



Reincidencia de las Interrupciones Voluntarias del Embarazo en personas gestantes que no llegaron a realizar la cuarta etapa del procedimiento anteriormente, en el ámbito de la Salud Privada en Uruguay.

Presentado como requisito para la obtención del título de Obstetra-Partera.

Autoras Brs:

Eliana Martirena
Jessica Pilani
Silvia del Lujan Pizzani
Sofía Petrillo

Tutora: Prof. Adj. OP Kety Rodríguez
Co-Tutora: Asistente Clínica OP Florencia Sena

Marzo, 2025

ÍNDICE.....	3
RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
MARCO TEÓRICO.....	9
Embarazo.....	9
Diagnóstico de Embarazo.....	9
Aborto.....	10
Clasificación.....	11
Tipos de Aborto.....	11
Clasificación según la evolución.....	11
Reseña histórica sobre el aborto en Uruguay.....	12
Normativa.....	15
Primera consulta:.....	16
Segunda consulta:.....	16
Tercera consulta:.....	17
Cuarta consulta:	17
Normativas Internacionales sobre interrupción voluntaria del embarazo.....	18
Algunos datos sobre reincidencia de Abortos.....	19
OBJETIVOS.....	21
Objetivos Específicos.....	21
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	22

Enfoque metodológico	14
Población y Muestra.....	23
Determinación del tamaño muestral.....	23
Desarrollo del estudio de investigación.....	25
Instrumento y recolección de datos.....	25
Análisis de datos.....	26
Discusión de los datos obtenidos.....	26
CONSIDERACIONES ÉTICAS:.....	27
Presupuesto de la investigación.....	27
ETAPAS Y CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN:.....	28
Consideraciones finales:.....	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	31
ANEXOS.....	35
Anexo 1. Consentimiento informado.....	35
Anexo 2.- Pauta de entrevista.....	37

Resumen

Este trabajo final de grado se centra en la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), que ha estado vigente en Uruguay desde 2012. Aunque el aborto era una práctica frecuente antes de la legalización, la ley generó un intenso debate social y político. Este estudio es obligatorio para la obtención del título de obstetra partera y busca investigar la reincidencia en la IVE entre personas que no completaron la cuarta etapa del procedimiento realizado anteriormente.

El objetivo principal es identificar y analizar las barreras y facilitadores que afectan a estas personas en su proceso de decisión y acceso a la IVE. A través de una revisión exhaustiva de la literatura y entrevistas, buscando examinar los factores que influyen en la reincidencia, incluyendo aspectos socioeconómicos y culturales, de personas que hayan accedido a servicios de salud privados en la zona metropolitana de Uruguay.

Asimismo, se estudiará la relación entre las experiencias previas con la IVE y la elección de un nuevo procedimiento, poniendo énfasis en cómo las vivencias anteriores pueden impactar la toma de decisiones futuras. El trabajo también aborda la importancia del acceso a información clara y la necesidad de un enfoque más empático y comprensivo en la atención de salud reproductiva.

Con este análisis, se espera contribuir al entendimiento de los desafíos que enfrentan las personas gestantes en Uruguay y promover un diálogo sobre la importancia de garantizar derechos reproductivos, así como el acceso a servicios de salud adecuados y sin estigmas.

Abstract

This final degree project focuses on the Voluntary Interruption of Pregnancy (IVE) Law, which has been in effect in Uruguay since 2012. Although abortion was a common practice before legalization, the law sparked intense social and political debate. This study is a requirement for obtaining a degree in midwifery and obstetrics, and aims to investigate the recurrence of IVE among pregnant individuals who have not completed the fourth stage of the procedure previously.

The main objective is to identify and analyze the barriers and facilitators that affect these individuals in their decision-making process and access to IVE. Through a comprehensive literature review and interviews, the study seeks to examine the factors influencing recurrence, including socioeconomic and cultural aspects, among pregnant individuals who have accessed private healthcare services in the metropolitan area of Uruguay.

Additionally, the study will explore the relationship between prior experiences with IVE and the decision to undergo a new procedure, emphasizing how past experiences can impact future decision-making. The work also addresses the importance of access to clear information and the need for a more empathetic and understanding approach in reproductive healthcare.

With this analysis, the goal is to contribute to the understanding of the challenges faced by pregnant individuals in Uruguay and promote a dialogue on the importance of ensuring reproductive rights, as well as access to adequate healthcare services without stigma.

Introducción

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) ha sido un tema de considerable debate y atención en las políticas de salud pública, especialmente en contextos donde el acceso a servicios de salud seguros y adecuados es fundamental. En Uruguay, la legalización de la IVE en 2012 marcó un hito significativo en la protección de los derechos reproductivos, permitiendo que las personas gestantes (refiriéndonos como persona gestante, a toda aquella que tenga órganos reproductores que les permitan gestar, sin importar el género) pudieran tomar decisiones informadas sobre su salud y bienestar. Sin embargo, a pesar de estos avances, persisten desafíos en la implementación efectiva de los procedimientos.

Consideramos que este protocolo de investigación está relacionado con el rol que desempeñamos como futuras obstetras parteras, ya que se enfoca en la salud sexual y reproductiva de las personas. Durante el procedimiento de IVE, este rol es fundamental, ya que se basa en la educación y el acompañamiento desde un lugar de respeto y apoyo en la toma de decisiones informadas, así como en el asesoramiento sobre métodos anticonceptivos.

A partir del informe de IVE 2013 - 2022, se observa que, desde 2018, la tasa de interrupciones voluntarias del embarazo en el sector privado supera a la del sector público, además, se dio un aumento de las interrupciones voluntarias de embarazo en el periodo del 2013-2019. Ante esta situación, el equipo decidió enfocar la investigación en los prestadores privados. Surgió la hipótesis de que la reincidencia en el procedimiento podría estar relacionada con la falta de asistencia a IVE 4, última consulta del proceso, tomando como base nuestra experiencia clínica.

Este trabajo tiene como objetivo analizar la reincidencia de las interrupciones voluntarias del embarazo entre personas gestantes, que no completaron la cuarta etapa del proceso en el ámbito privado. Se busca conocer las razones que llevan a esta reincidencia, explorando factores como la accesibilidad de la

atención, la calidad del servicio, el apoyo emocional y la información disponible sobre el mismo.

A través de una encuesta semiestructurada, dirigida a las personas que han vivido esta experiencia en los últimos dos años, y partiendo de los datos estadísticos proporcionados por los centros de salud privados del área metropolitana de Uruguay, se pretende recopilar información que permita identificar áreas de mejora en la atención a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Este análisis es esencial, no sólo para comprender mejor las dinámicas de la atención en salud reproductiva, sino también para contribuir a mejorar las políticas públicas existentes en el país.

En este contexto, la investigación se propone ofrecer una mirada integral sobre las barreras y facilitadores que afectan la experiencia de las personas que optan por la IVE, con el fin de fomentar un acceso más equitativo y de calidad a los servicios de salud reproductiva en Uruguay.

La estructura de este trabajo se organiza en las siguientes secciones: Marco teórico, Objetivos general y específicos, Diseño de la investigación, Análisis de datos, Cronograma de ejecución, Anexos.

