



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



CONOCIMIENTO QUE POSEE EL EQUIPO DE ENFERMERÍA SOBRE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Autores:

Diego Areosa
Bárbara Bruno
Irina Fuentes
Tissiana Pereira
Paola Vanzini

Tutor:

Prof. Agda. Lic. Enf. Luciana Piccardo

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

Montevideo, 2016



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 determinar los conocimientos sobre la interrupción voluntaria del embarazo que posee el Equipo de Enfermería que se desempeña Clínica Ginecológica "B" del Hospital Universitario.

Dicho Protocolo se elaboró en los meses comprendidos entre Agosto del 2014 y Octubre del 2015.

Metodológicamente corresponde a una investigación descriptiva, de corte transversal, en base a una muestra Intencional, siendo la población objetivo Auxiliares y Licenciados en Enfermería que trabajan en el piso 16 Clínica Ginecológica "B" del Hospital Universitario.

El Instrumento Metodológico que fue utilizado para la recolección de datos fue un cuestionario creado por los investigadores, siendo el mismo anónimo, compuesto por 17 preguntas. de las cuales 12 fueron de múltiples opción.

A través de la aplicación del cuestionario y de la escala diseñada, obtuvimos que un 73% posee escaso conocimiento sobre I.V.E., un 27% posee conocimiento y no se halló personal que desconociera totalmente el tema.

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



ÍNDICE

Introducción.....	Pág.5
Pregunta problema, Objetivos.....	Pág.6
Fundamentación.....	Pág.7
Marco teórico.....	Pág.8
Metodología.....	Pág.19
Resultados.....	Pág.21
Discusión.....	Pág.33
Conclusión.....	Pág.38
Sugerencias.....	Pág.40
Bibliografía.....	Pág.41
Anexos.....	Pág.44



INTRODUCCION

El aborto como temática de discusión, adquirió mayor importancia desde Octubre del año 2012 donde se aprueba la ley N° 18.987 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 3 años que la mujer puede decidir de forma legal, practicarse de forma segura la Interrupción Voluntaria del Embarazo, enmarcada esta interrupción en determinadas condiciones.

Los motivos principales por lo que se decidió llevar a cabo este estudio son: el interés de los estudiantes por el tema, y que en la actualidad no se cuenta con investigaciones sobre el conocimiento que tiene Enfermería sobre la ley N°18.987 Interrupción Voluntaria del Embarazo. Como antecedentes de investigaciones similares se encuentra la que abordó el tema "Información que poseen las mujeres en edad fértil sobre la interrupción voluntaria del embarazo que concurren a la policlínica de ginecología del hospital universitario". Nuestro trabajo de investigación se basa y pretende continuar con esta línea de trabajo para poder determinar el grado de conocimiento que posee el equipo de Enfermería de dicha institución.



PREGUNTA PROBLEMA

¿Qué conocimientos posee el equipo de Enfermería del piso 16 Clínica Ginecológica "B" del Hospital Universitario sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo amparada por la Ley 18.987?

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

- ✉ Determinar los conocimientos sobre la interrupción voluntaria del embarazo que posee el personal de Enfermería que trabaja en el piso 16 Clínica Ginecológica "B" del Hospital Universitario.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 🎬 Caracterizar a la población encuestada según variables.
- 🎬 Medir el conocimiento que posee el personal Enfermería sobre interrupción voluntaria del embarazo.



FUNDAMENTACION

El proyecto de investigación propone determinar el conocimiento que posee el equipo de Enfermería del piso 16 Clínica Ginecológica "B" del Hospital Universitario sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)

En nuestro país no se encontraron investigaciones que muestren resultados sobre el conocimiento que posee el personal de Enfermería acerca de la ley 18.987 de IVE, esto se puede deber a que hace poco tiempo desde 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 asegurar el uso adecuado de los recursos y tener un ejercicio de la profesión basado en evidencia científica donde las prácticas de enfermería apunten a un cuidado profesional de calidad con equipos de enfermería actualizados.



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, las hace inteligibles, las 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 homosapiens, 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.

El conocimiento es un proceso de consumo de información, es básicamente elaboración a partir de la información que proviene de fuentes reconocidas de experiencia. Las situaciones de conocimiento surgen cuando la experiencia adquiere a través de la reflexión, un carácter cuestionador, inquisitivo y propositivo.



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 56.000 en 2003 a 47.000 en 2008. 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.

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.⁴ 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.⁵

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.⁶

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 morbimortalidad 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.⁷

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.⁸

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.⁷

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.⁹

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 .¹⁰

En el primer año de implementación de la ley N° 18.897 (Noviembre 2012-2013) se reportaron un total de 6.676 abortos realizados en todo el país, 556 abortos legales mensuales, sin que se registre mortalidad materna ni complicaciones de salud por esa causa mientras que en el periodo 2013-2014 Se reportaron 8500 abortos legales, 20% más que en el año 2013. Esto implica una tasa de 12 cada 1000 de mujeres entre 15 y 45 años. El 18% de las mismas corresponden a menores de 20 años, un 60% corresponden a mujeres de Montevideo y un 40% al interior del país. Un 9% de las mujeres decidió continuar con el embarazo luego de la consulta con el equipo interdisciplinario, lo cual supone un 30% más que en el primer año de implementación. En este período tampoco se presentaron casos de muertes maternas por aborto.

Los datos del año 2013 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.¹¹

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.

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.⁹

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 médico 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.⁹

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”.

“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”.⁹

“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”.¹²

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”.¹³

“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”.¹²

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.

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.



