarias el acceso a dichos procedimientos dentro de los plazos establecidos.

Las instituciones referidas en el inciso anterior, que tengan objeciones de ideario, preexistentes a la vigencia de esta ley, con respecto a los procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo que se regulan en los artículos anteriores, podrán acordar con el Ministerio de Salud Pública, dentro del marco normativo que regula el Sistema Nacional Integrado de Salud, la forma en que sus usuarias accederán a tales procedimientos.

Artículo 11. (Objeción de conciencia).- Los médicos ginecólogos y el personal de salud que tengan objeciones de conciencia para intervenir en los procedimientos a que hacen referencia el inciso quinto del artículo 3º y el artículo 6º de la presente ley, deberán hacerlo saber a las autoridades de las instituciones a las que pertenecen.

La objeción de conciencia podrá manifestarse o revocarse en forma expresa, en cualquier momento, bastando para ello la comunicación a las autoridades de la institución en la que se desempeña. Se entenderá que la misma ha sido tácitamente revocada si el profesional participa en los procedimientos referidos en el inciso anterior, con excepción de la situación prevista en el último inciso del presente artículo.

La objeción de conciencia como su revocación, realizada ante una institución, determinará idéntica decisión respecto a todas las instituciones públicas o privadas en las que el profesional preste servicios.

Quienes no hayan expresado objeción de conciencia no podrán negarse a realizar los procedimientos referidos en el primer inciso del presente artículo.

Lo dispuesto en el presente artículo, no es aplicable al caso previsto en el literal A) del artículo 6º de esta ley.



Artículo 12. (Registro estadístico).- El Ministerio de Salud Pública deberá llevar un registro estadístico de:

- I) Las consultas realizadas en los términos previstos por el artículo 3º.
- II) Los procedimientos de aborto realizados.
- III) Los procedimientos previstos en los literales A), B) y C) del artículo 6º.
- IV) El número de mujeres que luego de realizada la entrevista con el equipo interdisciplinario deciden proseguir con el embarazo.
- V) Los nacimientos y cualquier otro dato sociodemográfico que estime pertinente para evaluar en forma anual los efectos de la presente ley.

Las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud deberán llevar sus propios registros de acuerdo a lo establecido en el presente artículo. El Poder Ejecutivo reglamentará los datos que incluirán tales registros, la forma y la periodicidad en que las citadas instituciones comunicarán la información al Ministerio de Salud Pública.

CAPÍTULO III

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 13. (Requisito adicional).- Sólo podrán ampararse a las disposiciones contenidas en esta ley las ciudadanas uruguayas naturales o legales o las extranjeras que acrediten fehacientemente su residencia habitual en el territorio de la República durante un período no inferior a un año.

Artículo 14. (Derogaciones).- Deróganse todas las disposiciones que se opongan a lo dispuesto en la presente ley.

Artículo 15. (Reglamentación y vigencia).- Atento a la responsabilidad cometida al Estado y a los efectos de garantizar la eficacia de lo dispuesto en la presente ley, la misma entrará en vigencia a los treinta días de su promulgación, plazo dentro del cual el Poder Ejecutivo la reglamentará.

Sala de Sesiones de la Cámara de Senadores, en Montevideo, a 17 de octubre de 2012.



DANILO ASTORI,

Presidente.

Hugo Rodríguez Filippini,

Secretario.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

MINISTERIO DEL INTERIOR

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA

Montevideo, 22 de octubre de 2012.

Cúmplase, acúsese recibo, comuníquese, publíquese e insértese en el Registro Nacional de Leyes y Decretos, la Ley por la que se establecen normas relacionadas con la interrupción voluntaria del embarazo.

JOSÉ MUJICA.

JORGE VENEGAS.

EDUARDO BONOMI.

ELEUTERIO FERNÁNDEZ HUIDOBRO.

RICARDO EHRLICH



ANEXO N°7

Manual y Guía Técnica para Interrupción Voluntaria del Embarazo



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
PARA EL MANEJO SANITARIO
DE LA INTERRUPCION VOLUNTARIA
DEL EMBARAZO
(IVE)**

según Ley 18987 del 17.10.2012

Autoridades

Ministro

Dr. Jorge Venegas

Subsecretario

Prof. Leonel Briozzo

Dirección General de la Salud

Dr. Yamandú Bermúdez

Dirección General del SNIS

Lic. Elena Clavell

Presidencia de la Junta Nacional de Salud

Dr. Luis E Gallo

Dirección Departamento de Programación Estratégica

Dra. Ana Noble

Coordinadora del Área de Salud Sexual y Reproductiva

Dra. Leticia Rieppi

Responsable Programa del Programa de Salud Integral de la Mujer

Dr. Rafael Aguirre

Equipo de Trabajo

Coordinan

Dra. Leticia Rieppi – Dra. Perla Vivas

Dr. Sergio Abreu
Dr. Gabriel Adriasola
Dr. Rafael Aguirre
Dra. Silvia Graña
Dra. Cristina Grela
Dr. Daniel González
Dra. Mónica Gorgoroso
Dra. Susana Grumbaun
Dra. Jenny Hortonedá
Gonzalo La Rosa
Dr. Santiago Pérez
Q.F. Raquel Ramilo
Dr. Fernando Rovira
Lic. Diego Soria
Q.F. Alba Trimble
Dra. Giselle Tomasso
Ec. Ida Oreggioni

INDICE

1	Propósito	pag 4
2	Objetivo	pag 4
3	Marco Jurídico	pag 4
4	Alcance	pag 5
5	Población objetivo Situación general (1) y sus particularidades (2 y 3) Situaciones excepcionales (4, 5 y 6)	pag 6
6	Políticas y normas generales	pag 7
7	Procedimiento general: mapa de ruta situación general	pag 9
8	Detalles normativos	pag 16
	Acerca de las condiciones particulares consideradas en la situación general	pag 16
	Acerca de las situaciones excepcionales	pag 17
	Acerca de la confidencialidad	pag 19
	Acerca de los tiempos	pag 20
	Acerca de la gestión institucional y sus responsabilidades	pag 20
	Acerca del consentimiento informado	pag 21
	Acerca de la entrevista con el progenitor	pag 21
	Acerca de los registros	pag 22
	Acerca de las estadísticas asistenciales a presentar ante MSP	pag 23
	Acerca de las tasas moderadoras * sujeto a Dec P.Ejecutivo	pag 23
	Acerca de la objeción de conciencia	pag 23
9	Cuadros resumen	pag 24
10	Anexos I Formulario IVE II Constancia de Asesoramiento - Consentimiento informado III Autonomía progresiva	

1 - PROPOSITO

El presente Manual promueve la implementación, en el marco de la Ley 18987, de la regulación de la interrupción voluntaria del embarazo en condiciones específicas.

Esta ley, junto con la 18426, busca asegurar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de la población y garantizar el derecho a la procreación consciente y responsable.

Su propósito es bregar por la sistematización de prácticas que aseguren la calidad de atención, el trato digno y el respeto a derechos en la implementación de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

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)

2 - OBJETIVO DEL MANUAL

Establecer los procedimientos para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) de acuerdo a la Ley 18987 que deben ser cumplidos por las instituciones prestadoras integrales de salud y su personal.

3 - MARCO JURIDICO

El presente Manual se vincula con la normativa nacional relativa a las siguientes dimensiones: derechos y atención a la salud sexual y reproductiva:

Ley 18987 del 17/10/2012 y su Decreto Reglamentario Nº 375/12

Ley que garantiza el derecho a la procreación consciente y responsable, despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo hasta la 12ª semana, en general, en base a requisitos y determinadas condiciones, y establece situaciones de excepción.

Ley 18426 (Derechos en Salud Sexual y reproductiva) del 1/12/2010 y su Decreto Reglamentario Nº 293/10

El presente Manual será de aplicación obligatoria por parte de todas las instituciones de prestación integral de salud del SNIS, y su personal, en tanto esta prestación se ha integrado al PIAS según el Decreto 375/12 reglamentario de la ley 18987, de fecha 22/11/2012

5 - POBLACION OBJETIVO

En atención a los requisitos y causales establecidos en la ley 18987 se definen las siguientes poblaciones objetivo, como beneficiarias de los procedimientos de IVE que se describen en cada caso.

SITUACIONES GENERALES: Las situaciones descritas a continuación (1 al 3), refieren a la interrupción de embarazos durante las primeras 12 semanas de gestación, inclusive, solicitada por mujeres con situaciones de penuria económica, sociales, familiares o etarias que a su criterio le impiden continuar con el embarazo en curso.

SITUACION 1 - Mujeres que manifiestan su decisión de interrumpir voluntariamente la gestación, mayores de 18 años o menores habilitadas ¹

SITUACION 2 - Mujeres menores de 18 años no habilitadas que manifiesten su decisión de interrumpir voluntariamente la gestación.