Glosario de abreviaturas:

IVE:	Interrupción voluntaria del embarazo.
ILE:	Interrupción legal del embarazo
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
SEGO:	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.
CHPR:	Centro Hospitalario Pereira Rossell.
MSP:	Ministerio de Salud Pública.
SMU:	Sindicato Médico del Uruguay
IS:	Iniciativas Sanitarias
SGU:	Sociedad Ginecotocológica del Uruguay
SNIS:	Sistema Nacional Integrado de Salud.

Marco teórico

Embarazo

Para hablar de aborto, es necesario primero definir el concepto de embarazo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el embarazo se considera como el período que transcurre entre la fecundación de un óvulo por un espermatozoide hasta el parto. Este período se extiende generalmente hasta las 40 semanas de edad gestacional, y no más de 41 semanas. Durante este proceso, la persona gestante experimenta una serie de cambios fisiológicos y psicológicos.

El embarazo está dividido en tres trimestres:

- Primer trimestre: Comprende desde el momento de la concepción hasta la semana 14 de gestación.
- Segundo trimestre: Comienza a partir de las 15 semanas de edad gestacional y se extiende hasta la semana 28.
- Tercer trimestre: A partir de la semana 29 de gestación hasta la semana 40.

Esta clasificación de los trimestres es citada por el Ministerio de Salud Pública de Uruguay.

Diagnóstico de Embarazo

El diagnóstico de embarazo, según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), se basa en una serie de cambios fisiológicos, anatómicos y endocrinos que generan signos y síntomas en la persona gestante. A esto se le denomina diagnóstico de sospecha. Los síntomas incluyen:

- Trastornos digestivos como náuseas y vómitos.
- Trastornos urinarios, como polaquiuria (aumento de la frecuencia urinaria) y tenesmo vesical (sensación de vaciado incompleto de la vejiga).
- Fatiga.
- Percepción de movimientos fetales, que generalmente comienzan a partir de la semana 16 de amenorrea.

- Otros síntomas incluyen cambios de humor, sensibilidad en el olfato y malestar general.

Entre los signos más importantes se encuentra el retraso menstrual, que se define como la ausencia de la menstruación por más de 10 días en una persona sana con ciclos regulares y una fecha de última menstruación confiable. Otros signos incluyen:

- Modificaciones en las mamas: areolas aumentadas de tamaño e hiperpigmentadas, tensión mamaria, aparición de las glándulas de Montgomery y, en algunos casos, secreción mamaria.
 - Red venosa de Haller: una red venosa superficial visible en las mamas.
 - Elevación de la temperatura basal, entre otros cambios.

El diagnóstico de confirmación se basa en la detección de la hormona gonadotropina coriónica humana (HCG), una proteína producida por el sincitiotrofoblasto en la placenta. Esta hormona puede ser detectada tanto en pruebas de orina como de sangre desde el octavo o noveno día de ovulación. Los niveles de HCG aumentan en la primera mitad del embarazo y disminuyen en la segunda mitad (Velázquez, 2014).

El diagnóstico ecográfico, que también forma parte del diagnóstico de confirmación, consiste en realizar una ecografía transvaginal. En esta se debe visualizar un saco gestacional intrauterino que contiene un embrión con actividad cardíaca. La ecografía permite además estimar la edad gestacional, identificar la posibilidad de una gestación múltiple y determinar el lugar de implantación (Velázquez 2014).

Aborto

Para comenzar a hablar sobre aborto primero debemos de saber como se define, dentro de lo que se conoce como aborto tambien podemos clasificarlo de diferentes formas unas de ellas son el aborto espontaneo y el aborto inducido.

Por lo tanto definimos aborto “como la interrupción del embarazo antes de la 20 semanas de amenorrea, o con embrión o feto menor de 500 gr, independientemente

del carácter espontáneo o provocado del mismo”(Schwarcz, Fescina & Duverges, 2006).

Clasificación

El aborto puede clasificarse de varias maneras, entre ellas:

- Aborto precoz: ocurre antes de las 12 semanas.
- Aborto tardío: ocurre después de las 12 semanas.

Según la etapa del desarrollo en que se encuentre el feto, se dividen en:

- Pre Embrionario: hasta la semana 5 o 6 desde la fecha de última menstruación.
- Embrionario: comprendido entre la semana 7 y la semana 9.
- Fetal: desde la semana 11 hasta la semana 20.

A partir de la semana 20, se considera óbito fetal.

Tipos de Aborto

1. Aborto espontáneo: sucede antes de la semana 20 de gestación, con un feto inviable menor de 500 gramos (Larroca y Chaquiriand, 2021). Las causas de este tipo de aborto pueden ser diversas, incluyendo factores endocrinos, infecciosos, genéticos, anatómicos, enfermedades maternas crónicas, causas inmunológicas o iatrogénicas (Larroca y Chaquiriand, 2021).

2. Aborto inducido o provocado: “resulta de maniobras directas destinadas a interrumpir el embarazo. Puede ocurrir en el contexto de la legalidad o ilegalidad” (Cabero i Roura et al., 2014).

Clasificación según la evolución

- Amenaza de aborto: Para Schwarcz et al. (2006), ocurre cuando una persona en edad reproductiva se encuentra en amenorrea, con un útero que evoluciona acorde a las semanas de gestación. Se acompaña de dolor en hipogastrio, tipo cólico similar al período menstrual, metrorragia escasa y

contracciones uterinas sin modificaciones cervicales.

- Aborto inminente: Se caracteriza por metrorragia abundante con coágulos, dolor intenso en hipogastrio y dilatación cervical (Schwarcz, Fescina & Duverges, 2006).

- Aborto retenido: “Muerte del huevo in útero que, por diversas razones, no es expulsado al exterior. También se le denomina huevo muerto y retenido, lo que significa que el útero no se ha contraído ni ha dilatado totalmente su cuello para expulsar el 'cuerpo extraño' que es el huevo muerto en su interior” (Schwarcz, Fescina & Duverges, 2006).

- Aborto recurrente: Se caracteriza por la pérdida de 3 o más gestaciones de forma espontánea, menores a 20 semanas (Larroca & Chaquiriand, 2021).

En cuanto a su terminación, se establecen tres posibles situaciones clínicas:

1. Aborto completo: Se define como aquel en el cual “el huevo es expulsado espontáneamente y completamente del útero. Todo entra en regresión: desaparecen los cólicos uterinos, cesa la hemorragia y el útero recupera el tamaño y consistencia previos al embarazo, cerrándose de nuevo el orificio interno del cuello uterino” (Schwarcz, Fescina & Duverges, 2006).

2. Aborto incompleto: Según Schwarcz et al. 2006), se presenta cuando permanecen restos del producto de la concepción dentro de la cavidad uterina. Se caracteriza por un útero blando, sin retracción, con los dos orificios cervicales dilatados y con una hemorragia escasa y continua.

3. Aborto infectado: Este tipo de aborto se refiere a la no resolución de un aborto incompleto, donde aumentan las posibilidades de infecciones producidas por gérmenes que ascienden a la cavidad uterina (Schwarcz, Fescina & Duverges, 2006).