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).¹⁴

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.¹⁵

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.¹⁶



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 el personal de Enfermería que trabaja en el piso 16 Clínica Ginecológica "B" del Hospital Universitario. Corresponde a un total 37 Enfermeros/as (9 Licenciados y 28 Auxiliares de Enfermería).

La **muestra**, estará conformada por 22 enfermero/as (corresponde al 60% del total) que desempeñan su función en el piso 16 Clínica Ginecológica "B" del Hospital Universitario que cumplan con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión de la muestra:

- Personal de Enfermería que trabaja en el piso 16 Clínica Ginecológica "B" del Hospital Universitario.
- Personal de Enfermería que se encuentre en el servicio en el momento que se realicen las encuestas.
- Personal de Enfermería que acepte ser encuestado.

Criterios de Exclusión de la muestra:

- Personal que trabaja en el piso 16 Clínica ginecológica "B" que no sea personal de Enfermería.
- Personal de Enfermería que se nieguen a participar de la encuesta.
- Personal de Enfermería que trabaja en el piso 16 Clínica Ginecológica "B" que se encuentren con licencia, certificaciones, suspensiones o en su día libre.

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 al Departamento de Educación, con la finalidad de obtener autorización para realizar las encuestas al personal de Enfermería del piso 16 Clínica Ginecológica "B" del Hospital Universitario.



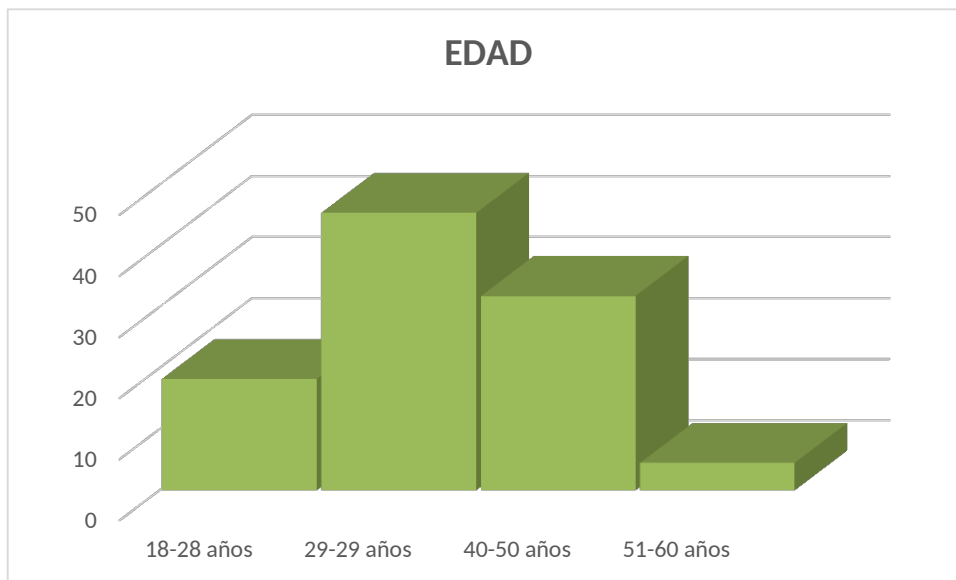
La recolección de datos se llevara a cabo mediante un cuestionario, compuesto por 17 preguntas cerradas con su instructivo correspondiente, que se le entregaran impresas a cada Enfermero/a, teniendo una duración estimada de 10 minutos para su correcto y completo llenado. Cabe destacar que de las 17 preguntas 9 se usaran para medir el conocimiento con que cuenta el personal del piso 16, las restantes preguntas se utilizan con la finalidad de caracterizar la población encuestada.

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.

RESULTADOS:

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

Edad	FA	FR%
18-28 años	4	18,2
29-39 años	10	45,4
40-50 años	7	31,8
51-60 años	1	4,5
>60 años	0	0
Total	22	100

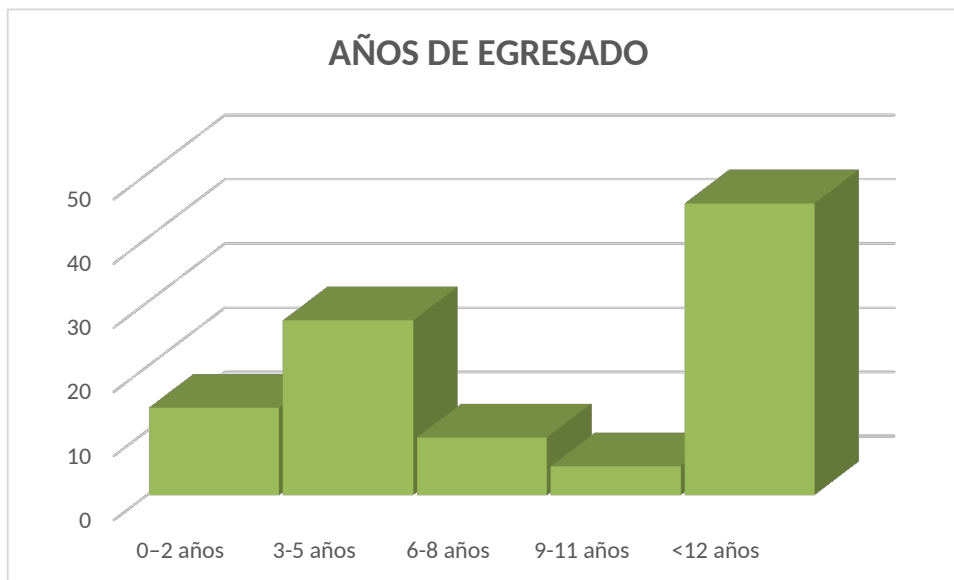


Fuente de información: encuestas realizadas en los días 4/11/15 y 15/11/15, a Personal de Enfermería del piso 16 Clínica Ginecológica "B" del Hospital Universitario.