SITUACION 3 - Mujer declarada incapaz judicialmente cuyo curador/a solicita la interrupción voluntaria de la gestación.

SITUACIONES EXCEPCIONALES: en las tres situaciones siguientes (4 a 6) la definición de la IVE no exige la actuación del equipo interdisciplinario previsto por la ley, requiriendo la voluntad de la mujer.

SITUACION 4 - Violación: Mujeres que manifiestan su decisión de interrumpir voluntariamente el embarazo producto de una violación, acreditada con constancia de denuncia judicial dentro de las 14^a semanas de gestación.

SITUACION 5 - Grave riesgo para la salud de la mujer: Mujer cuya condición de gravidez implique un grave riesgo para su salud bio-psico-social.

SITUACION 6 - Proceso patológico que provoque malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina: Mujer embarazada en quien se verifiquen malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina.

Nota: en todos los casos, (1 a 6) se trata de ciudadanas uruguayas naturales o legales, o extranjeras residentes en el país al menos por un año.

6 - POLITICAS Y NORMAS GENERALES

El presente Manual establece procedimientos de actuación a instituciones de salud y sus equipos técnicos en cumplimiento de la ley 18987 que regula la interrupción voluntaria de la gestación hasta la 12ª semana de la misma,

- en las situaciones generales (en mayores de 18 años, menores de 18 años y mujeres declaradas incapaces judicialmente)
- en situaciones excepcionales tales como violación (hasta 14ª semana), grave riesgo para la salud de la mujer y anomalías fetales incompatibles con la vida extrauterina, (sin determinar plazos)

6.1 Normas generales:

- La interrupción voluntaria del embarazo no será penalizada - y en consecuencia no serán aplicables los artículos 325 y 325 bis del Código Penal -, para el caso que la mujer cumpla con los requisitos que se establecen en la Ley 18987, y se realice durante las primeras doce semanas de gestación. (casos generales). Define asimismo situaciones especiales con plazos diferenciales (violación, grave riesgo para la salud de la mujer y anomalías fetales incompatibles con la vida extrauterina)
- El procedimiento definido por la Ley establece los siguientes tiempos para las situaciones generales:
 - = 1ª consulta con médico. RECEPCION DE LA VOLUNTAD DE LA MUJER. Se verifican los requisitos y se solicita paraclínica, (pag 9) y se refiere en forma responsable a la 2ª consulta. Si esta primera consulta ocurre con un ginecobstetra, se considera que es parte de la segunda consulta IVE, procediendo a la evaluación que corresponde y lo establecido para la misma (formulario, consentimiento y coordinación de las consultas con el área social y salud mental).
 - = 2ª consulta con equipo interdisciplinario. ASESORAMIENTO. Tres profesionales con actuación articulada (ginecobstetra, profesional del área social y del área de salud mental), realizan asesoramiento e informan sobre el lapso de reflexión propuesto por la ley - no menor de 5 días corridos (pag 11)
 - = 3º consulta con ginecólogo. EXPRESION FINAL DE VOLUNTAD DE LA MUJER cuando se inicia el procedimiento de IVE definido en la Guía Técnica (pag 13)

¹ Según el Código Civil art. 91, 302, 305, se consideran habilitadas las mujeres menores de 18 años casadas, divorciadas o viudas aún en caso que se haya producido esta condición dentro de la minoridad.
(la ley habilita a consentir el matrimonio a la mujer a los 12 años, con consentimiento de tutores o judicial)

- Las pautas de este Manual promueven la implementación de la IVE en las condiciones planteadas por la ley, asegurando la calidad asistencial, que no se circunscribe exclusivamente a la IVE sino a toda atención en salud y respeto a derechos sexuales y reproductivos, incluyendo la oportunidad, la continuidad y la humanización del proceso.}
- Las consultas y acciones derivadas del proceso de IVE deben considerarse, dado los plazos perentorios que establece la ley, como una urgencia de salud y obliga al equipo de salud y las instituciones a proceder como tal
- Se deberá respetar el derecho de la mujer a decidir sobre la continuidad o no de su gestación, según las condiciones previstas por la Ley. El personal de salud no deberá emitir juicios de valor con relación a la decisión consciente y libre basada en la voluntad informada de la paciente.
- En caso que la mujer denuncie la falta de confianza en el prestador para cumplir en tiempo y forma con el procedimiento, podrá solicitar el cambio de prestador en forma directa ante la JUNASA. La misma posibilitará dicho cambio de manera inmediata, con vista al prestador involucrado en 24 hs. El nuevo prestador deberá reconocer las actuaciones previas vinculadas al proceso de IVE.
- Asimismo, en caso de apreciar otras faltas que no inhibieron el procedimiento (confidencialidad, trato degradante, emisión de objeciones), podrá realizar posteriormente la denuncia ante la Oficina de Usuarios de su prestador, o directamente ante el MSP.
- Se propiciará el ejercicio del derecho de la mujer a ser acompañada durante todo el proceso de atención, por quien ella desee. No será conveniente que este proceso se vivencie sin apoyo.
- En el proceso de atención la mujer recibirá asesoramiento sobre los procedimientos previstos en la Ley 18987, sus derechos sexuales y reproductivos, las características, métodos, ventajas y riesgos de la IVE. También se informará sobre las alternativas al aborto voluntario, incluyendo los programas de protección social disponibles, y la posibilidad de dar al recién nacido en adopción. Y finalmente, se orientará a la mujer sobre los medios para prevenir embarazos futuros, y el acceso a los mismos.

7 - PROCEDIMIENTO GENERAL

DETALLE DEL MAPA DE RUTA en la SITUACION 1 - situación general: Mujeres que manifiestan su decisión de interrumpir voluntariamente la gestación, mayores de 18 años o menores habilitadas, durante las primeras 12 semanas de gestación, inclusive.

PRIMERA CONSULTA, EXPRESION DE VOLUNTAD DE INTERRUMPIR LA GESTACION:

Se podrá realizar ante médico de cualquier disciplina.

Esta 1ª consulta que desencadena el proceso, debe realizarse ante un prestador integral de salud

En caso que la mujer exprese su voluntad ante un profesional que no pertenece a un prestador integral - policlínica de emergencia móvil, policlínica comunitaria, etc - será conveniente que se le explique la necesidad de consultar en el menor plazo posible a su prestador integral correspondiente. También se le podrá derivar a la LÍNEA SIDA, SEXUALIDAD Y DERECHOS, 0800 3131, línea telefónica comunitaria nacional, para apoyar el asesoramiento sobre derechos y plazos. 2

Los siguientes son requisitos necesarios para habilitar la IVE, que deberán constatarse en la 1ª consulta:

Requisitos necesarios para habilitar la IVE	
1	<u>Expresión verbal de la voluntad de la mujer</u>
2	<u>Ciudadana natural o legal, o extranjera con residencia no menor de 1 año</u> = <u>ciudadana natural o legal:</u> verificar en base al documento de identidad, credencial cívica, partida de nacimiento, pasaporte u otro documento = <u>extranjera con residencia al menos por 1 año:</u> verificar antecedentes en su historia clínica, o la antigüedad como beneficiaria del prestador de salud, u otra constancia de autoridad nacional competente.

- 3 Edad gestacional por FUM (que luego podrá verificarse por ecografía):
- = hasta 12ª semanas inclusive en situaciones generales (situación 1 a 3)
 - = hasta 14ª semana inclusive (situación 4, violación)
 - = independiente de la edad gestacional en las situaciones excepcionales 5 y 6 (grave riesgo para la salud bio-psico-social de la mujer, y proceso patológico que provoque malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina)

N *En caso de exceder los plazos estipulados por Ley 18987 (12ª semana para*
O *Situación 1 a 3, 14ª semana para Situación 4), o si la mujer extranjera tiene*
T *residencia menor de 1 año, no aplica lo establecido en este Manual,*
A *debiendo asesorarse a la mujer sobre la disminución de riesgos y daños. (Ley*
18426, Ordenanza 369 / 2004)

² Línea telefónica comunitaria Línea SIDA, SEXUALIDAD Y DERECHOS. Convenio entre Intendencia de Montevideo y ASEPO (ex Línea SIDA), apoyado por el MSP, UNFPA para ampliar sus cometidos, en base al asesoramiento integral en Salud Sexual y Reproductiva. (0800 3131) (*3131 desde celular)

Durante esta consulta el médico deberá:

1. En todos los casos, evaluar los requisitos básicos antes señalados (expresión de voluntad de la mujer, la edad gestacional por FUM dentro de los plazos, y la condición de ciudadanía)
2. Solicitar según situación clínica ecografía ginecológica para estimar la edad gestacional y/o el lugar de la implantación del embrión, y en todos los casos la clasificación de grupo sanguíneo y Rh. Los resultados de esta paraclínica deberán estar para la 3ª consulta (a los 6 días).
3. Si cumple los requisitos, enviar a la paciente a la consulta con el equipo interdisciplinario de asesoramiento coordinado en cada institución para ese mismo día o para el inmediato siguiente, explicando claramente el proceso y los tiempos legales. La referencia a dicho equipo se realizará en forma segura y responsable.
4. Entregar a la mujer una indicación claramente escrita, (*Indicación IVE*) explicándole la importancia de que la conserve y la presente ante el equipo interdisciplinario.

