

# Evaluación de la experiencia de la implantación de la ley de interrupción voluntaria del embarazo en el Hospital de Clínicas

## Law of Voluntary Interruption of Pregnancy. Experience in the University Hospital

## Lei de interrupção voluntária de gravidez. Experiência no hospital universitário

Grazzia Rey<sup>1\*</sup>, Laura Curi<sup>2</sup>, Christians Rodríguez<sup>3</sup>

### Resumen:

**Objetivos:** Evaluar los datos clínicos obtenido en la policlínica de Salud Sexual y Reproductiva del Hospital Universitario a los 6 años de la implementación de la ley de interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

**Métodos:** revisión de historias clínicas de diciembre de 2012 a diciembre de 2018.

**Resultados:** de 448 pacientes, 361 completaron el proceso IVE, 63 requirieron una segunda dosis de Misoprostol. Cuarenta pacientes decidieron continuar sus embarazos y siguieron con el control en el servicio y 32 no volvieron tras su primera entrevista.

**Conclusiones:** basado en los resultados de la investigación, el procedimiento médico de IVE es efectivo en todos los casos, solo en 33 pacientes se requirió procedimientos quirúrgicos adicionales.

La ley IVE representa un progreso considerable en la salud reproductiva de la mujer uruguaya. La IVE ha asegurado asistencia médica, salud y el respeto a los derechos reproductivos sexuales y humanos, incluyendo oportunidad, continuidad y humanización de la interrupción del embarazo. La existencia de la ley de por sí no garantiza que las mujeres opten por abortar.

**Palabras clave:** planificación familiar, aborto, salud sexual y reproductiva, legislación en salud, aborto legal.

### Abstract:

**Aims:** To evaluate clinical data from the Sexual and Reproductive Health Clinic of the University Hospital six years after the implementation of the voluntary interruption of pregnancy law (VIP).

**Methods:** revision of clinical records from December 2012 to December 2018.

**Results:** Out of 448 patients, 361 interrupted their pregnancies. 63 patients required a second dose of

<sup>1</sup>Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, Facultad de Medicina, Universidad de la República. ORCID: 0000-0002-5970-6302

<sup>2</sup>Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, Facultad de Medicina, Universidad de la República. ORCID: 0000-0003-4225-0131

<sup>3</sup>Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, Facultad de Medicina, Universidad de la República. ORCID: 0000-0001-5422-5940

\*Contacto: (+5989)9646178 grazziarey@gmail.com

Misoprostol, 30 patients required additional medical interventions, 49 patients decided to continue their pregnancies and were provided assistance, and 32 did not return following their first interview.

**Conclusions:** Based on the research findings, the medical procedure of VIP is effective in all the cases, just 33 needs surgical additional process. The VIP law represents a considerable progress in the reproductive health of Uruguayan women. As a result, there is a higher rate of abortions in the country. VIP has ensured medical assistance, healthcare and respect for sexual and human reproductive rights, including opportunity, continuity, and humanization of pregnancy interruption. The existence of the law per se does not ensure that women will opt for abortion.

**Keywords:** Family Planning, Abortion, Sexual and Reproductive Health, Health Legislation, Legal Abortion.

### Resumo:

**Objetivos:** Avaliar os dados clínicos obtidos na Policlínica de Saúde Sexual e Reprodutiva do Hospital Universitário 6 anos após a implementação da lei da interrupção voluntária da gravidez (IVE).

**Métodos:** revisão de historias de dezembro de 2012 a dezembro de 2018.

**Resultados:** Dos 448 pacientes, 361 completaram o processo IVE, 63 necessitaram de uma segunda dose de Misoprostol. Quarenta y nove pacientes decidiram continuar suas gestações e continui o controle no serviço e 32 não retornaram após a primeira entrevista.

**Conclusões:** Com base nos resultados da investigação, o procedimento médico do IVE é eficaz em todos os casos, apenas em 33 pacientes foram necessários procedimentos cirúrgicos adicionais.

A lei do IVE representa um progresso considerável na saúde reprodutiva das mulheres uruguaias. Como resultado, há uma taxa maior abortos no país. O IVE assegurou cuidados médicos, saúde e respeito pelos direitos sexuais e reprodutivos humanos, incluindo oportunidades, continuidade e humanização da interrupção de gravidez a existência da lei em si não garante que as mulheres a optar por abortar.