En relación a la edad, el rango etario de la población encuestada que predomina es entre los 29 y 39 años con un 45,4%, le continúa un 31,8% en el rango etario entre 40 y 50 años, un 18,2% entre 18 y 28 años y un 4,5% entre 51 y 60 años.

Tabla N°2: Distribución de la población según años de egresado

Años de egresado/a	FA	FR%
0-2 años	3	13,6
3-5 años	6	27,2
6-8 años	2	9,0
9-11 años	1	4,5
<12 años	10	45,4
Total	22	100

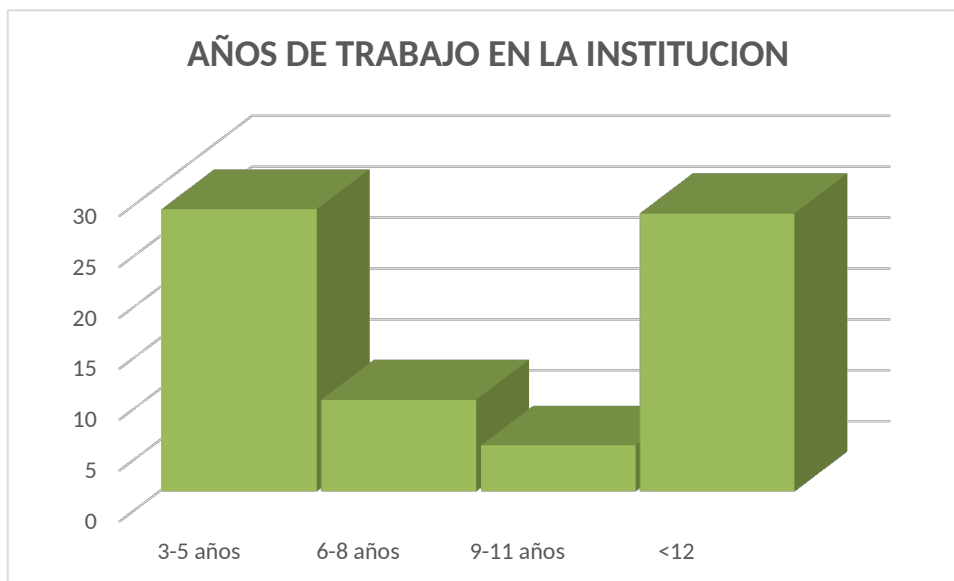


Fuente de información: encuestas realizadas en los días 4/11/15 y 15/11/15, a Personal de Enfermería del piso 16 Clínica Ginecológica "B" del Hospital Universitario.

Respecto a los años que llevan de egresados los encuestados obtuvimos que la mayoría con un 45,4% lleva más de 12 años de egresados, un 27,2% entre 3 y 5 años de egresados, un 13,6% hasta 2 años de egresados, un 9% de 6 a 8 años de egresados y un 4,5% entre 9 y 11 años.

Tabla N°3: Distribución de la población según años de trabajo en la institución

Años de trabajo en la institución	FA	FR%
0-2 años	8	36,4
3-5 años	5	27,7
6-8 años	2	9,0
9-11 años	1	4,5
<12	6	27,3
Total	22	100%



Fuente de información: encuestas realizadas en los días 4/11/15 y 15/11/15, a Personal de Enfermería del piso 16 Clínica Ginecológica "B" del Hospital Universitario.

Respecto a los años de trabajo que llevan en la institución los encuestados, obtuvimos que la mayoría con el 36,4% lleva de 0 a 2 años en la institución, le sigue con un 27.7% entre 3 y 5 años, continua con un 27,3% que lleva más de 12 años, con un 9% entre 6 y 8 años y por ultimo con un 4,5% de 9 a 11 años.

Tabla N°4: Distribución de la población según realización de Posgrado o Especialidad en SSyR

Realización de Posgrado o Especialidad	FA	FR%
Si	2	9,0
No	20	90,9
Total	22	100



Fuente de información: Encuestas realizadas en los días 4/11/15 y 15/11/15, a Personal de Enfermería del piso 16 Clínica Ginecológica "B" del Hospital Universitario.

Respecto a si realizaron algún posgrado o especialidad en SSyR obtuvimos que el 90,9% no realizo posgrado o especialidad y un 9,1% si realizo posgrado o especialidad.

Tabla N°7: Distribución de la población según conocimiento sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo

Conocimiento sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo	FA	FR%
Si	20	90,9
No	2	9,1
Total	22	100%



Fuente de información: encuestas realizadas en los días 4/11/15 y 15/11/15, a Personal de Enfermería del piso 16 Clínica Ginecológica "B" del Hospital Universitario.

Respecto a si presentan conocimiento sobre la interrupción voluntaria del embarazo obtuvimos que el 90, 9% si tienen conocimientos y el 9,1% no tiene conocimientos sobre la interrupción voluntaria del embarazo.