Ejemplo:

1ª CONSULTA IVE		Fecha
DATOS DE LA USUARIA		
1	= Documento de identidad (<i>única identificación, sin el nombre</i>)	
	= Edad de la paciente	
REQUISITOS		
2	Ciudadanía natural	
	Ciudadanía legal	
	Residencia mayor 1 año	
	Edad gestacional por FUM	
3	Paraclínica solicitada	Si No
	Cita con equipo interdisciplinario: Día Hora , Lugar	
4	Nombre y firma del profesional actuante (y nº CJP)	
Observaciones		

De contar con Formulario IVE en la 1ª consulta, se iniciará el mismo en vez de la Indicación IVE antes señalado, y dicho Formulario se entregará a la mujer, para ser presentado ante el equipo interdisciplinario.

- 5 Reiterar el anterior registro en la historia clínica.
- 6 De tratarse de ginecobstetra o médico de familia, éste podrá:

6.1 Realizar la evaluación clínica incluyendo examen general que descarte factores de riesgo que aumenten las complicaciones de la IVE, y examen genital para evaluación del útero y los anexos.

6.2 De requerirse otra paraclínica (ej: hemograma en caso de anemia) será solicitada. La realización de estos exámenes no retardarán el proceso de atención.

6.3 Tratar infecciones genitales si las hubiera.

N
O
T
A

Si esta 1ª consulta es realizada por ginecobstetra, deberá

considerarse parte del asesoramiento del equipo interdisciplinario requerido por la ley (2ª consulta), debiendo incorporar el asesoramiento citado seguidamente, y asegurar la continuidad del mismo por parte del resto de los profesionales (área de la salud mental y social).

Igualmente podrá aprovecharse la atención de equipos Interdisciplinarios ya existentes (Espacio Adolescente, Equipo Coordinador de Referencia, Equipo de Salud Mental) para minimizar los tiempos y hacer coincidir la 1ª y 2ª consulta.

IMPORTANTE: GESTION DE LA PARACLÍNICA: debe asegurarse el acceso a la paraclínica solicitada, evitando traslados innecesarios, de manera que el resultado de la misma esté disponible al cabo de los 5 días del período de reflexión, cuando la usuaria volverá con la decisión final.

SEGUNDA CONSULTA - ASESORAMIENTO POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO:

Entrevista de la mujer con el equipo interdisciplinario pautado por la ley - al menos 3 profesionales, área ginecológica, de salud mental y social -, que asesora sobre derechos y procedimientos, evalúa la paraclínica, y propone volver en 5 días con decisión.

Según lo dispuesto por la ley, la mujer que solicita la IVE deberá recibir asesoramiento de un equipo interdisciplinario, integrado por ginecobstetra, y por especialistas del área de salud mental (psiquiatra, psicólogo) y del área social (trabajador social, sociólogo, educador). En el caso que la primera consulta haya sido realizada por un ginecobstetra que haya brindado asesoramiento, solo restará la consulta con los otros profesionales. Esta consulta debe realizarse el mismo día o al día siguiente de la 1ª consulta, para asegurar el cumplimiento de los plazos. La institución definirá la integración de uno o varios equipos interdisciplinarios en sus distintas sedes, de forma de facilitar el acceso en tiempo a las consultantes. La institución definirá la integración de otros profesionales en el / los equipos interdisciplinarios (médico de familia, obstetra partera, licenciada de enfermería), que puedan contribuir con el asesoramiento si corresponde.

Sus obligaciones son:

Actuación de ginecobstetra:

1. Informar sobre las prácticas más seguras de IVE en base a las evidencias y las situaciones concretas.

2. Asesorar y brindar información sobre las diferentes alternativas a la IVE, opciones, ventajas, desventajas de cada una de ellas. (El equipo podrá valerse de un documento informativo diseñado por el MSP para tal fin)
3. Evaluar la paraclínica solicitada en la primera entrevista, si los resultados estuvieran disponibles, o solicitarla de ser necesario.
4. *En caso de que la ecografía solicitada muestre que se supera el plazo indicado por la ley, se brindará el asesoramiento correspondiente a la Ley 18.426 - Ord 369 / 2004*

Actuación de profesional de salud mental:

5. Aportar elementos que favorezcan la capacidad de una toma de decisión en forma informada y autónoma. Evaluar en el marco de salud integral la mujer la necesidad de interconsultas, seguimiento, recurriendo al apoyo de redes y recursos adicionales para el manejo óptimo de la IVE, minimizando las repercusiones de la misma en su salud.

Actuación de profesional del área social:

6. Brindará asesoramiento sobre decisiones personales y familiares, los alcances de esta ley y sus derechos y sobre las prestaciones sociales de trabajo y vivienda, etc, la posibilidad de entrega en adopción, y el apoyo de redes sociales. En particular hará hincapié en la importancia de contar con acompañamiento en el proceso de IVE (progenitor, otro/a de su confianza)

Actuación articulada:

7. Detectar situaciones de riesgo bio psico social y gestionar las acciones pertinentes
8. Registrar, con su firma en la historia clínica, el deseo de la mujer de convocar al progenitor de dicha gravidez para brindarle información acerca del procedimiento. En este caso se otorgará cita en los próximos 5 días o se promoverá su concurrencia conjunta con la mujer, según corresponda.
9. Abstenerse de denegar o autorizar la IVE, explicando a la solicitante que luego de 5 días podrá volver con su decisión al ginecobstetra, y su decisión será respetada.
10. Habilitar posible nueva consulta intercurrente antes del 5º día, si así lo desea.
11. Convocar al 5º día luego del lapso de reflexión (contado desde la 1ª atención del equipo interdisciplinario), aclarando el tiempo máximo de posible concurrencia, en función del plazo legal
12. Asegurar la confidencialidad del proceso de consulta
13. Registros:
 - 13.1 Abrir o continuar el registro en el *Formulario IVE* agregándole la *Constancia de Asesoramiento- Formulario de Consentimiento* (2 vias)
 - engrampar en el *Formulario IVE* la indicación de la 1ª consulta, si corresponde
 - identificar el *Formulario IVE* abierto con el documento de identidad de la mujer
 - completar datos de la 2ª consulta.
 - lectura y firma de la *Constancia de Asesoramiento*, una de las vías se entrega a

la mujer (se adjunta formato en Anexo II)

Se explica a la paciente que deberá llevarse y custodiar dichos formularios, que son parte de la historia clínica, para entregarlo en la 3ª consulta, ya que si ésta se produce, podrá ser con otro/a ginecobstetra en otra sede.

13.2 Registrar en la historia clínica.

14. Debido a la necesidad de monitoreo de este proceso, y de la obligatoria rendición mensual de información al MSP (art 12 Ley 18987) la institución definirá los mecanismos pertinentes para el logro de ambos objetivos.

A modo de propuesta, podrá plantearse que a nivel del equipo interdisciplinario se integren los siguientes datos, a entregar mensualmente al Equipo Coordinador de Referencia de SS y R de la institución:

- nº de CI de la consultante,
- su edad,
- condición de ciudadanía o residencia,
- edad gestacional,
- fecha de 1ª consulta y profesional actuante,
- fecha de la 2ª consulta

En poder de esta información procedente del /los equipos interdisciplinarios actuantes, el ECR podrá realizar el seguimiento en caso de falta al control post IVE (4ª consulta) y apoyará la elaboración de la estadística relativa a atención de IVE.

IMPORTANTE: Tiempo para la reflexión por parte de la mujer :

No menos de 5 días a partir del día del primer asesoramiento.

La institución debe garantizar que el proceso de decisión de la mujer permanezca fuera de presiones de terceros *a nivel institucional*, en este período de reflexión

TERCERA CONSULTA - EXPRESION FINAL DE VOLUNTAD:

Consulta con ginecobstetra que recibe la expresión final de la voluntad de la mujer - ratificación de su decisión de interrupción de embarazo, rectificación.

En caso de ratificación de la voluntad, se aplicarán las recomendaciones técnicas basadas en evidencia para la IVE, según Guía Técnica

La institución deberá garantizar la consulta con un/a ginecobstetra una vez cumplido el plazo de reflexión previsto por la ley. Dicho ginecobstetra será el de elección de la mujer; en caso contrario, podrá ser ginecobstetra de guardia, de policlínica, del Equipo Coordinador de salud sexual y reproductiva de la institución, o el del equipo multidisciplinario previsto en la ley.