Reseña histórica sobre el aborto en Uruguay

En nuestro país, el aborto ha sido y seguirá siendo un tema de gran relevancia social. Tras años de debates parlamentarios sobre la modificación del régimen legal, en 2012 se aprobó la Ley N.º 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).

A lo largo de la historia, la despenalización del aborto ha contado con la participación de numerosos actores, incluyendo profesionales de la salud, políticos y miembros de la comunidad. Sin embargo, los movimientos feministas han sido los principales impulsores de los proyectos de ley para la despenalización del aborto. Estos proyectos llegaron a los sectores más importantes del Senado, pero finalmente fueron rechazados.

Sin duda, los colectivos feministas, liderados por mujeres, han sido quienes se involucraron más profundamente en este tema. Fueron los encargados de forjar los principios de lucha para defender el derecho de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo y su sexualidad.

“En la base de las luchas feministas está el aborto, y en el centro de la lucha por el aborto están los derechos de las mujeres. El reconocimiento de una problemática social, la legitimación ciudadana de los derechos sexuales y reproductivos, los conflictos de la desigualdad de género, y una perspectiva integral de los derechos humanos, con un Estado que debe validar y garantizar el cumplimiento de estos derechos”. (Alejandro. J. Capriati, 2017, p25.)

Pero, desde 1938 hasta octubre de 2012, el aborto se consideraba un delito bajo la Ley N.º 9.763. Sin embargo, dicha ley incluía ciertos incisos en los que, si el aborto era realizado por un médico dentro de los tres primeros meses de gestación, podría eximirse de la pena. En caso de que el aborto fuera consecuencia de una violación, estuviera motivado por causas graves de salud o fuera necesario para salvar la vida de la mujer, se contemplaba la exención de la pena. Asimismo, por razones de angustia económica, la pena también podría ser eximida. En situaciones donde se considerara necesario preservar el honor de la mujer, su esposa o un familiar cercano, el juez, tomando en cuenta las circunstancias, podía decidir la exención total de la pena.

Entre los años 1934 y 1938, hubo un período en el que el aborto fue despenalizado, coincidiendo con una temprana transición demográfica y el reconocimiento del aborto como un método de planificación familiar.

Otro determinante importante surgió a finales del siglo XIX, donde se observaba un incremento en la mortalidad materna (muerte de la persona gestante) debido a los abortos llevados a cabo en condiciones peligrosas.

Para la Organización Mundial de la Salud:

“La muerte materna es la muerte de una persona mientras está embarazada o dentro de los 42 días de haber terminado un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales. (OMS, 2017; p5)

Entre 1992 y 2001, Uruguay enfrentó una tasa de mortalidad materna de 2,3 por cada 10.000 nacidos vivos, siendo el aborto en condiciones de riesgo la principal causa de estas muertes. Esta situación se convirtió en un grave problema de salud pública que requería una pronta respuesta por parte de los sistemas gubernamentales.

En 2001, un grupo de profesionales de la salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, que trabajaba en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), descubrió que el aborto en condiciones de riesgo era responsable del 47% de las muertes maternas en el hospital y del 28% en el país entre 1995 y 1999, convirtiéndose en la principal causa de mortalidad materna en la población estudiada. Para abordar este problema de salud pública, surgió la asociación Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo. Este grupo desarrolló una estrategia centrada en reducir los riesgos y daños del aborto inseguro, incorporando el tema del embarazo no deseado o no aceptado y el aborto en el marco del derecho a la atención en salud de la persona dentro del sistema sanitario. Este enfoque innovador se diseñó para enfrentar el aborto inseguro en países con leyes restrictivas sobre la interrupción del embarazo.

La estrategia presentada a la Sociedad Ginecotológica del Uruguay (SGU), a las autoridades del CHPR, a la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y al Sindicato Médico del Uruguay (SMU) recibió apoyo de estas instituciones profesionales y académicas, consolidando así un respaldo institucional para su implementación. Como resultado, se estableció la Policlínica de Asesoramiento en el CHPR, donde los profesionales de Iniciativas Sanitarias (IS) asesoraban a personas gestantes con embarazos no deseados para reducir los riesgos asociados al aborto inseguro. Este modelo se basa no solo en el derecho a la salud, sino también en el derecho a recibir información. En la policlínica, se realizaban consultas de orientación tanto antes como después de la interrupción del embarazo, aunque las personas debían procurar el acceso al Misoprostol de manera clandestina. En 2004, la estrategia fue oficialmente reconocida por el Ministerio de Salud Pública (MSP) mediante la Ordenanza 369/04, titulada «Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de Protección Materna frente al Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo».

En 2012, durante el gobierno del Presidente José Mujica, se aprueba la Ley de IVE, no obstante el oficialismo representado por el Frente Amplio, en procura de lograr para asegurarse que el proyecto se aprobara, accede a modificar el contenido de la ley, haciéndola más restrictiva, volviéndose además el texto más ambivalente respecto de la autonomía reproductiva de las personas gestantes como lo muestra el lenguaje inicial de su primer artículo:

“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”. (Ley 18987, IVE, art 1 Uruguay)

Normativa

La Guía Técnica de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) del Ministerio de Salud Pública (MSP), establece que para iniciar el procedimiento de IVE, la gestación no debe superar las 12 semanas, ser ciudadana natural o legal o extranjeras con más de un año de residencia en el territorio, presentación obligatoria

en todas las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud (SINS), acto médico sin valor comercial, concurrir a las cuatro consultas, tener los días de reflexión correspondiente y consentimiento. Este proceso se divide en cuatro etapas, que son gestionadas por un equipo multidisciplinario. Para comenzar el procedimiento, la persona debe acudir al centro asistencial más cercano, donde recibirá la información y el apoyo necesarios para tomar su decisión.

A continuación, basándonos en el Manual de Procedimientos para el Manejo Sanitario de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, describiremos detalladamente cada una de las etapas y sus respectivas funciones.

Primera consulta:

En el primer contacto con la persona gestante que expresa su deseo de realizarse una IVE, el rol de la Obstetra Partera consiste en ofrecer un asesoramiento claro y respetuoso, informando sobre las opciones disponibles. Una de estas opciones, a las cuales tiene derecho y puede acceder es al desvinculó con el recién nacido producto de la gestación en curso, sobre lo cual el profesional actuante ha de brindar la información completa, sujeta al marco normativo vigente establecido por la Ley N^a 1590. En caso de que la persona decida continuar con el procedimiento, será necesario solicitar una ecografía transvaginal para confirmar las semanas de embarazo, así como exámenes paraclínicos, que incluyen grupo sanguíneo y factor Rh. Tras brindar toda la información pertinente, se procederá a completar un formulario que la persona deberá presentar en las siguientes consultas. Finalmente, se coordinará la segunda visita, que se realizará con el equipo multidisciplinario.