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	6	27,2
No	16	72,7
No sabe	0	0
Total	22	100

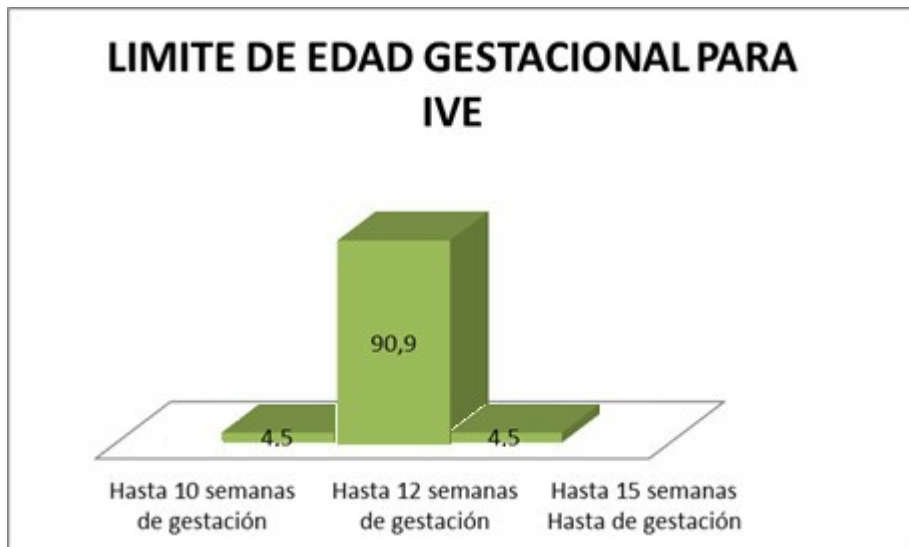


Fuente de información: encuestas realizadas en los días 4/11/15 y 15/11/15, a Personal de Enfermería del piso 16 Clínica Ginecológica "B" del Hospital Universitario.

Respecto a si considera que puede realizar interrupción voluntaria del embarazo solo mujeres mayores de 18 años obtuvimos que el 73% respondió que no y el 27% respondió que sí.

Tabla N°10: 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	1	4,5
Hasta 12 semanas de gestación	20	90,9
Hasta 15 semanas de gestación	1	4,5
No hay límites	0	0
No sabe	0	0
Total	22	100



Fuente de información: encuestas realizadas en los días 4/11/15 y 15/11/15, a Personal de Enfermería del piso 16 Clínica Ginecológica "B" del Hospital Universitario.

Respecto al conocimiento sobre límite legal de edad gestacional para realizar la interrupción voluntaria del embarazo, obtuvimos que el 90,9% respondieron que el límite legal para realizar la IVE es 12 semanas de gestación, le sigue con igual porcentaje con un 4,5% respondieron que el límite es hasta 10 semanas y hasta 15 semanas de gestación.



Tabla N° 13: Distribución de la población según conocimiento de la composición del equipo Interdisciplinario

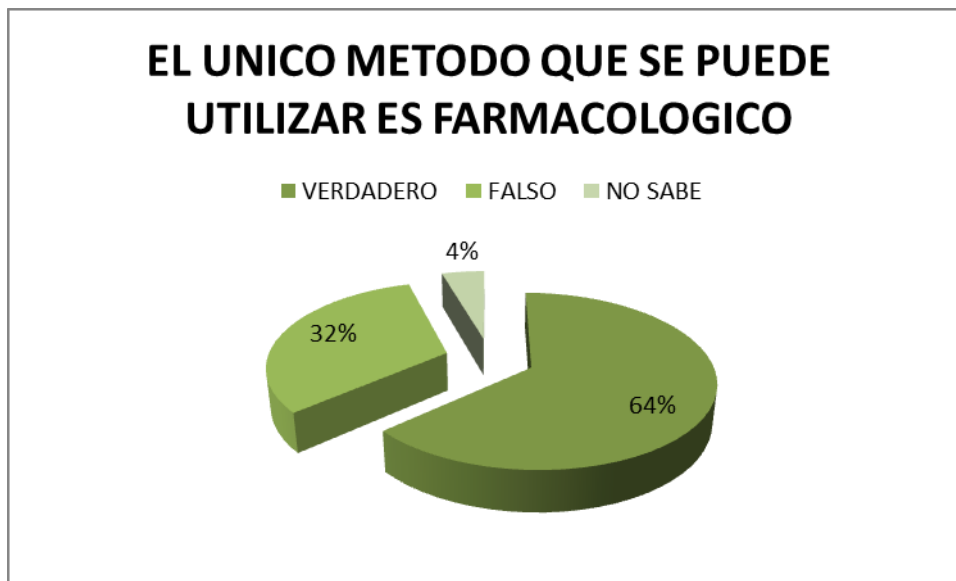
Composición equipo Interdisciplinario	FA	FR%
Ginecólogo , Prof Área Social, Prof Área Salud Psíquica	22	100
Partera, Ginecólogo, Aux Enfermería	0	0
Ginecólogo, Partera, Prof Área Social	0	0
No existe equipo Interdisciplinario	0	0
Total	22	100

Fuente de información: encuestas realizadas en los días 4/11/15 y 15/11/15, a Personal de Enfermería del piso 16 Clínica Ginecológica "B" del Hospital Universitario.

Respecto al conocimiento sobre la composición del equipo interdisciplinario obtuvimos que el 100% respondió que el equipo interdisciplinario se compone de ginecólogo, profesional del área social, profesional del área de salud psíquica.