En esta 3ª consulta la mujer podrá ratificar su decisión inicial de interrupción de la gestación, podrá expresar la voluntad de continuar su embarazo, o continuar con el embarazo y considerar la opción de desvincularse del recién nacido.

A - En caso de ratificación de la decisión de IVE el ginecobstetra deberá:

1. Corroborar con el *Formulario IVE* aportado por la paciente, y la *Constancia de Asesoramiento* adjunta, que se haya brindado asesoramiento por el equipo interdisciplinario, y que hayan transcurrido al menos los 5 días de reflexión.
2. Evaluar la paraclínica solicitada anteriormente (verificación de edad gestacional, y grupo - Rh) y el cumplimiento de los requisitos (el plazo de 12 semanas y la condición de ciudadanía), dejando constancia nuevamente de dicha verificación en el *Formulario IVE - 3ª consulta*.
3. Una vez verificados los requisitos, el ginecobstetra deberá seguir las recomendaciones descritas en la "Guía Técnica para la interrupción voluntaria del embarazo", adjunta, utilizando las prácticas más seguras, y seleccionar el procedimiento en atención a la situación concreta.
4. Brindará explicación a la mujer sobre el procedimiento elegido, y solicitará la firma del *Consentimiento Informado* adjunta al *Formulario IVE*, los que se integrarán a la historia clínica.
5. Indicación del procedimiento seleccionado.
6. Procedimiento farmacológico: es el procedimiento de elección. Se explicarán claramente los signos y síntomas esperables luego del procedimiento y los elementos de alerta que requerirán una consulta de urgencia. Asegurarse que la mujer entienda las instrucciones utilizando un lenguaje sencillo. Promover que cuente con acompañamiento y apoyo emocional en el proceso.
Recordar el teléfono 0800 3131 Línea SIDA, SEXUALIDAD Y DERECHOS, donde se podrá obtener asesoramiento durante el proceso, así como el teléfono de urgencia de la institución y la puerta de entrada por consulta. (Incluido en el *Consentimiento Informado*)
Ante situaciones de riesgo a juicio del profesional se podrá promover la internación
- hospital de día - a las 36 hs de inicio del tratamiento (toma de mifepristona).
7. Procedimiento quirúrgico: en caso de ser necesario, por razones médicas, deberá realizarse dentro del plazo de 48 hs de coordinación, no pudiendo posponerse más de 5 días.
8. Administrar Globulina Anti-D si está indicada, antes de proceder a la realización de la IVE.
9. Independientemente del método de IVE indicado se realizará consejería en anticoncepción post evento (eventualmente se proporcionará el MAC elegido por la mujer, si corresponde).
10. Coordinar una visita de control post IVE a los 10 días, exhortando acerca de su importancia, y explicándole que en caso que no concurra podrá recibir un llamado

personal para conocer su evolución y recordarle dicha visita. (esto figura en el *Consentimiento Informado*).

11. Esta consulta debe ser informada al ECR (indicación o realización de la IVE, o decisión de proseguir el embarazo). La institución definirá el mecanismo pertinente conservando la confidencialidad del proceso.

B - En caso de que la mujer exprese su voluntad de continuar el embarazo:

- * se inicia el control del embarazo, con registro de carné y ficha obstétrica
- Se solicita rutina obstétrica
- Se ofrece seguimiento integral con sicología y servicio social

C - En caso de que la mujer defina la continuidad del embarazo y considere la opción de desvincularse del niño:

- Se inicia el control del embarazo, con registro de carné y ficha obstétrica
- Se solicita rutina obstétrica

Se ofrece seguimiento integral con atención psicológica y social, aplicando el protocolo institucional referido a casos de adopción *

(*Desvinculo y Adopción. Una Mirada integradora. Publicación de Iniciativas Sanitarias. Primera edición. Agosto 2012. ISBN 978-9974-98-766-1.)

CUARTA CONSULTA - CONTROL POST IVE: ante ginecobstetra, obstetra partera o médico de familia (de preferencia ante el ginecobstetra que indicó la IVE)

Esta consulta es muy importante, a efectos de asegurar la eficacia del procedimiento, la salud y seguridad de la paciente, y completar la información que requiere el MSP.

En esta consulta el profesional deberá:

1. Realizar la evaluación clínica de la paciente post IVE, y eventualmente paraclínica (ecografía post IVE)
2. Diagnóstico y atención de eventuales complicaciones que puedan afectar cualquier área (bio-psico-social).
3. Orientar y asesorar sobre futuros embarazos, anticoncepción, acceso a Servicios de Salud Sexual y Reproductiva.
4. Referir para atención integral de salud a médico o equipo de referencia.
5. Esta consulta debe ser informada al ECR La institución definirá el mecanismo pertinente conservando la confidencialidad del proceso

IMPORTANTE: en caso de falta de concurrencia a la cita post IVE, la institución definirá un procedimiento de búsqueda activa que sin comprometer la confidencialidad promueva el control post IVE y gestione posibles riesgos.

**N
O
T
A** El proceso asistencial hasta la IVE (Consultas 1 a 3, incluyendo tiempo de reflexión) no deberá exceder los 7 días a partir del momento de la primera consulta, siempre que la mujer disponga del plazo mínimo de reflexión (5 días). Si la mujer desea un plazo mayor de reflexión se debe respetar el mismo, informado sobre el plazo máximo para proceder a la IVE en el marco de la ley

La institución y sus técnicos deberán extremar esfuerzos para abreviar los tiempos de demora asistencial en particular en las situaciones de consulta inicial próxima a las 12 semanas.

Con el objetivo de registrar la eficacia y seguridad de los fármacos a utilizar para la IVE, se realizará un sistema de fármaco-vigilancia activa. El mismo está basado en la recolección de datos, sistemática y detallada, de las sospechas de reacciones adversas vinculadas a los medicamentos utilizados para la interrupción voluntaria del embarazo. Las Reacciones Adversas al Medicamento (RAM) serán informadas por la paciente a su ginecólogo tratante quien contará con un formulario de notificación oficial específico para su registro. El mismo, está disponible en formato papel o, puede accederse a él a través de la página web del MSP por el link http://www.msp.gub.uy/uc_3831_1.html.

Se incluyen dentro del concepto de Reacción Adversa a Medicamento (RAM) las fallas en la interrupción del embarazo (continuación del embarazo luego de completadas todas las dosis recomendadas).

Con el fin de preservar la confidencialidad, no se solicita completar los datos de nombre, apellido y teléfono de la paciente. Es necesario incluir el número de C.I para evitar contabilizar el evento más de una vez cuando la notificación llega por varias vías.

Una vez que se completen los datos solicitados en el formulario, éste será enviado a la Dirección Técnica de la Institución de Salud, a la cual pertenece la paciente. La Dirección Técnica implementará los mecanismos necesarios para comunicar el evento a la Unidad de Farmaco-vigilancia del MSP.

8. DETALLES NORMATIVOS

8.1 Acerca de las condiciones particulares consideradas por la Ley 18987 en la situación general (IVE durante las primeras 12 semanas de gestación, inclusive.), vinculadas a la capacidad de consentir: edad menor de 18 años, y acreditación judicial de incapacidad

- * **Condición: edad menor de 18 años:** la concurrencia de una adolescente menor de 18 años no habilitada obliga a la consideración de su autonomía progresiva prevista por las Leyes 18987, 18426 y el código de la Niñez y la Adolescencia (ley 17826) . Esta evaluación será preferentemente realizada por los técnicos del equipo interdisciplinario. (ver Autonomía Progresiva en Anexo III)

Si el equipo considera que la mujer adolescente es capaz de tomar decisiones autónomas, su sola voluntad definirá la continuidad del proceso.

Si a juicio del equipo esa adolescente no configura condición de autonomía, más allá de considerar su opinión, deberá realizarse consulta con sus padres, o de estar éstos ausentes, otro adulto referente.

Si existe coincidencia de opinión, será conveniente que padres y/o adulto acompañen el proceso de asesoramiento.

De no coincidir la voluntad de padres o adulto referente con la de la adolescente, y agotados los esfuerzos por lograr consensos, la adolescente podrá optar por concurrir ante Juez a dirimir la decisión. (Juzgado de Familia en Montevideo, Juzgado de Paz en el interior).

En ningún caso la voluntad de interrupción de la gestación por parte de padres/adulto podrá imponerse a la voluntad contraria de la adolescente.

La condición de autonomía de la adolescente debe quedar claramente explicitada en el *Formulario IVE - 2ª consulta* y en la historia. En caso de evaluación positiva, tanto la *Constancia de Asesoramiento* como el *Consentimiento Informado* serán firmados por ella. En caso de evaluación negativa de su autonomía, pero existiendo acuerdo con padres o adulto referente, todos registrarán su firma.