Segunda consulta:

El equipo multidisciplinario que recibirá a la persona gestante está formado por un ginecólogo, un psicólogo y un asistente social. Estos profesionales le brindarán información, asesoramiento y apoyo, generando un espacio en el cual la persona pueda evacuar dudas e incertidumbres, y los profesionales puedan ofrecer alternativas. Así, con las herramientas obtenidas, podrá tomar su decisión. De todas

maneras, se le otorgarán, como mínimo, 5 días de reflexión antes de pasar a la próxima etapa. Al finalizar esta consulta, se le deberá solicitar que firme una constancia donde la persona reconozca que recibió el asesoramiento correspondiente.

Tercera consulta:

Luego de los 5 días de reflexión, este tercer encuentro será abordado por un ginecólogo. En caso de que la persona confirme su decisión de interrumpir la gestación, el médico procederá a explicarle el procedimiento y a recetar la medicación para interrumpir el embarazo. Muchas personas gestantes prefieren pasar por dicho proceso en su domicilio, pero también tienen la opción de transitarlo dentro del centro asistencial.

En esta consulta, el profesional deberá brindar asesoramiento sobre métodos anticonceptivos y solicitar la firma de la paciente en un documento, como el consentimiento informado, quedando una copia en la historia clínica y otra que se llevará la persona. En este documento, se dejará por escrito el asesoramiento que ha recibido la paciente, como el procedimiento, los signos y síntomas que puede experimentar al realizarse un aborto y cuándo consultar en caso de emergencia.

Cuarta consulta:

Esta consulta será agendada entre los 7 a 10 días post-aborto. Es importante tener este espacio, ya que se controlará que se haya producido la expulsión completa de la gestación y que no se hayan presentado complicaciones como sangrado, infección, dolor o fiebre. Se le brindará apoyo, contención y se ofrecerán los diferentes métodos anticonceptivos disponibles en la institución, de modo que, junto al asesoramiento de la partera u otro profesional, pueda elegir y así evitar un embarazo no deseado.

Cabe destacar que este proceso es confidencial. Es importante que la persona, en cuanto note la falta de menstruación, y si su deseo es la interrupción, concurra a su centro de salud para solicitar la primera consulta. A tener en cuenta, independientemente de la etapa en la que se encuentre, si expresa su decisión de continuar con el embarazo, se deberá brindar por parte de los profesionales la contención necesaria y guiarla para iniciar los controles obstétricos.

La Obstetra Partera desempeña un rol fundamental en el asesoramiento y educación de la mujer en las diferentes etapas a lo largo de su vida, enfocándose en la prevención y promoción de su salud sexual y reproductiva. Su labor se basa en el respeto por la persona biológicamente de sexo femenino como sujeto de derecho, promoviendo su empoderamiento mediante un enfoque integral que abarca los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de su salud. (Facultad de Medicina, Udelar, Perfil de egresado Obstetra Partera)

Normativas Internacionales sobre interrupción voluntaria del embarazo

Consideramos pertinente mencionar algunas normativas internacionales sobre la interrupción voluntaria del embarazo en casos como los de Ciudad de México, Estado de California, Argentina y España.

En Ciudad de México, la interrupción legal del embarazo (ILE), se ofrece a toda persona gestante que cuente con menos de 12 semanas de edad gestacional. Una vez que la persona presenta la solicitud de interrupción en un centro de salud autorizado, este tiene 5 días para realizar la interrupción. El día del procedimiento, se deberá realizar una ecografía que confirme la edad gestacional. Este procedimiento podrá ser de forma medicamentosa o quirúrgica. En el caso de las menores de edad, deberán concurrir con padre, madre o tutor. El servicio es gratuito y de carácter universal, y se ofrecerá a la persona que se realizó un ILE asesoramiento en salud sexual y reproductiva y planificación familiar (Gobierno de la Ciudad de México, 2021).

En el caso de California, la normativa estatal aprobada en el año 2022/2023 permite que se realicen abortos de forma segura y accesible mientras el feto esté fuera de la viabilidad. El médico que realice el procedimiento definirá de buena fe estos límites, o en el caso de que el riesgo sea mayor para la persona, aunque el feto ya sea viable. Este servicio estará disponible para cualquiera, ya sea residente de California, de otro estado o de otro país, aunque se encuentre en condición de ilegal, mientras pueda pagar el servicio o su seguro médico lo cubra. Los menores de edad podrán realizarse abortos, ya que se los considera capaces de consentir de forma independiente a cualquier edad. En caso de que la persona no pueda costear

el procedimiento, hay fundaciones que colaboran con los gastos. Deberán acceder a un portal web para encontrar las clínicas que realizan este tipo de procedimientos y dirigirse a las mismas. (Know Your Rights: Abortion Access in California.)

En España, la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) está regulada por la Ley Orgánica 1/2023 de Salud Sexual y Reproductiva, Capítulo X. El artículo 13 establece los requisitos para acceder a un IVE, que debe solo puede practicarlo un/a médico/a o especializado y que ejerza en una clínica o centro de salud acreditado, con el consentimiento explícito y escrito de la persona gestante o, si esta no puede, de su representante legal. En el artículo 13 bis se aborda el caso de los menores de edad, considerando que toda persona a partir de los 16 años es capaz de consentir. En el caso de los menores de esta edad, el tutor legal deberá otorgar el consentimiento; en caso de discrepancia entre ambos, deberá resolver la autoridad civil judicial. El artículo 14 informa que podrán acceder a un IVE toda persona que cuente con menos de 14 semanas de edad gestacional. (Boletín Oficial del Estado Núm. 51, España).

En el caso de Argentina, la ley se aprobó en el año 2021, estableciendo que toda persona gestante podrá acceder a la interrupción voluntaria de su embarazo hasta las 14 semanas de edad gestacional inclusive. Se tienen 10 días corridos para poder acceder a un IVE en cualquier servicio de salud, debiendo firmar el consentimiento informado. Podrán acceder a información sobre métodos anticonceptivos y elegir un método, aunque esto no es un requisito para acceder al IVE. En el caso de los menores de edad, si tienen más de 16 años podrán brindar su consentimiento; en caso de ser menores de 16 años, se requerirá consentimiento informado según la normativa vigente (Boletín Oficial de la República Argentina, Ley 27.610).

Algunos datos sobre reincidencia de Abortos.

De acuerdo con la investigación titulada "*Interrupciones voluntarias del embarazo recurrentes. Estudio de prevalencia y exploración de factores asociados*", realizada en Colombia, específicamente en el departamento de Antioquia, se encontró que la

prevalencia de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) recurrente fue del 4,07 % en un total de 20.423 mujeres.

Los factores de riesgo identificados están asociados principalmente a mujeres que pertenecen al régimen de aseguramiento subsidiado por el Estado y a aquellas que han tenido dos o más gestaciones previas. Los autores concluyen que podría estar ocurriendo un incremento en la recurrencia de abortos en este país.(Gonzalez y Barrios 2023).

En España, las cifras muestran que la reincidencia en el aborto provocado oscila entre el 33 % y el 38 %. De este porcentaje, entre el 22 % y el 25 % corresponde a personas que han abortado por segunda vez, entre el 7 % y el 8 % a aquellas que lo han hecho por tercera vez, y entre el 2,5 % y el 2,8 % a personas que han recurrido al aborto en cuatro ocasiones. Estos datos sugieren que, en promedio, una persona gestante realiza casi dos abortos a lo largo de su vida. (Leguina y Maccarrón, 2023.)