Tabla N°14: Distribución de la población según conocimiento del método farmacológico como única opción para realizar la interrupción voluntaria del embarazo

Método	FA	FR%
Verdadero	14	63,3
Falso	7	31,8
No sabe	1	4,5
Total	22	100

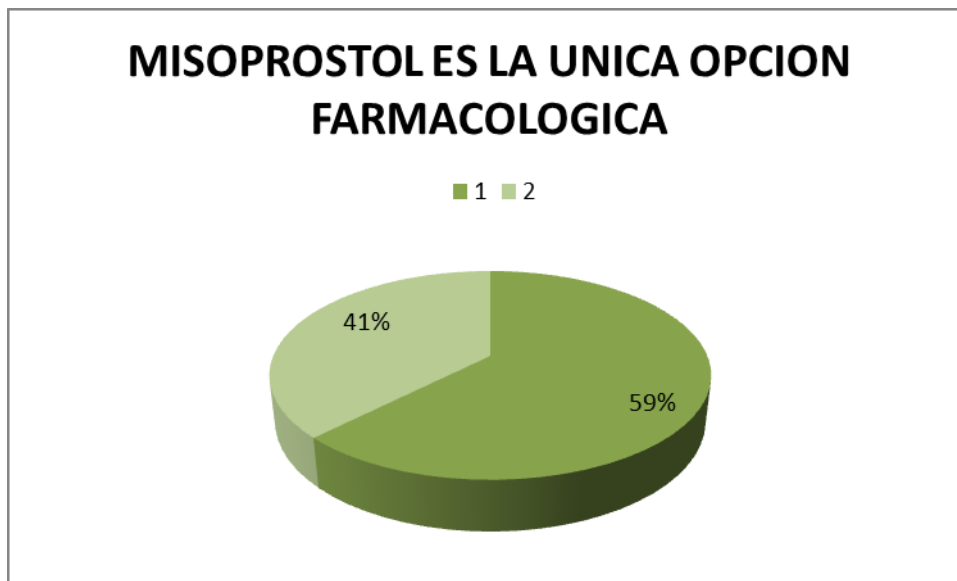


Fuente de información: encuestas realizadas en los días 4/11/15 y 15/11/15, a Personal de Enfermería del piso 16 Clínica Ginecológica "B" del Hospital Universitario.

Respecto al conocimiento sobre si el método farmacológico es la única opción para realizar la interrupción voluntaria del embarazo obtuvimos que el 63,3% respondió que es verdadero, el 31,8% respondió que es falso y el 4,5% respondió que no sabe.

Tabla N°15: Distribución de la población según conocimiento sobre métodos farmacológicos como única opción el Misoprostol

Método Farmacológico	FA	FR%
Verdadero	13	59,1
Falso	9	40,9
Total	22	100%

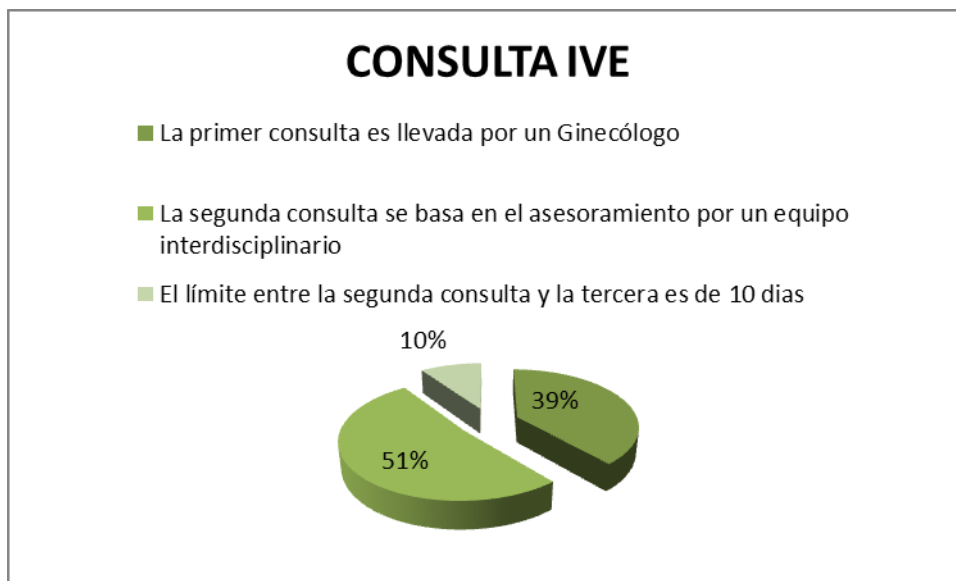


Fuente de información: encuestas realizadas en los días 4/11/15 y 15/11/15, a Personal de Enfermería del piso 16 Clínica Ginecológica "B" del Hospital Universitario.

Respecto al conocimiento sobre el Misoprostol como única opción de método farmacológico obtuvimos que el 59,1% respondió que es verdadero, el 40,9% respondió que es falso.

Tabla N°17: Distribución de la población según conocimiento sobre la consultas de IVE

Consultas IVE	FA	FR%
La primer consulta es llevada por un Ginecólogo	8	39
La segunda consulta se basa en el asesoramiento por un equipo interdisciplinario	12	51
El límite entre la segunda consulta y la tercera es de 10 días	2	10
Total	22	100



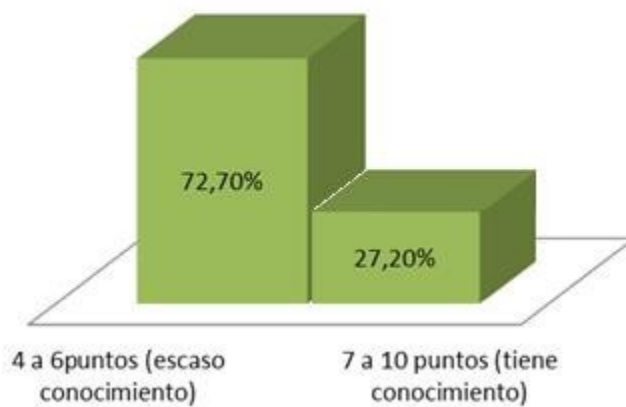
Fuente de información: encuestas realizadas en los días 4/11/15 y 15/11/15, a Personal de Enfermería del piso 16 Clínica Ginecológica "B" del Hospital Universitario.