- * **Condición: acreditación judicial de incapacidad:** esta situación ocurre cuando habiendo previa declaración judicial de incapacidad, se presenta el curador/a con dicha documentación, solicitando la IVE. Se debe iniciar el proceso de la 1ª y 2ª consulta (de asesoramiento) por parte del curador/a, siendo importante que la mujer participe de esta entrevista, en caso que su situación de incapacidad no se lo impida. Debe informarse la necesidad de presentar la venia judicial respectiva, (trámite iniciado ante abogado) sin la cual no se procederá a la IVE. Será el curador quien firme la *Constancia de Asesoramiento*, y el *Consentimiento Informado*.

El formulario judicial_ venia del Juez ratificando la voluntad de interrupción del curador - deberá anexarse al *Formulario IVE*, y consignarse en la HC.

De tratarse de mujer con incapacidad no declarada judicialmente, y concurriendo los padres o adulto referente a solicitar la IVE, se procederá tal como se señaló anteriormente en la consideración de menor de 18 años sin condición de autonomía.

En ningún caso la voluntad de interrupción de la gestación por parte de padres/adulto podrá imponerse a la voluntad contraria de esta mujer.

8.2 Acerca de las situaciones excepcionales vinculadas a violación, condición de salud de la mujer o procesos patológicos que provoquen malformaciones del feto.

Estos procedimientos no requieren la entrevista con equipo interdisciplinario ni el periodo de reflexión establecido para la situación general.

- **Condición: violación. (situación excepcional 4)** La ley prevé que en este caso la realización de la IVE podrá ocurrir en gravidez de hasta 14 semanas inclusive.
REQUISITO: expresión de voluntad de IVE por parte de la mujer ante cualquier profesional, con presentación de la denuncia judicial de la violación (nota presentada ante Juez, con sello de la sede judicial) (Juzgado Letrado de 1ª Instancia en lo penal en Montevideo, y en el interior ídem, y si no lo hubiera, Juzgado de Paz).

Si la expresión de voluntad (1ª consulta) es realizada ante un médico no ginecobstetra, se deberá indicar pase inmediato y responsable al mismo.

La mujer podrá presentar o no la denuncia judicial. Si no la trae, asesorarla sobre su derecho a presentarse ante sede judicial y tramitar la misma. Si la presenta: realizar evaluación clínica, solicitar paraclínica, considerar los requisitos. Debido a que no se requiere el asesoramiento por el equipo interdisciplinario, no se pide la firma de la *Constancia de Asesoramiento*.

En una 2ª consulta, el ginecobstetra, confirmados los requisitos, - incluyendo los plazo legales establecidos, 14 semanas -define el procedimiento, informa a la mujer, hace firmar el *Consentimiento Informado* y procede a la indicación.

En 3ª consulta: Control Post IVE. Nueva notificación al ECR sobre la concurrencia, de modo de identificar las faltas a control.

En caso de adolescente menor de 18 años no habilitada, que expresa su voluntad de IVE ante un médico, y presenta denuncia judicial de violación, se verifica su condición de ciudadanía, se evalúa su edad gestacional por FUM, se solicita paraclínica, y se evalúa su condición de autonomía

De considerarse afirmativa, se actuará como en el caso anterior.

En caso contrario, se solicitará la presencia de sus padres o adulto referente, y se actuará como en la situación descrita en Condición: menor de 18 años.

En caso de mujer con acreditación judicial de incapacidad cuyo curador se presenta a solicitar una IVE con una denuncia judicial de violación, deberá presentarse además venia judicial

En ningún caso la voluntad de interrupción de la gestación por parte de padres/adulto/curador podrá imponerse a la voluntad contraria de la mujer.

N O T A	<i>Si la mujer se presenta ante el médico refiriendo que el embarazo fue producto de una violación, y no desea realizar denuncia judicial, si se está dentro del plazo de las 12 semanas, se procederá según el procedimiento general. (pasaje a equipo interdisciplinario)</i>
----------------------------	---

- **Condición:** grave riesgo para la salud bio-psico-social de la mujer (situación excepcional 5). El riesgo para la salud de la mujer será valorado en su gravedad por los profesionales actuantes solicitando las interconsultas pertinentes. No se requerirá la intervención del equipo interdisciplinario previsto para la situación general. El registro de esta situación, el **Consentimiento Informado** y el procedimiento realizado deben registrarse en la historia clínica. (la situación de gravedad puede eximir de la firma de la mujer, pero exigirá otra firma de referente como es habitual)

De tratarse de adolescente menor de 18 años, se evaluará la autonomía y en caso positivo se procederá a solicitar el Consentimiento. Si la valoración de autonomía es negativa se deberá contar con el consentimiento de padres o adulto referente, firmando el Consentimiento Informado la adolescente y el/los adultos.

Esta consulta debe ser informada al ECR. La institución definirá el mecanismo pertinente

- **Condición:** Proceso patológico que provoque malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina. (situación excepcional 6)

La definición de incompatibilidad con la vida extrauterina será competencia exclusiva de la Comisión Asesora que se conformará a estos efectos en la órbita del MSP. En todos los casos, la solicitud de consideración de causal ante dicha Comisión deberá contar con el consentimiento Informado habitual de la institución, expresado por la mujer previamente. También podrá ser planteada la solicitud de consideración por la mujer embarazada, ante dicha Comisión, en caso que el técnico actuante lo haya desestimado.

En caso de resolución positiva de dicha Comisión, autorizando la IVE, se procederá a la misma, considerando la situación concreta. La resolución de la Comisión se adjuntará a la HC.

De tratarse de adolescente menor de 18 años no habilitada, se evaluará la autonomía y en caso positivo se procederá a solicitar el consentimiento. Si la valoración de autonomía es negativa se deberá contar con el consentimiento de padres o adulto referente, firmando el mismo la adolescente y el/los adultos.

Esta intervención debe ser informada al ECR. La institución definirá el mecanismo pertinente conservando la confidencialidad del proceso

8.3 - Acerca de la confidencialidad:

La gestión del proceso de atención, debe asegurar la privacidad de la atención a la usuaria, y la máxima confidencialidad.

Se evitará la cartelera explícita, la entrega de folletería fuera del consultorio, la entrega de medicación en forma abierta.

Se orientará a todo el personal, incluyendo al personal de administración y de servicio, acerca de esta prestación y la necesaria ~~confidencialidad~~ confidencialidad en toda la cadena de procesos, en el marco de la atención a la salud sexual y reproductiva.

Más allá del registro en la HC, otros registros necesarios como el *Formulario IVE*, la *Constancia de Asesoramiento* y el *Consentimiento Informado* que saldrán de la custodia institucional temporalmente en el trámite general (situaciones 1 a 3) se apoyarán en la identificación exclusiva por documento de identidad.

En caso que la mujer manifieste su deseo que no quede registro alguno en la historia, - derecho por ley 18331 - se le explicará que si bien pueden no adjuntarse los registros antedichos en la historia clínica, y no realizarse registros específicos, los anteriores formularios (deberán permanecer en custodia por parte de Registros Médicos de la institución. Serán enviados aparte de la HC, con el rotulo "confidencial" para su custodia separada, según lo tenga establecido la Institución.

8.4 - Acerca de los tiempos del proceso

- La Ley promueve la premura en la consulta con el equipo interdisciplinario (el mismo día o al día siguiente a la 1ª consulta), por lo que los días se considerarán corridos, en especial si la urgencia del plazo lo amerita.
- Plazo de reflexión de 5 días: este plazo se inicia el día que comienza el asesoramiento del equipo interdisciplinario
- Plazo máximo para la fecha de la 3ª consulta: El equipo interdisciplinario durante la 2ª consulta deberá entregar a la mujer la siguiente información en forma escrita:
 - a) fecha de la 3ª consulta: ésta será calculada sumando 5 días al día de la consulta en curso
 - b) fecha en la cual se cumplen las 12 semanas completas, calculada a partir de FUM o de ecografía de estar disponible.

NOTA: La IVE debe realizarse en los plazos menores, a menor edad gestacional menor riesgo. Deben tenerse en cuenta las definiciones de la Guía Técnica y de la Ley

• Plazo máximo para la IVE: en la 3ª consulta, en caso de indicación de tratamiento médico el ginecobstetra actuante deberá entregar a la mujer en forma escrita, la fecha en la cual se cumplen las 12 semanas completas, (o 14, en caso de violación) (plazos máximos legales de la IVE), calculadas a partir de FUM o de ecografía de estar disponible, dejando registro en la historia clínica.

• Plazos para la interrupción quirúrgica del embarazo. En los casos que se requiera de una interrupción quirúrgica del embarazo, (AMEU, cesárea) la misma deberá realizarse lo antes posible, dentro del plazo de 48 hs de coordinación, no pudiendo posponerse más de 5 días.