En un reporte de situación, del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de Uruguay, sobre Interrupciones voluntarias de embarazos en el periodo 2019 - 2020, sobre personas que asistieron a la policlínica de IVE, un total de 78 personas iniciaron proceso, 81% no había realizado un IVE previamente, 69 personas ratificaron la tercera etapa de la IVE y de estas, 45 culminaron la cuarta etapa del proceso. (Genta et al 2024).

Objetivos

Objetivo General

Analizar la reincidencia de las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) entre las personas gestantes que no completaron la cuarta etapa del procedimiento en el ámbito de la salud privada, en el área metropolitana de Uruguay, en los dos últimos años de registro.

Objetivos Específicos

- Identificar la proporción de personas gestantes que no completaron la cuarta etapa del procedimiento de IVE en las instituciones privadas en el área metropolitana de Uruguay.
- Examinar las características sociodemográficas y clínicas de las personas gestantes con reincidencia en el procedimiento de IVE que no completaron la cuarta etapa del procedimiento anterior.
- Determinar en qué lapso de tiempo se presenta la reincidencia en personas gestantes que no realizaron la cuarta etapa del procedimiento de IVE anterior.
- Conocer las razones subyacentes para no completar la cuarta etapa del procedimiento de IVE anterior.

Diseño de la Investigación

Enfoque Metodológico

El enfoque metodológico de este trabajo de investigación es cuantitativo y cualitativo (mixto), exploratorio y descriptivo.

En relación al tema de interés planteado, y la búsqueda bibliográfica realizada, pudimos determinar que *“la ruta cuantitativa es apropiada cuando queremos estimar las magnitudes u ocurrencia de los fenómenos y probar hipótesis. Por ejemplo, determinar la prevalencia de una enfermedad (número de individuos que la padecen en un periodo y zona geográfica) y sus causas, en cierta población”* (Hernández-Sampieri, 2018).

En la indagación cuantitativa, *“se busca conocer o capturar la realidad externa o fenómeno estudiado tal y como es, o al menos, aproximarse lo mejor posible a ello. Nuestras suposiciones deben ajustarse a dicha realidad y no al revés; si no coinciden, lo que tenemos que cambiar son las suposiciones o hipótesis”* (Hernández-Sampieri, 2018).

El enfoque cualitativo procura el abordaje desde la perspectiva y la experiencia vivida por los sujetos de estudio en la temática de interés, a partir de una *“interrogante original, lo suficientemente específica y con términos unívocos para poder indicar un camino provisorio y algunas hipótesis de trabajo que puedan ser re elaboradas a lo largo de la investigación”* (Forni et al., 1993).

El carácter exploratorio de este trabajo radica en poder examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado, tal como se mencionó previamente en este caso (Batthiány y Cabrera, 2011).

A nivel descriptivo, esta metodología se define por ser útil *“para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación”* (Nieto, 2018). El investigador debe ser capaz de definir, o al menos visualizar, qué se medirá (qué conceptos, variables, componentes, etc.) (Nieto, 2018).

Población y Muestra

Población: Personas gestantes (toda aquella persona con órganos que le permitan gestar, sin importar el género) que realizaron interrupción voluntaria del embarazo en las instituciones privadas en el área metropolitana de Uruguay, en los dos últimos años de registro, las cuales se encuentren en el rango etario de 20 a 44 años.

El rango etario se define tomando en cuenta que el 85% de personas que realizaron IVEs según el informe de IVE 2013 - 2022 son mayores de 19 años.

Muestra: Personas gestantes que realizaron interrupción voluntaria del embarazo en forma reincidente, y que en su proceso previo de IVE no completaron la cuarta etapa del mismo, en las instituciones privadas en el área metropolitana de Uruguay.

En la planificación de un estudio de investigación, es esencial determinar el tamaño de la muestra de la población a estudiar. La determinación depende del objetivo del estudio, las variables involucradas y el plan de análisis. Es fundamental tener en cuenta estos factores para la selección de la fórmula adecuada y los datos necesarios para el cálculo.

Es crucial que el investigador esté familiarizado con el comportamiento de las variables en la población para establecer su variabilidad, determinar el nivel de confianza y el grado de precisión más adecuado.

Los cálculos para el tamaño de la muestra pueden realizarse con calculadoras, computadoras, tablas preestablecidas o software estadístico como SPSS o Minitab.

Finalmente, después de calcular el tamaño de la muestra, es importante evaluar las dificultades operativas y la disponibilidad de recursos y tiempo para implementar el estudio. Si no se consideran estos aspectos, incluso una muestra bien calculada podría resultar inviable, lo que afectaría la validez de las conclusiones del estudio.

Determinación del tamaño muestral

Para Aguilar et al. 2005, la fórmula básica para calcular el tamaño de una muestra representativa en estudios con variables cualitativas y cuantitativas es:

b) Para una población finita (cuando se conoce el total de unidades de observación que la integran):

$$n = \frac{N Z^2 S^2}{d^2 (N-1) + Z^2 S^2}$$

Donde:

- **n** = tamaño de la muestra requerido.
- **Z** = valor crítico correspondiente al nivel de confianza deseado (por ejemplo, para un nivel de confianza del 95%, $Z \approx 1.96$).
- **p** = proporción estimada de la población que tiene la característica de interés (si no tienes información previa, puedes usar 0.5 para maximizar el tamaño de la muestra).
- **E** = margen de error tolerado (expresado en proporción, por ejemplo, 0.05 para $\pm 5\%$).

Pasos para calcular el tamaño de la muestra

1. Determina el Nivel de Confianza (Z):

- Seleccionaremos el nivel de confianza que desea. Comúnmente se usa el 95% ($Z = 1.96$) o el 99% ($Z = 2.576$).

2. Estima la Proporción (p):

- Si se tiene información previa, usar la proporción de la población que presenta la característica. Si no, usar 0.5 como un valor conservador, ya que maximiza el tamaño de la muestra.

3. Define el margen de error (E):

- Decidiremos cuánto error estamos dispuestos a aceptar. Por ejemplo, si deseamos que los resultados estén dentro de $\pm 5\%$, entonces $E = 0.05$.

4. Aplica la fórmula:

- Sustituiremos los valores en la fórmula y calcula n.

Desarrollo del estudio de investigación

A efectos de conformar la muestra, una vez obtenidos los permisos del Comité de Ética correspondiente y de las direcciones técnicas de las instituciones participantes, se solicitará a los servicios de registros médicos y estadísticas de las instituciones de salud privada, enmarcadas en el área metropolitana del Uruguay, el acceso a datos estadísticos de procedimientos de interrupciones voluntarias del embarazo de los últimos dos años.

De estos datos, se solicitará además que se seleccionen aquellos casos en los que no se realizó la cuarta etapa del procedimiento, la cual consiste en un control posterior al evento donde se brinda contención, apoyo psicológico y asesoramiento en anticoncepción.

Una vez obtenidos los datos de estos casos, se procederá a contactar vía telefónica a las personas para invitarlas a participar del estudio, cumpliendo con los aspectos éticos establecidos para el consentimiento informado.