Respecto al conocimiento sobre la consulta de IVE obtuvimos que el 51% respondió que la segunda consulta se basa en el asesoramiento por un equipo interdisciplinario, un 39% respondió que la primera consulta es llevada a cabo por un ginecólogo y un 10% respondió que el límite entre la segunda y la tercera consulta es de 10 días.

Tabla N° 18: distribución de la población, a partir del rango de conocimiento aplicando escala de medida en encuestas.

Rango de conocimiento	FA	FR%
0 a 3 puntos (no tiene conocimiento)	0	0
4 a 6 puntos (escaso conocimiento)	16	72,7
7 a 10 puntos (tiene conocimiento)	6	27,2
Total	22	100

RANGO DE CONOCIMIENTO



Fuente de información: encuestas realizadas en los días 4/11/15 y 15/11/15, a Personal de Enfermería del piso 16 Clínica Ginecológica "B" del Hospital Universitario.

Respecto al conocimiento que posee la población encuestada aplicando la escala de la encuesta obtuvimos que el 72,7% tiene escaso conocimiento y el 27,3 %tiene conocimientos sobre la interrupción voluntaria del embarazo, no presentándose nadie que no tenga conocimiento.



DISCUSIÓN:

Se ejecutaron 22 encuestas al personal de Enfermería que trabaja en el piso 16 Clínica Ginecológica "B" del Hospital Universitario, lo que corresponde al total de la muestra estudiada en nuestra investigación.

Analizando los datos obtenidos encontramos que el personal de Enfermería que aquí trabaja son adultos jóvenes, siguiéndoles los adultos, y a su vez encontramos que aproximadamente la mitad del personal de Enfermería se caracteriza por poseer 12 años o más de obtenido su título como Auxiliares o Licenciados en Enfermería, estos datos pueden verse sesgados por el tiempo que hace que desempeñan sus funciones como tales.

Podemos observar también que es significativamente menor la experiencia laboral en esta institución comparado a los años que tienen de egresados y que tampoco podemos afirmar que se debe a que se encuentran o encontraban empleados en otro sitio, ya que obtuvimos que la mayoría posee éste empleo como único y no conservan empleos anteriores.

Investigando la capacitación del personal de salud nos encontramos que un elevado porcentaje 90,9%, no realizó posgrados, ni especialidades, ni cursos de formación permanente en Salud Sexual y Reproductiva, ya que no era requisito contar con méritos probados para trabajar en el área. Sin embargo consideran tener conocimiento sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo. Estos datos se pueden vincular a los conocimientos del área de Salud Sexual y Reproductiva que son obtenidos por medio de la experiencia laboral y no en la formación o capacitación (realización de posgrado o especialidad en Salud Sexual y Reproductiva).

Casi en igual proporción encontramos que las fuentes de información utilizadas corresponden a internet seguido de la información proporcionada por centros de salud. Entonces encontramos interés por parte del personal de Enfermería en informarse por medio de estas fuentes para transmitir conocimiento y lograr una atención más óptima a la población. Un reporte realizado en 2011 por el



Ministerio de Salud pública, sobre la implementación de la Ley N° 18.426 en los servicios de Sistema Nacional Integrado de Salud 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 Salud Sexual y Reproductiva 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 .¹³

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.

Luego de realizadas las encuestas y de acuerdo a la escala que los investigadores definimos con la cual mediamos el conocimiento en tres categorías; no tiene conocimiento (0 a 3 puntos), tiene escaso conocimiento (4 a 6 puntos) y tiene conocimiento (7 a 10 puntos), encontramos que un 72,7% posee escaso conocimiento sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo, un 27,3% posee conocimiento y no se halló personal que desconociera totalmente el tema.

Cabe destacar que esta área del Hospital Universitario se puede considerar de referencia para personas que se encuentren ante una situación de Interrupción Voluntaria del Embarazo o de deseo del mismo y que busque información. Más allá de que las usuarias puedan recurrir a este sitio en busca de apoyo frente a un embarazo no planificado, es conveniente que el personal de salud esté



capacitado para poder lograr una atención óptima de los mismos y saber que esperar ante usuarias que estén transitando esta etapa.

La práctica de la atención de salud basada en evidencia es importante para asegurar una atención de calidad y es a la vez un distintivo de la enfermería profesional. Hacia el año 2009, un estudio desarrollado por el Observatorio del MYSU (Mujer y Salud en Uruguay) muestra que, en términos generales, los profesionales poseen un alto conocimiento de las normas y guías clínicas vigentes en Salud Sexual y Reproductiva, lo cual no se vería representado en esta investigación, al menos no por parte del personal de enfermería.

El 73% de los encuestados considera que no es necesario ser mayor de edad para poder realizar la Interrupción Voluntaria Embarazo según la ley, y un 27% refiere que es necesario ser mayor de edad. En base a observar un porcentaje menor de las respuestas erróneas, podemos decir que la mayor parte del personal de enfermería puede brindar asesoramiento de forma correcta si se presentan casos de menores de edad que concurran a consultar sobre IVE lo que resulta importante ya que 12 de cada 1000 mujeres de entre 15 y 25 años interrumpieron legalmente su embarazo según últimos datos recabados, grupo etario que integran también las mujeres menores de edad.