8.5 - Acerca de la gestión institucional y sus responsabilidades

- Conformación de los equipos interdisciplinarios: la institución facilitará la conformación y articulación de los profesionales establecidos, (ginecobstetra, área salud mental y área social) en uno o más equipos interdisciplinarios, de forma de facilitar el acceso de las mujeres, y hará conocer a todos los médicos su localización y contacto para una referencia responsable y confidencial

Disponibilidad de la paraclínica y la medicación: el acceso a la paraclínica desde la 1ª consulta deberá ser facilitado independientemente del lugar de la misma, y los ginecobstetras deberán contar en la 3ª consulta con los resultados de la paraclínica, (la ecografía y el grupo sanguíneo y Rh) Se dispondrá de la medicación a indicar para IVE en todas las farmacias institucionales.

- Los prestadores deberán gestionar el proceso asistencial, estableciendo recursos según corresponda (hospital de día para apoyo, o similar) así como la orientación al personal en su conjunto de forma de facilitar: el acceso a la prestación, la seguridad de la paciente y la condición de confidencialidad
- Se brindará por parte de todos los prestadores la capacitación al personal de salud en competencias y destrezas para las mejores prácticas de la IVE, para el trabajo interdisciplinario y el asesoramiento en las diversas prestaciones socio-sanitarias. El MSP brindará la necesaria orientación para este fin.
- Los prestadores definirán la forma del seguimiento de las mujeres que no concurrieron a la 4ª consulta, de manera de minimizar los riesgos y asegurar la condición de salud y confidencialidad de las consultantes.
- Los prestadores gestionarán la información de todo el proceso de forma de aportar los datos que solicitará el MSP en forma mensual, además de los parámetros de interés propios. En este Manual se realiza una propuesta de monitoreo y centralización de datos por parte del Equipo Coordinador de Referencia, sin perjuicio de que cada prestador gestione según criterios propios.
- Los prestadores deberán informar a las/los usuarios de la existencia de los servicios IVE, los procedimientos y dispositivos de atención, y la importancia de consultar precozmente en caso de embarazo no deseado.
- Los prestadores deberán respetar la decisión de los profesionales que hicieran objeción de conciencia

8.6 - Acerca de la documentación médico-legal propia de la IVE: *Constancia de Asesoramiento y Consentimiento Informado.*

Se definen la Constancia de Asesoramiento y Consentimiento Informado como documentos médico legales vinculados a la IVE.

El primero - *Constancia de Asesoramiento* - recaba la confirmación del asesoramiento recibido, y su firma debe ser recogida por el equipo interdisciplinario en la 2ª consulta. Aplica para las situaciones generales (1 a 3)

El segundo, - *Consentimiento Informado* - será recogido por el ginecobstetra actuante en la 3ª consulta, y da cuenta de la comprensión del procedimiento, de los plazos legales, de la aceptación de la IVE, de la importancia del control posterior, y de que si no concurriera podrá recibir una llamada confidencial para conocer su evolución. Aplica para las situaciones generales (1 a 3) y en las situaciones excepcionales cuando se indique tratamiento farmacológico.

8.7 - Acerca de la entrevista con el progenitor

La entrevista con el progenitor de la gestación en curso se realizará ante la solicitud de la mujer.

En caso que la mujer mencione que desea una entrevista con el progenitor, el equipo interdisciplinario le otorgará cita dentro de los 5 días, o le invitará a concurrir con la mujer, según conveniencia. En la misma se informará sobre:

- el derecho de la mujer a decidir sobre la interrupción o continuación del embarazo y al cuidado de su salud,
- las características del procedimiento IVE
- la importancia del acompañamiento y contención durante todo el proceso.

8.8 - Acerca de los registros

- **Formulario IVE e Indicación IVE:** Se define un *Formulario IVE* específico que deberá ser adoptado por todo prestador. (Anexo I). Este formulario deberá estar accesible al menos en la consulta de todo ginecobstetra, y en la atención del equipo interdisciplinario.

Será iniciado en la 2ª consulta, - eventualmente en la 1ª de estar disponible - se le anexará la *Indicación IVE* de la 1ª consulta aportada por la paciente (pag 10). El *Formulario IVE* - junto a la *Constancia de Asesoramiento* firmada - será entregado a la mujer para su custodia transitoria y entrega en oportunidad de realizar la 3ª consulta ante ginecobstetra. Este finalizará el registro con la definición de la intervención, solicitará la firma en el *Consentimiento Informado*, y adjuntará todos los formatos en la historia clínica

El registro en el Formulario IVE no exime de realizar el necesario registro en la HC en cada oportunidad.

Registros en situación 5 a 6: Las situaciones excepcionales, en particular la 5 (riesgo para la salud de la mujer) y la 6 (malformación fetal no compatible con vida extrauterina) no requieren Formulario IVE ya que el registro inicial y posterior es realizado por el mismo ginecobstetra. En ambos casos, los informes de interconsultas requeridos para la toma de

El primero - *Constancia de Asesoramiento* - recaba la confirmación del asesoramiento recibido, y su firma debe ser recogida por el equipo interdisciplinario en la 2ª consulta. Aplica para las situaciones generales (1 a 3)

El segundo, - *Consentimiento Informado* - será recogido por el ginecobstetra actuante en la 3ª consulta, y da cuenta de la comprensión del procedimiento, de los plazos legales, de la aceptación de la IVE, de la importancia del control posterior, y de que si no concurriera podrá recibir una llamada confidencial para conocer su evolución. Aplica para las situaciones generales (1 a 3) y en las situaciones excepcionales cuando se indique tratamiento farmacológico.

8.7 - Acerca de la entrevista con el progenitor

La entrevista con el progenitor de la gestación en curso se realizará ante la solicitud de la mujer.

En caso que la mujer mencione que desea una entrevista con el progenitor, el equipo interdisciplinario le otorgará cita dentro de los 5 días, o le invitará a concurrir con la mujer, según conveniencia. En la misma se informará sobre:

- el derecho de la mujer a decidir sobre la interrupción o continuación del embarazo y al cuidado de su salud,
- las características del procedimiento IVE
- la importancia del acompañamiento y contención durante todo el proceso.

8.8 - Acerca de los registros

- **Formulario IVE e Indicación IVE:** Se define un *Formulario IVE* específico que deberá ser adoptado por todo prestador. (Anexo I). Este formulario deberá estar accesible al menos en la consulta de todo ginecobstetra, y en la atención del equipo interdisciplinario.

Será iniciado en la 2ª consulta, - eventualmente en la 1ª de estar disponible - se le anexará la *Indicación IVE* de la 1ª consulta aportada por la paciente (pag 10). El *Formulario IVE* - junto a la *Constancia de Asesoramiento* firmada - será entregado a la mujer para su custodia transitoria y entrega en oportunidad de realizar la 3ª consulta ante ginecobstetra. Este finalizará el registro con la definición de la intervención, solicitará la firma en el *Consentimiento Informado*, y adjuntará todos los formatos en la historia clínica

El registro en el Formulario IVE no exime de realizar el necesario registro en la HC en cada oportunidad.

Registros en situación 5 a 6: Las situaciones excepcionales, en particular la 5 (riesgo para la salud de la mujer) y la 6 (malformación fetal no compatible con vida extrauterina) no requieren Formulario IVE ya que el registro inicial y posterior es realizado por el mismo ginecobstetra. En ambos casos, los informes de interconsultas requeridos para la toma de

decisión en la condición de riesgo para la salud, y el informe de la Comisión Asesora, deberán incluirse en la HC.

En estas situaciones, la firma del *Consentimiento Informado* será solicitud siempre que se indique tratamiento farmacológico

Los otros documentos médico-legales necesarios en el proceso e IVE (denuncia judicial de violación, venia del Juez, evaluación de afectación fetal, interconsultas sobre salud de la mujer, otros) deberán integrarse a la historia clínica.

8.9- Acerca de las estadísticas asistenciales a presentar ante MSP

Informes estadísticos mensuales a MSP: Las instituciones deberán presentar al MSP informes mensuales de Estadística institucional con los siguientes datos:

- Nº de Nacimientos / mes
- Nº de primeras consultas realizadas
- Total procedimientos IVE cumplidos (según rango etario y tipo de procedimiento)
- Total de consultantes x IVE con continuidad de embarazo (según rango etario)
- IVE en situaciones excepcionales, según rango etario, (violación, riesgo para la salud de la mujer, anomalías fetales no compatibles con la vida extrauterina)

Esta información a ser presentada ante el MSP, en el formato que éste establezca, junto a la complementaria que la institución defina de interés, deberá ser recabada de la forma que cada institución entienda más pertinente.