Instrumento y recolección de datos

Como instrumentos de recolección de datos, se implementarán entrevistas semi-estructuradas, las cuales permitirán explorar en profundidad las experiencias personales y obtener información acorde a los objetivos establecidos.

Para Uwe Flick (2010), las entrevistas semiestructuradas son particularmente convenientes para la creación de situaciones de conversación que faciliten la expresión natural de percepciones y perspectivas por parte de las personas sujetos de investigación.

Se ofrecen dos opciones diferentes para la realización de la entrevista, siendo estas, en primera instancia presencial o bien vía virtual, brindando y asegurando un espacio de privacidad y confort al participante.

Análisis de datos

En relación con los datos cuantitativos, se utilizarán los datos numéricos obtenidos de los registros de las instituciones, sobre los cuales se realizará un análisis para determinar el porcentaje de reincidencia y un análisis inferencial para identificar correlaciones y factores asociados.

Para los datos cualitativos, luego de la transcripción de las entrevistas, se procederá a la codificación temática para identificar patrones y temas emergentes, utilizando software cualitativo como NVivo.

Discusión de los datos obtenidos

Una vez obtenidos los datos, el próximo paso será comparar los resultados cuantitativos con los hallazgos cualitativos de las entrevistas, con el fin de obtener una visión integral del problema.

Para profundizar en el problema con los datos obtenidos, podemos realizar la triangulación de datos, lo que permitirá validar y enriquecer los resultados. Al contrastar los datos cuantitativos con los cualitativos obtenidos de la construcción de las diferentes categorías de análisis del relato, se logrará una comprensión más completa de la reincidencia y de las razones subyacentes.

Consideraciones Éticas:

Esta investigación cumple con la normativa vigente de experimentación en humanos (Decreto 158/019) de la Presidencia de la República del Uruguay. Es relevante destacar la privacidad de los datos, garantizando el anonimato y la confidencialidad, ya que los datos obtenidos se representarán de tal manera que no se vulnere este derecho (Poder Ejecutivo, Decreto 158/019).

Este protocolo de investigación se ajusta, en términos generales, a los principios éticos requeridos: el respeto por las personas, en relación con su autonomía; el principio de beneficencia y no maleficencia, que implica que la relación riesgo/beneficio sea favorable para el sujeto de estudio; el principio de justicia, que establece que la selección debe ser equitativa, sin discriminación ni explotación; el principio de confidencialidad y privacidad, que garantiza al sujeto que la información recibida por el investigador será protegida; y el principio de responsabilidad social, según el cual la investigación debe contribuir al bienestar social de las comunidades y no perjudicarlas.

Los fines de esta investigación son formativos y buscan obtener un conocimiento que pueda contribuir a la mejora de la atención en salud. El consentimiento informado actúa como una herramienta vinculante y cumple la función de explicitar de manera clara los propósitos, procedimientos, riesgos y beneficios del proceso de investigación, así como las obligaciones y derechos de las partes.

Presupuesto de la investigación

La realización de este trabajo de investigación no requerirá recursos financieros, siendo responsabilidad de las investigadoras, los eventuales costos no previstos en relación a logística.

Como requerimiento existirá la necesidad de gestionar instalaciones y acceso a dispositivos de procesamiento y actividad en línea, lo cual será solventado con recursos propios de las investigadoras responsables.

Etapas y cronograma de ejecución:

Etapa / tiempo	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
Armado del Protocolo de investigación	■	■										
Registro de Investigación en el Ministerio de Salud		■										
Trámite y Autorización por parte del Comité de Ética FMed.			■									
Solicitudes y trámites en las instituciones de salud privadas del área metropolitana				■								
Análisis de datos obtenidos de registro médicos de las instituciones					■	■						
Recolección de datos (entrevistas)							■	■	■			
Procesamiento, análisis y discusión de datos										■	■	
Redacción de final del informe con resultados												■

Consideraciones finales:

Relación entre experiencias previas y reincidencia en la IVE

Durante la elaboración de este protocolo de investigación, como trabajo final de grado, coincidimos en las siguientes consideraciones que desarrollaremos a continuación.

Quienes participamos de este proyecto creemos fuertemente que las experiencias previas con la IVE juegan un papel crucial en la decisión de recurrir nuevamente a un nuevo proceso. Factores como la percepción de la atención recibida, el apoyo emocional post procedimiento y la satisfacción con los resultados anteriores también juegan un rol importante en la reincidencia. Una atención confidencial, empática, confiable, donde se brinda la información correcta, puede reducir la probabilidad de reincidencia, mientras que experiencias negativas en consultas poco asertivas pueden aumentar la recurrencia.

Importancia del acceso a información clara y enfoque empático en la atención

El acceso a información clara y precisa es fundamental para que las personas gestantes comprendan sus opciones y los procedimientos disponibles. Además, un enfoque empático y comprensivo en la atención de la salud reproductiva es esencial para reducir el estigma y fomentar decisiones informadas y autónomas.

En este sentido, de acuerdo con lo establecido el perfil de la Obstetra Partera en Uruguay, consideramos que su rol dentro de los equipos multidisciplinares que trabajan en esta temática es fundamental, dado el aporte que brinda en el asesoramiento y educación de las personas de sexo biológico femenino, en las diferentes etapas del ciclo vital, enfocándose en la prevención y promoción de su salud sexual y reproductiva; basándose su labor en el respeto, como sujeto de derecho, promoviendo su empoderamiento mediante un enfoque integral que abarca los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de su salud.

Por lo antes mencionado, consideramos que este estudio tiene como objetivo abordar las características sociodemográficas y clínicas de las personas que reinciden en interrupciones voluntarias de embarazos y las razones subyacentes

para no realizar la cuarta etapa del procedimiento, y si esto está directamente relacionado con la reincidencia.

Es fundamental promover la ejecución de políticas públicas que garanticen el acceso equitativo a servicios de salud sexual y reproductiva, brindando información clara y apoyo emocional, donde el enfoque esté destinado a reducir la reincidencia en embarazos no planificados y/o no deseados y la interrupción voluntaria del embarazo. Además, se deben implementar estrategias para reducir el estigma asociado a este proceso y fomentar un entorno de respeto y comprensión. Estas acciones, a nuestra consideración, contribuirán a la mejora de la salud sexual y reproductiva en el país y al ejercicio pleno de los derechos reproductivos de las personas, en un entorno de responsabilidad, respeto, información y comprensión.