El 91% conoce que el límite legal en cuanto a la edad gestacional para poder realizarse el Interrupción Voluntaria del Embarazo es hasta 12 semanas de gestación, mientras que un 4% refiere que el límite es hasta 10 semanas y otro 4% manifiesta que es hasta 15 semanas. Es importante tener en conocimiento la edad gestacional límite para el proceso ya que es uno de las condiciones que incluye la ley de Interrupción voluntaria del embarazo para poder realizar el proceso de forma legal, en este caso casi el total del personal de enfermería conoce que el límite legal para realizar la IVE es 12 semanas de gestación, lo que resulta sumamente importante ya que un mal asesoramiento podría resultar que la persona no pueda continuar con el proceso de forma legal.

El 96% de los encuestados considera que no es necesaria la aprobación del progenitor para la realización del IVE, mientras que un 4% manifiesta no



saberlo. En este caso la amplia mayoría del personal de enfermería tiene conocimiento sobre esta etapa proceso, en este caso se realiza una entrevista con el progenitor solo si la mujer lo solicita y se realiza para informarlo sobre el derecho de la mujer a decidir sobre la realización de la IVE, las características del procedimiento y la importancia del acompañamiento y la contención durante el proceso.

El 100% conoce que se debe de pasar por diferentes etapas previas a la realización del IVE y la composición del equipo interdisciplinario. Uno de los pilares del conocimiento sobre la IVE; la importancia de las etapas que se deben transitar, así como los actores involucrados. El total del personal de enfermería encuestado conoce que se debe pasar por diferentes etapas durante el proceso, esas etapas corresponden a: Primera consulta (expresión de voluntad de interrumpir la gestación), segunda consulta (asesoramiento por equipo interdisciplinario), tercera consulta (expresión final de voluntad) y cuarta consulta (control Post IVE). En cuanto a la composición del equipo interdisciplinario el total del personal de enfermería encuestado conoce que debe estar compuesto por un ginecólogo, un profesional de área social y un profesional del área de salud psíquica.

El 64% de los encuestados considera que el único método amparado por la ley para la realización del IVE es el farmacológico, el 32 % conoce que existen otros métodos mientras que un 4% manifiesta no saber. Es bajo el porcentaje del personal encuestado que conoce que existe otro método además del farmacológico, para realizar la IVE, que es método quirúrgico y el 59% manifiesta que el único método farmacológico para la realización del IVE es el Misoprostol, mientras que un 41% afirma que no es el único método farmacológico; esto coincide con lo establecido en la Guía técnica para la interrupción voluntaria del embarazo del MSP que Indica la utilización de la Mifepristona seguido del Misoprostol ya que en los embarazos del primer trimestre aumenta la efectividad.

Consideramos que es importante que equipo de enfermería tenga conozca sobre los métodos, a pesar de que este asesoramiento se realiza durante las



diferentes etapas del proceso, por parte del médico ginecobstetra, enfermería debe también estar asesorado ya que va a formar parte del proceso.

En cuanto a estas dos variables podemos decir que el conocimiento que surge más fácilmente de todas las fuentes es el método farmacológico y la droga más popularmente conocida es el Misoprostol, si bien es el más conocido no es el único que existe.

El 86% considera que el control post IVE se debe coordinar a los 7 días, un 4,5% a los 10 días, un 4,5% a los 15 días y otro 4,5% a los 30 días.

El 51% de los encuestados refiere que la segunda consulta se basa en el asesoramiento por parte de un equipo interdisciplinario, un 39% refiere que la primera consulta es llevada por un Ginecólogo y un 10% afirma que el límite entre la segunda y tercera consulta es de 10 días. Esta pregunta es importante ya que ante la consulta temprana de intención de I.V.E. se pueden encontrar todos los agentes de salud. Formalmente debe llevarse a cabo por un ginecólogo u obstetra partera, y también en algunos casos por un profesional de medicina general. En cuanto al límite entre la segunda y la tercera consulta no debe extenderse de 5 días, el cual es llamado "periodo de reflexión", para no exceder los tiempos legales, igualmente el porcentaje del personal que considero esta afirmación es menor.

Al momento de realizar la investigación nos encontramos con una nueva perspectiva de la Objeción de Consciencia ya que actualmente rige una nueva legislación en base a esto que plantea que pueden objetar los profesionales y técnicos en salud que participen directamente en el proceso del IVE. Esto amplía los derechos no solo del personal médico sino también del resto del equipo interdisciplinario a no participar en el proceso siempre que sea debidamente justificado según lo marca la ley N° 18.987.

El impacto en el ejercicio de enfermería de esta nueva coyuntura en la implementación de la ley no fue estudiada en el presente trabajo.



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, 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 destacando que; del equipo de Enfermería encuestado la edad predominante es entre 29 y 39 años, la mayoría tiene más de 12 años de egresados, la amplia mayoría no realizó ningún tipo de posgrado ni especialidad ni se le exigió capacitación previa para ingresar al servicio, la mayoría trabaja solamente en el Hospital Universitario.

Se determinó cual es el conocimiento que poseen sobre la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo; del total de la población encuestada el 91% asegura tener conocimiento sobre la Ley N°18.798.

A través de la aplicación del cuestionario y de la escala diseñada, obtuvimos que un 73% posee escaso conocimiento sobre I.V.E., un 27% posee conocimiento y no se halló personal que desconociera totalmente el tema.