8.10 - Acerca de las tasas moderadoras (*sujeto a Decreto Poder Ejecutivo*)

Las tasas moderadoras no deben significar una barrera al acceso al proceso de la IVE, por lo que los distintos pasos del mismo se beneficiarán de las bonificaciones y exoneraciones que actualmente rigen para las consultas y la paraclínica de embarazo, en las situaciones 1 a 4, que transcurren por lo general en el ambulatorio.

- 1ª consulta: Precio de Orden de consulta topeado en caso de consulta ginecológica o de medicina general
- Ordenes de Paraclínica solicitada: serán gratuitas (sólo pago de timbres)
- 2ª consulta con equipo interdisciplinario: será gratuita (sólo timbres)
- 3ª consulta con ginecólogo: ya está topeada
- 4ª consulta con ginecólogo: ya es topeada
- Eventual 2ª ecografía: gratuitas (sólo pago de timbres)
- Entrega de medicación: ticket moderador de medicación

8.11- Acerca de la objeción de conciencia

La objeción de conciencia solo es pertinente para abstenerse de intervenir en el procedimientos de IVE (Art 3º Inciso 5, indicación de procedimiento; y Art 6º inciso B y C, situaciones excepcionales 5 y 6), y no para abstenerse de actuar en los Incisos 1 a 4 del Art 3 de la Ley. (1ª, 2ª y 4ª consulta), como así en los casos de urgencia.

La objeción de conciencia no aplica al aborto terapéutico. (Art 6º inc A).

El medico objetor de conciencia queda obligado en su ejercicio a derivar la paciente a otro médico que asegure la continuidad de la atención.

La objeción de conciencia se presentara por escrito en todas las instituciones en las que el objetor preste servicio

SITUACION GENERAL Y CASOS PARTICULARES				
	1ª consulta Ante cualquier medico	2ª consulta con Eq Interdisciplinario	3ª consulta Ante ginecoobstetra	4ª consulta Ante ginecóbstetra u obstetra partera
Mujer mayor 18 años con embarazo hasta 12 semanas	- Mujer que manifiesta voluntad de IVE - Se verifica condición de ciudadanía o residencia > 1 año - Se evalúa edad gestacional x FUM - Se solicita paraclínica (eco y grupo-Rh) - Completa <i>Indicación IVE</i> para consulta 2 y entrega a la mujer - Registro HC - Derivación responsable al Eq Interdisciplinario	- Asesoramiento sobre derechos, plazos, procedimientos, opciones. - Convocar luego de 5 días post reflexión - Registro en Form IVE adjuntando 1ª consulta - Registro HC - Firma de Constancia de Asesoramiento	- A - Ratificación de decisión de IVE, y verificación de requisitos - Definición del procedimiento y explicación - Firma del Consentimiento Informado - Indicaciones - Registro en <i>Formulario IVE</i> e inclusión del mismo en HC junto al Consentimiento - Registro en HC - B - Decisión de continuar el embarazo	- Control post IVE Clínico y/o ecografico - Anticoncepción - Seguimiento integral corresponde si
				- Control del embarazo - Seguimiento integral corresponde si

Adolescente menor de 18 años	• Adolescente manifiesta voluntad de IVE • Se verifica condición de ciudadanía o residencia > 1 año • Se evalúa edad gestacional x FUM • Se solicita paraclínica (eco y grupo-Rh) • Completa <i>Indicación IVE</i> para consulta 2 y entrega a la mujer • Registro en HC • Deriva al Eq Interdiscipl	• Se valora autonomía progresiva ➢ Si es (+), continúa el proceso ➢ Si es (-), consulta con padres o adulto. - Si coinciden, firman y continúa el proceso. - Si no coinciden, define Juez. - Resto igual	idem	idem
Curador solicita IVE en mujer con acreditación judicial de incapacidad	Curador presenta declaración de incapacidad Se verifica condición de ciudadanía o residencia > 1 año • Se evalúa edad gestacional x FUM • Se solicita paraclínica (eco y grupo-Rh) • Completa indicación IVE para 2ª consulta y entrega a la mujer • Registro en HC Deriva al Eq Interdiscipl Y se informa sobre tramite x venia judicial	El curador acompaña a la mujer ante el equipo interdisciplinario • Recibe asesoramiento sobre derechos, plazos, procedimientos, opciones. • Convocar luego de 5 días post reflexión • Registro en Form IVE adjuntando 1ª consulta • Registro HC • Firma de Constancia de Asesoramiento	Presentación de Venia judicial sin lo cual no se procede	idem  Si no cumple los requisitos, se asesora sobre Ley 18426 Ord 369

El primero - *Constancia de Asesoramiento* - recaba la confirmación del asesoramiento recibido, y su firma debe ser recogida por el equipo interdisciplinario en la 2ª consulta. Aplica para las situaciones generales (1 a 3)

El segundo, - *Consentimiento Informado* - será recogido por el ginecobstetra actuante en la 3ª consulta, y da cuenta de la comprensión del procedimiento, de los plazos legales, de la aceptación de la IVE, de la importancia del control posterior, y de que si no concurriera podrá recibir una llamada confidencial para conocer su evolución. Aplica para las situaciones generales (1 a 3) y en las situaciones excepcionales cuando se indique tratamiento farmacológico.

8.7 - Acerca de la entrevista con el progenitor

La entrevista con el progenitor de la gestación en curso se realizará ante la solicitud de la mujer.

En caso que la mujer mencione que desea una entrevista con el progenitor, el equipo interdisciplinario le otorgará cita dentro de los 5 días, o le invitará a concurrir con la mujer, según conveniencia. En la misma se informará sobre:

- el derecho de la mujer a decidir sobre la interrupción o continuación del embarazo y al cuidado de su salud,
- las características del procedimiento IVE
- la importancia del acompañamiento y contención durante todo el proceso.

8.8 - Acerca de los registros

- **Formulario IVE e Indicación IVE:** Se define un *Formulario IVE* específico que deberá ser adoptado por todo prestador. (Anexo I). Este formulario deberá estar accesible al menos en la consulta de todo ginecobstetra, y en la atención del equipo interdisciplinario.

Será iniciado en la 2ª consulta, - eventualmente en la 1ª de estar disponible - se le anexará la *Indicación IVE* de la 1ª consulta aportada por la paciente (pag 10). El *Formulario IVE* - junto a la *Constancia de Asesoramiento* firmada - será entregado a la mujer para su custodia transitoria y entrega en oportunidad de realizar la 3ª consulta ante ginecobstetra. Este finalizará el registro con la definición de la intervención, solicitará la firma en el *Consentimiento Informado*, y adjuntará todos los formatos en la historia clínica

El registro en el Formulario IVE no exime de realizar el necesario registro en la HC en cada oportunidad.

Registros en situación 5 a 6: Las situaciones excepcionales, en particular la 5 (riesgo para la salud de la mujer) y la 6 (malformación fetal no compatible con vida extrauterina) no requieren Formulario IVE ya que el registro inicial y posterior es realizado por el mismo ginecobstetra. En ambos casos, los informes de interconsultas requeridos para la toma de

decisión en la condición de riesgo para la salud, y el informe de la Comisión Asesora, deberán incluirse en la HC.

En estas situaciones, la firma del *Consentimiento Informado* será solicitud siempre que se indique tratamiento farmacológico

Los otros documentos médico-legales necesarios en el proceso e IVE (denuncia judicial de violación, venia del Juez, evaluación de afectación fetal, interconsultas sobre salud de la mujer, otros) deberán integrarse a la historia clínica.

8.9- Acerca de las estadísticas asistenciales a presentar ante MSP

Informes estadísticos mensuales a MSP: Las instituciones deberán presentar al MSP informes mensuales de Estadística institucional con los siguientes datos:

- Nº de Nacimientos / mes
- Nº de primeras consultas realizadas
- Total procedimientos IVE cumplidos (según rango etario y tipo de procedimiento)
- Total de consultantes x IVE con continuidad de embarazo (según rango etario)
- IVE en situaciones excepcionales, según rango etario, (violación, riesgo para la salud de la mujer, anomalías fetales no compatibles con la vida extrauterina)

Esta información a ser presentada ante el MSP, en el formato que éste establezca, junto a la complementaria que la institución defina de interés, deberá ser recabada de la forma que cada institución entienda más pertinente.

8.10 - Acerca de las tasas moderadoras (*sujeto a Decreto Poder Ejecutivo*)

Las tasas moderadoras no deben significar una barrera al acceso al proceso de la IVE, por lo que los distintos pasos del mismo se beneficiarán de las bonificaciones y exoneraciones que actualmente rigen para las consultas y la paraclínica de embarazo, en las situaciones 1 a 4, que transcurren por lo general en el ambulatorio.