Referencias bibliográficas:

- Abracinskas, L.; López Gómez, A. (coord.) (2007) El aborto en debate. Dilemas y desafíos del Uruguay democrático. Proceso político y social 2001-2004. MYSU. Montevideo.
- Aguilar, S. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud Salud en Tabasco, vol. 11, núm. 1-2, enero-agosto, 2005, pp. 333-338 Secretaría de Salud del Estado de Tabasco Villahermosa, México.
- Batthyany, K. Cabrera, M.(2011). Metodología de la investigación en ciencias sociales: apuntes para un curso inicial. Universidad de La República. Uruguay
- Boletín Oficial del Estado N° 51, Felipe VI Rey de España. (2023). Ley Orgánica 1/2023 (BOE-A-2023-5364 <https://www.boe.es>).
- Boletín Oficial de la República Argentina, (2020). ACCESO A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO Ley 27610. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>
- Cabero I Roura, L. (Dir.), Cabrillo Rodríguez, E. (Coord.), Bajo Arenas, J. M. (Coord.), Calaf Alsina, J. (Coord.), Cararach Ramoneda, V. (Coord.), Davi Armengol, E. (Coord.), Fabré González, E. (Coord.), Gil Moreno, A. (Coord.), Herruzo Nalda, A. (Coord.), Izquierdo, F. (Coord.), & Zamarriego Crespo, J. (Coord.). (2014). *Tratado de ginecología y obstetricia* (2ª ed., 1ª reimp.). Médica Panamericana. - Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=751991>
- Castiblanco Abril, O. L., y Vizcaino Arevalo, D. F. (2010). Introducción a la investigación cualitativa. Autor: Uwe Flick. Góndola, Enseñanza y Aprendizaje de las Ciencias, 5(2), 67–76. <https://doi.org/10.14483/23464712.5216> https://cursa.ihmc.us/rid=1Q8W2V1SS-26ZS3MQ-THY/Flick_Entrevista_semiestructurada.pdf
- Cavenaghi, S., & Cabella, W. (2014). Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa. Serie e-Investigaciones, (3). https://files.alapop.org/alap/Serie-E-Investigaciones/N3/SerieE-Investigaciones_N3_ALAP.pdf
- Capriati, A.; Lehener, P. ;Alonso, J. P. Salud, sexualidades y derechos: cruces entre investigación, políticas y prácticas Lugar: Buenos Aires; Año: 2017; (p.25)

- Decreto 375/2012. Reglamentación de la Ley sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo. Ley aborto. (14 de junio del 2024)
<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/375-2012>

- Decreto 158/019. Investigación en seres humanos. Poder Ejecutivo - Consejo de Ministros. Publicación: 12/06/2019
<https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/158-2019>

- Facultad de Medicina Udelar. (s/f). Perfil del egresado: Obstetra Partera.
<https://www.fmed.edu.uy/ensenanza/carreras-de-grado/obstetra-parterao>

- Flick, U. (2007). Designing qualitative research. SAGE Publications.
<https://dpp2017blog.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/08/disec3b1o-de-la-investigac3b3n-cualitativa.pdf>

- Forni, Floreal, María Antonia Gallart e Irene Vasilachis (1993). Métodos cualitativos II. La práctica de la investigación. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina

- Genta M; Groppo V; Galain A; Rodríguez C. (2024). Interrupciones voluntarias de embarazos en un Hospital Universitario de Uruguay: Reporte de situación 2019-2020. <https://doi.org/10.25184/anfamed2024v11n1a11>

- Gobierno de la ciudad de México Secretaría de Salud, (2021) Interrupción legal del embarazo (ILE) <https://www.salud.cdmx.gob.mx/servicios/servicio/ILE>

- Gómez, A. L. Profesionales de la salud y aborto en Uruguay Transiciones y disputas en el camino a su legalización (2000-2012) , 2015 (p. 121)

- González, L.; Barrios, F. (2023). Interrupciones voluntarias del embarazo recurrentes. Estudio de prevalencia y exploración de factores asociados. Antioquia, Colombia, 2015 - 2021. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 74(4), 276-286. <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/4018>

- Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C (2018). Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta, Ciudad de México, México: Editorial Mc Graw Hill Education, Año de edición: 2018.

- Introducción a la Investigación cualitativa.
<https://es.slideshare.net/slideshow/introduccion-a-la-investigacion-cualitativa-251133744/251133744>

- J. M. Bajo Arenas, Juan Carlos Melchor Marcos, Luis T. Mercé Alberto, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia Grupo ENE Publicidad, 2007

<https://es.scribd.com/document/231177548/Fundamentos-de-Obstetricia>

- Know Your Rights: Abortion Access in California. ACLU Of Northern CA. <https://www.aclunc.org/our-work/know-your-rights/know-your-rights-abortion-access-california>

- Larroca, C.; Chaquiriand,V.(2021). Manejo inicial del aborto. Revista Uruguaya de Medicina Interna, 6(2).
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-67972021000200022

- Leguina, J.; Macarrón, L. (2023). Demografía del aborto en España. *Observatorio Demográfico CEU - CEFAS*. <http://hdl.handle.net/10637/15497>

- Ley 18.850 Código de la Niñez y la Adolescencia relativas a adopción.
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes-originales/18590-2009>

-Ley 18.987. Ley sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo. Ley aborto. (14 de junio del 2024) <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012>

-Ley 9.763. Código penal. Modificación. (14 de febrero del 1938)
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/9763-1938>

- MSP (2014). Guía en Salud Sexual y Reproductiva. Manual para la atención de la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. Ministerio de Salud Pública
<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/guias-salud-sexual-reproductiva-manual-para-atencion-mujer-proceso>

- MSP (2016). Guía técnica para la interrupción voluntaria del embarazo. Ministerio de Salud Pública del Uruguay.
<https://montevideo.gub.uy/sites/default/files/biblioteca/10.guiatecnicaive2daedicion2016msp.pdf>

- MSP (2016). Manual de Procedimientos para el manejo Sanitario de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Ministerio de Salud Pública.
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/resolucion-n-469017-manual-procedimientos-para-manejo-sanitario-ive>

-MSP (2022). Informe IVE 2013 - 2022 Uruguay. Ministerio de Salud Pública
Uruguay

www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Informe%20IVE%202013-2022.pdf.

- Nieto, N. T. E. (2018, 24 de junio). Tipos de investigación. Repositorio institucional USDG. <https://core.ac.uk/download/pdf/250080756.pdf>

- Observatorio de Nutrición Materno Infantil (2020, 7 de diciembre). Condiciones biológicas ideales para un embarazo exitoso. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. <https://uaeh.edu.mx/onutmi/condiciones-biologicas.html#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20diversos%20cambios%20fisiol%C3%B3gicos%20y%20psicol%C3%B3gicos>.

-OMS, 2017. Vigilancia y respuesta a la muerte materna y perinatal: material de apoyo para la implementación; p5.

- Salud, sexualidades y derechos : cruces entre investigación, políticas y prácticas. Alejandro José Capriati ; Paula Lehner ; Juan Pedro Alonso 2017. <https://www.editorialteseo.com/archivos/15623/salud-sexualidades-y-derechos/>

- Schwarcz, L.; Fescina, R.; Duverges, C. (2005). Obstetricia. 6a ed. El Ateneo

- Velázquez, N. (2014).La hormona gonadotrofina coriónica humana. Una molécula ubicua y versátil. Parte I. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 74(2). https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000200006

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

Lugar y fecha:

Estimado/a:

En el marco de la elaboración del Trabajo Final de Grado en Obstetricia para la obtención del título de Obstetra Partera/o de la Escuela de Parteras de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, se llevará a cabo la investigación titulada:

“Reincidencia de las Interrupciones Voluntarias del Embarazo en personas que no llegaron a realizar la cuarta etapa del procedimiento anteriormente en el ámbito de la Salud Privada en Uruguay.”