Por los resultados obtenidos consideramos que la formación y capacitación de los Enfermeros/as es esencial para que el sistema de salud funcione adecuadamente, para brindar una atención óptima a la sociedad y para alcanzar el desarrollo profesional. Por otro lado el derecho al acceso de la información segura sin distinción de nivel socioeconómico, procedencia y cobertura de salud, es muy importante. 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. Es necesario hacer énfasis en la responsabilidad del autocuidado, y que los equipos de referencia de primer y segundo nivel de atención tengan dedicación y capacitación, utilizando las redes disponibles, para hacer prevención y promoción en salud.

Como futuros Licenciado/as en Enfermería tenemos las herramientas para actuar adecuada y oportunamente trabajando con la población, brindando la información necesaria a cada persona para que haga uso de su libertad de decisión, haciendo uso de sus derechos.



SUGERENCIAS

De acuerdo a los resultados obtenidos sugerimos:

- Continuar con la línea de investigación, utilizando el instrumento de investigación en otros servicios de salud ya sea público o privado con la finalidad de conocer la realidad y continuar generando información sobre este tema.
- Promover e incentivar a la formación y capacitación permanente del personal de Enfermería en lo que respecta a la ley de interrupción voluntaria del embarazo y las diferentes aristas en su implementación y el impacto en las prácticas de cuidados en los equipos de enfermería.
- Potenciar a través de los medios de comunicación, folletos, cartelera, campañas focalizadas en Interrupción Voluntaria del Embarazo; la ley que se encuentra vigente y su implementación, cada una de sus etapas, las condiciones para realizarlo, redes de apoyo, etc., de modo que el personal de salud pueda asesorar a la población y realizar promoción y prevención en salud.
- Investigar a cerca de la temática de la objeción de conciencia, ya que en materia de esto han ocurrido varios cambios en los últimos tiempos a modo de generar evidencia desde la disciplina espacios de reflexión de los equipos sobre el derecho a la objeción de conciencia para posicionarse frente a la interrupción voluntaria del embarazo. La ley aprobada en 2012, basándose en el artículo 54 de la Constitución, establece esa posibilidad para todo el personal de la salud (clínico, paraclínico y administrativo), es en ese sentido que el equipo investigador sostiene la importancia de grupos que trabajen en la temática.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Ramírez V. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. An Fac Med [Internet] 2009; 70 (3):217-24. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=es [consulta: 20 set 2015].
- 2) Harrison L, Hernández AR, Cianelli R, Rivera MS, Urrutia M. Competencias en investigación para diferentes niveles de formación de enfermeras: una perspectiva latinoamericana. Cienc Enferm [Internet] 2005; 11(1): 59-71. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000100007&lng=es_ [consulta: 10 set 2015].
- 3) Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgo: guía técnica y de políticas para el sistema de salud. [Internet]. 2012. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf [consulta: 10 set 2015].
- 4) González Vélez AC. Una mirada analítica a la legislación sobre interrupción del embarazo en países de Iberoamérica y el Caribe. [Internet]. 2011. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5837/S1100855_es.pdf?sequence=1 [consulta: 20 set 2015].
- 5) Abortar México. Leyes. [Internet]. 2013. Disponible en: <http://abortar-mexico.mx/mis-derechos/servicios-de-salud-sexual/aborto-en-mexico/> [consulta: 20 set 2015].



- 6) Mujer y Salud en Uruguay. Informe 2013. [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/12/Descarga-aqui-Informe-Observatorio-20131.pdf> [consulta: 24 set 2015].

- 7) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Manual y guía técnica para interrupción voluntaria del embarazo. [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/Descargue-aqui-Guia_tecnica_ive_20126.pdf [consulta: 2 set 2015].

- 8) Caen abortos: Uruguay está tercero en el mundo. La República [Internet]. 2015 febrero 11. Disponible en: <http://www.republica.com.uy/tercero-en-el-mundo/501982/> [consulta: 2 set 2015].

- 9) Mujer y Salud en Uruguay. Informe 2009. [Internet]. 2010. Disponible en: http://www.parlamento.gub.uy/parlamenta/descargas/Informe%20Observatorio%20MYSU%20%202009_web.pdf [consulta: 22 set 2015].

- 10) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Balance 1er año de implementación de Ley 18.987: interrupción voluntaria del embarazo. [Internet]. 2013. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/conferencia%20prelsa%20IVE%20FEBRERO%202014.pdf [consulta: 22 set 2015].

- 11) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Interrupción voluntaria de embarazo: estadísticas. [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/noticia/interrupci%C3%B3n-voluntaria-de-embarazo> [consulta: 22 set 2015].

- 12) Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México. Grupos vulnerables. [Internet]. 2011. Disponible en: http://www.iapa.df.gob.mx/work/sites/iapad/resources/PDFContent/50/poblacion_es_vulnerables.pdf [consulta: 10 set 2015].



13) Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Definición de (IVE) Interrupción voluntaria del embarazo. [Internet]. 2009. Disponible en: <http://www.abortoinformacionmedica.es/2009/03/28/definicion-de-ive-interrupcion-voluntaria-del-embarazo/> [consulta: 20 set 2015].

14) Renovación de la atención primaria de la salud en las Américas. En: Fescina RH, De Mucio B, Díaz Rosello JL, Martínez G, Serruya S, Durán P. Salud Sexual y Reproductiva. [Internet]. 2011. Cap. 1. Disponible en: <http://www2.paho.org/clap/dmdocuments/CLAP1577.pdf> [consulta: 22 nov 2015].

15) Asociación Uruguaya de Planificación Familiar. ¿Qué es la salud sexual y reproductiva? [Internet]. 2014 . Disponible en: http://aupf.org.uy/salud_sexual_que.html [consulta: 20 nov 2015].