- 1ª consulta: Precio de Orden de consulta topeado en caso de consulta ginecológica o de medicina general
- Ordenes de Paraclínica solicitada: serán gratuitas (sólo pago de timbres)
- 2ª consulta con equipo interdisciplinario: será gratuita (sólo timbres)
- 3ª consulta con ginecólogo: ya está topeada
- 4ª consulta con ginecólogo: ya es topeada
- Eventual 2ª ecografía: gratuitas (sólo pago de timbres)
- Entrega de medicación: ticket moderador de medicación

8.11- Acerca de la objeción de conciencia

La objeción de conciencia solo es pertinente para abstenerse de intervenir en el procedimientos de IVE (Art 3º Inciso 5, indicación de procedimiento; y Art 6º inciso B y C, situaciones excepcionales 5 y 6), y no para abstenerse de actuar en los Incisos 1 a 4 del Art 3 de la Ley. (1ª, 2ª y 4ª consulta), como así en los casos de urgencia.

La objeción de conciencia no aplica al aborto terapéutico. (Art 6º inc A).

El medico objetor de conciencia queda obligado en su ejercicio a derivar la paciente a otro médico que asegure la continuidad de la atención.

La objeción de conciencia se presentara por escrito en todas las instituciones en las que el objetor preste servicio

SITUACION GENERAL Y CASOS PARTICULARES				
	1ª consulta Ante cualquier medico	2ª consulta con Eq Interdisciplinario	3ª consulta Ante ginecoobstetra	4ª consulta Ante ginecóobstetra u obstetra partera
Mujer mayor 18 años con embarazo hasta 12 semanas	- Mujer que manifiesta voluntad de IVE - Se verifica condición de ciudadanía o residencia > 1 año - Se evalúa edad gestacional x FUM - Se solicita paraclínica (eco y grupo-Rh) - Completa <i>Indicación IVE</i> para consulta 2 y entrega a la mujer - Registro HC - Derivación responsable al Eq Interdisciplinario	- Asesoramiento sobre derechos, plazos, procedimientos, opciones. - Convocar luego de 5 días post reflexión - Registro en Form IVE adjuntando 1ª consulta - Registro HC - Firma de Constancia de Asesoramiento	- A - Ratificación de decisión de IVE, y verificación de requisitos - Definición del procedimiento y explicación - Firma del Consentimiento Informado - Indicaciones - Registro en <i>Formulario IVE</i> e inclusión del mismo en HC junto al Consentimiento - Registro en HC - B - Decisión de continuar el embarazo	- Control post IVE Clínico y/o ecografico - Anticoncepción - Seguimiento integral corresponde si
				- Control del embarazo - Seguimiento integral corresponde si

Adolescente menor de 18 años	• Adolescente manifiesta voluntad de IVE • Se verifica condición de ciudadanía o residencia > 1 año • Se evalúa edad gestacional x FUM • Se solicita paraclínica (eco y grupo-Rh) • Completa <i>Indicación IVE</i> para consulta 2 y entrega a la mujer • Registro en HC • Deriva al Eq Interdiscipl	• Se valora autonomía progresiva ➢ Si es (+), continúa el proceso ➢ Si es (-), consulta con padres o adulto. - Si coinciden, firman y continua el proceso. - Si no coinciden, define Juez. - Resto igual	idem	idem
Curador solicita IVE en mujer con acreditación judicial de incapacidad	Curador presenta declaración de incapacidad Se verifica condición de ciudadanía o residencia > 1 año • Se evalúa edad gestacional x FUM • Se solicita paraclínica (eco y grupo-Rh) • Completa indicación IVE para 2ª consulta y entrega a la mujer • Registro en HC - Deriva al Eq Interdiscipl - Y se informa sobre tramite x venia judicial	El curador acompaña a la mujer ante el equipo interdisciplinario • Recibe asesoramiento sobre derechos, plazos, procedimientos, opciones. • Convocar luego de 5 días post reflexión • Registro en Form IVE adjuntando 1ª consulta • Registro HC • Firma de Constancia de Asesoramiento	Presentación de Venia judicial sin lo cual no se procede	idem Si no cumple los requisitos, se asesora sobre Ley 18426 Ord 369

SITUACION EXCEPCIONAL 4

VIOLACION ACREDITADA CON DENUNCIA JUDICIAL				
	1ª consulta Ante cualquier médico	2ª consulta Ante ginecólogo	3ª consulta Ante ginecólogo u obstetra partera	
Mujer mayor de 18 años con denuncia de violación	- Mujer manifiesta voluntad de IVE y presenta denuncia judicial de violación - Se verifica condición de ciudadanía o residencia > 1 año - Se evalúa edad gestacional x FUM (hasta 14 semanas) - Se solicita paraclínica (eco y grupo-Rh) y otras - Completa indicación IVE (de ser necesario) y se entrega a la mujer Registro en HC	- Verificación que corresponde IVE por edad gestacional - Definición del procedimiento y explicación - Indicaciones - Firma del consentimiento - Registro en HC	- Control post IVE - Clinico y/o ecograf - Anticoncepción - Otros apoyos	
Adolescente menor de 18 años con denuncia de violación	- adolescente manifiesta voluntad de IVE y presenta denuncia judicial de violación - Se verifica condición de ciudadanía o residencia > 1 año - Se evalúa edad gestacional x FUM (hasta 14 semanas) - Se solicita paraclínica (eco y grupo-Rh) y otras - Completa indicación IVE si corresponde y entrega a la mujer, o Registro HC	- Verificación que corresponde IVE por edad gestacional - Se valora autonomía progresiva - Si es (+), continua el procedimiento - Si es (-), consulta con padres o adulto. - Si coinciden, firman y continúa procedimiento - Si no coinciden, define Juez.	- Control post IVE - Clinico y/o ecograf - Anticoncepción - seguimiento integral si corresponde	 Si no cumple los requisitos, se asesora sobre Ley 18426 Ord 369
		 Si no presenta denuncia y está en plazo de 12 semanas, proponer el procedimiento general por no victimizar.		
De tratarse de mujer con declaración de incapacidad cuyo curador solicita IVE ante violación, debe presentar además de la denuncia judicial de violación, la acreditación judicial de incapacidad, y la venia judicial correspondiente				

SITUACION EXCEPCIONAL 5

GRAVE RIESGO PARA LA SALUD BIO PSICO SOCIAL DE LA MUJER	
	Proceso
Mujer mayor de 18 años embarazada de cualquier edad, con grave riesgo para su salud bio psico social	• Posiblemente en internación (de tratarse de una emergencia no aplican los pasos siguientes, sí la firma del Consentimiento por un referente) • El profesional actuante diagnostica grave riesgo para la salud de la mujer • interconsultas verificadoras de este diagnóstico (de ser necesario) • Asesora riesgos y beneficios del adecuado procedimiento • Solicita consentimiento • Indica / realiza procedimiento • Registra en HC. ECR recibe la información • Evaluación/ consulta post IVE • ECR recibe la información de consulta post IVE
Mujer menor de 18 años embarazada de cualquier edad, con grave riesgo para su salud bio psico social	• posiblemente en internación (de tratarse de una emergencia no aplican los pasos siguientes, sí la firma del Consentimiento por un referente) • El profesional actuante diagnostica grave riesgo para la salud de la adolescente • interconsultas verificadoras de este diagnóstico (de ser necesario) • Asesora riesgos y beneficios del adecuado procedimiento • Evaluación de autonomía. Si es positiva, se continúa con el procedimiento. Si es negativa, se define con padres o adulto referente • si hay coincidencia, se continúa con el procedimiento, si no hay coincidencia, decide Juez • Solicita firma del consentimiento • Indica / realiza procedimiento • Registra en HC. ECR recibe la información • Evaluación/ consulta post IVE • ECR recibe la información de consulta post IVE

SITUACION EXCEPCIONAL 6

Patologías que pueden provocar malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina			
	1ª instancia	2ª instancia	3ª instancia
Mujer mayor de 18 años	- Se confirma patología fetal - Se asesora a la mujer sobre la incompatibilidad con la vida extrauterina - Se consulta a Comisión Asesora del MSP con firma del profesional actuante y de la mujer (con documentación pertinente) - Registro en HC	- Comisión Asesora define que la malformación fetal es incompatible con la vida extrauterina - Mujer brinda el consentimiento informado - Procedimiento - Registro en HC - ECR recibe la información	- Consulta post IVE - ECR recibe la información
Mujer menor de 18 años	Ídem que anterior + - Evaluación de autonomía. Si es positiva, se continúa con el proceso de consulta - Si es negativa, se define con padres o adulto referente. De haber coincidencia, se continúa con el proceso de consulta. Si no hay coincidencia, decide el Juez	- Comisión Asesora define que la malformación fetal es incompatible con la vida extrauterina - Información y consentimiento informado - Procedimiento - Registro en HC - ECR recibe la información	- Consulta post IVE - ECR recibe la información

ANEXO I – FORMULARIO IVE

ANEXO II – CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO III – ACERCA DE LA AUTONOMIA PROGRESIVA