Las responsables de esta investigación son Br. Eliana Martirena, Jessica Pilani, Silvia del Luján Pizzani y Sofía Petrillo

La tutoría de este trabajo estará a cargo de la Prof. Adj. Obst. Part. Kety Rodríguez con la Co-tutoría la Asistente Clínica Obst. Part. Florencia Sena

El objetivo de esta investigación es analizar la reincidencia de las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) entre las personas que no completaron la cuarta etapa del procedimiento en el ámbito de la salud privada, en el área metropolitana de Uruguay, en los dos últimos años de registro.

Para la elaboración de este trabajo, se realizarán entrevistas a personas que cumplan con los siguientes criterios, haber tenido una interrupción voluntaria del embarazo en prestadores de salud, registradas dentro de los últimos dos años, y cuya edad sea entre 20 a 44 años.

La participación en este estudio es voluntaria y no implica ningún beneficio ni perjuicio personal. Solo se requiere responder de manera clara y honesta algunas preguntas que se le formularán.

Toda la información recopilada será tratada de forma confidencial y utilizada exclusivamente por las investigadoras responsables, quienes garantizan la confidencialidad y el anonimato de los participantes durante todo el proceso.

Cabe señalar que las entrevistas serán grabadas y las transcripciones serán realizadas y codificadas por las investigadoras para garantizar la privacidad de los datos.

Aspectos éticos a tener en cuenta por parte del participante :

- La participación en esta investigación no conlleva remuneración ni compensación de ningún tipo.

- Los beneficios de este trabajo se vinculan con los aportes que la investigación pueda brindar en relación con la temática abordada.
- Este estudio no implica riesgos para los participantes. En caso de que ocurriera algún inconveniente, las investigadoras serán responsables de solucionarlo y de gestionar los recursos necesarios para atenderlo.
- Los participantes tienen derecho a rechazar responder cualquier pregunta y pueden desistir de su participación en cualquier momento del proceso, sin que ello implique consecuencias de ningún tipo.

Para cualquier consulta o duda, las investigadoras responsables estarán disponibles en todo momento del proceso.

Anexo 2.- Pauta de entrevista

Antes de iniciar la entrevista se le recuerda a la persona participante que tienen derecho a rechazar responder cualquier pregunta y pueden desistir de su participación en cualquier momento del proceso, sin que ello implique consecuencias de ningún tipo, la misma tiene el objetivo de recaudar información para vincular aportes sobre la temática.

Sección 1: Datos Demográficos

1- Edad:

- 20-24
- 25-34
- 35-44

2- Nivel educativo:

- Primaria
- Secundaria
- Terciaria
- Universitaria
- Otro (especificar)

3- Situación laboral:

- Estudiante
- Empleada/o
- Desempleada/o
- Trabajadora/o independiente
- Otro (especificar)

4- ¿Con sus ingresos mensuales puede cubrir las necesidades básicas?

- Si
- No

Sección 2: Motivos de reincidencia de IVE

5- ¿Cuántas veces has realizado una IVE en los últimos dos años?

- 1
- 2
- 3
- 4 o más

6- ¿Hubo alguna circunstancia personal que te llevará a considerar de nuevo la opción de realizar una interrupción voluntaria del embarazo? En el caso de Si, te gustaría compartirnos cual ?

7- A la hora de decidir volver a pasar por el proceso de IVE, ¿como influyo tu experiencia previa en esta decisión?

8 - ¿Recibiste apoyo de tu entorno cercano (familia, pareja, amistades) en esta segunda interrupción?

9- ¿Qué tan importante fue para ti el respaldo familiar y social, o la falta de él al tomar esta decisión nuevamente?

10- Después de tu primera experiencia con IVE, ¿recibiste información o acceso a métodos anticonceptivos?

11- ¿Hubo algún motivo que dificultara el uso o la continuidad de los métodos anticonceptivos (acceso, efectos secundarios, falta de información, barreras en el sistema de salud, etc.)? ¿Consideras que este sea el motivo de tu reincidencia?

12- ¿Crees que el sistema de salud ofreció la orientación necesaria para prevenir embarazos no deseados luego de finalizado tu primer procedimiento de IVE? Si la respuesta es no, ¿Consideras este el motivo de tu reincidencia?

13- ¿Cómo fue tu experiencia al acceder al procedimiento de IVE por segunda vez en comparación con la primera?

Sección 3: Experiencias y aportes sobre la cuarta etapa del procedimiento de IVE

14- ¿Cuánto tiempo ha pasado desde que finalizó la tercera etapa del IVE y el siguiente IVE?

15- ¿Completaste todas las 4 etapas del último procedimiento de IVE?

- Sí
- No

Pregunta 17 y 18 sólo si la respuesta anterior fue no.

16- ¿Cuáles fueron las razones por las que no completaste la cuarta etapa?

17-¿Ha tenido algún cambio en su situación personal o laboral desde que no completaste la cuarta etapa?

18 - Consideras el IVE como una opción de uso repetido, frente a posibles embarazos? ¿Por qué?

19- ¿Has recibido información sobre el IVE antes de realizar el procedimiento?

- Sí
- No

20- Al momento de plantearte un nuevo IVE, consideraste los eventuales riesgos a los que te expones?

21- ¿Crees que has recibido información clara, concreta y accesible sobre la cuarta etapa del IVE, además de contención y apoyo profesional? ¿Por qué?

22- La siguiente pregunta es de elegir una opción.

¿Consideras que la atención recibida en el ámbito privado fue adecuada?

- Muy adecuada
- Adecuada
- Poco adecuada
- Nada adecuada

23- ¿Has tenido alguna experiencia previa que, haya sido negativa, relacionada con el IVE? ¿Esto influyó en tu decisión actual? En caso de que si, mencionar por lo menos una experiencias o aspectos que recuerdes?

24- ¿Qué mejoras sugieres para el proceso de IVE en el ámbito privado a partir de tu experiencia?

Agradecemos que nos hayas brindado parte de tu tiempo y que hayas compartido tu experiencia para contribuir con este trabajo.

PÁGINA DE APROBACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA

El tribunal docente integrado por los abajo firmantes aprueba el Trabajo Final de Grado:

Título: Reincidencia de las Interrupciones Voluntarias del Embarazo en personas gestantes que no llegaron a realizar la cuarta etapa del procedimiento anteriormente, en el ámbito de la Salud Privada en Uruguay.

Modalidad: Protocolo de Investigación

Autoras: Br. Eliana Martirena, Br. Jessica Pilani, Br. Silvia del Lujan Pizzani, Br. Sofía Petrillo

Tutora: Prof. Adj. OP Kety Rodríguez

Co Tutora: Asistente Clínica OP Florencia Sena

Carrera: Obstetra Partera/o

Puntaje / Calificación: Excelente
Tribunal

Prof. Adj. OP Kety Rodríguez

Florencia Sena Amorin
OBSTETRA - PARTERA
CJP 182595

Asistente Clínica OP Florencia Sena

Prof. Adj. Obst. Part. Romina Ferreira

Asist. Obst. Part. Florencia Boubeta

Fecha: 10/03/2025