**Palavras-chave:** planejamento familiar, aborto, saúde sexual e reprodutiva, legislação de saúde, aborto legal.

### Introducción

Desde el año 1934 el aborto en Uruguay era considerado delito y por lo tanto penado por la ley. La persistencia de la problemática social de la práctica del aborto voluntario con sus consecuencias en riesgos de salud, riesgos de vida, condena penal, condena moral y padecimiento subjetivo por las condiciones que impone la clandestinidad son asuntos que, progresivamente, adquirieron visibilidad y consideración pública. El aborto

ha salido del dilema de la práctica privada para colocarse como un asunto social, sanitario y político de relevancia para la convivencia democrática <sup>(1)(2)(3)</sup>.

La legislación uruguaya previa a la aprobación de la Ley

de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) no penalizaba el aborto en solo cuatro situaciones: violación, honor, angustia económica y causas graves de salud de la mujer.

En el año 2001 se produjo un incremento de muertes de mujeres vinculadas a la práctica del

aborto inseguro, situación que coincide con la agudización de la crisis económica y de las condiciones de exclusión social de amplios sectores de la población. El incremento de los indicadores de morbimortalidad materna y el aborto inseguro como la principal de sus causas independientes, dejaron en evidencia la dimensión sanitaria del problema<sup>(4)(5)</sup>.

En el año 2002 el MSP adoptó las normativas de atención pre y post-aborto para la disminución del riesgo (Ministerio de Salud Pública, Ordenanza N° 369 del 4 de agosto de 2004)<sup>(6)</sup>.

No se dispone de información oficial sobre el número de personas beneficiadas, pero se conocen estudios que analizan el grado de implementación de normativas sanitarias en salud sexual y reproductiva, incluida la ordenanza N° 369 y el conocimiento que profesionales y usuarias tienen de ello<sup>(7)(8)</sup>.

La Ordenanza 369 formó parte de La Ley de Salud Sexual y Reproductiva (N° 18.426) aprobada por el Parlamento en el 2008 y reglamentada por el Poder Ejecutivo en el año 2010<sup>(6)</sup>.

Luego de varios años de negociaciones políticas y movilización de las organizaciones sociales, el día 30 octubre de 2012, el Parlamento Nacional aprueba la Primera Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (Ley N° 18.987)<sup>(9)</sup>.

A partir de diciembre del mismo año la ley es reglamentada por el Ministerio de Salud Pública con implementación obligatoria en todo el territorio nacional<sup>(10)</sup>.

El propósito de la Ley es: Asegurar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de la población y garantizar el derecho a la procreación consciente y responsable. Sistematizando las prácticas que aseguren la calidad de atención, el trato digno y el respeto de los derechos en la implementación de la interrupción. La información del proceso de las entrevistas IVE, se puede consultar en la página web del Ministerio.

## Objetivos

En el presente trabajo analizamos los resultados de los seis primeros años de la implementación de la ley en la Policlínica de Salud Reproductiva del Hospital de Clínicas, específicamente en cuanto al número de interrupciones, edad de las pacientes, edad gestacional al ingreso, complicaciones durante la interrupción, así como abandono del procedimiento.

El Hospital de Clínicas (HC) es un hospital de alta complejidad. El número de nacimientos al año es entre 600 y 700. No hay datos del número de abortos provocados antes de la implementación de la ley, ya que como se dijo anteriormente el mismo era ilegal.

## Metodología

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo mediante la revisión de las entrevistas a mujeres que consultaron en la policlínica de Salud sexual y reproductiva con la intención de interrupción voluntaria del embarazo, desde diciembre de 2012 hasta diciembre de 2018. La información se recogió del Archivo de Historias Clínicas del Hospital. Se utilizaron estadística descriptiva, cálculo de porcentajes, media y desviación estándar.

Se presentó el trabajo al comité de ética y se aseguro la confidencialidad de las pacientes.

Las variables analizadas fueron el número de interrupciones, la edad gestacional, la edad de las pacientes, y si la primera consulta terminó o no con la interrupción de la gestación.

## Resultados

Durante los seis primeros años de implementación de la ley de interrupción voluntaria del embarazo se realizaron 448 consultas por dicho motivo.

La edad promedio de las pacientes fue de 25 años (DS 16-42).

La edad gestacional promedio por ecografía fue de

8 semanas (DS 5-12).

De las 448 pacientes que consultaron por la IVE, 361 pacientes (80 %) completaron el procedimiento, es decir realizaron la interrupción del embarazo.

Al total n=361, que siguieron la IVE se les administró el tratamiento médico con Mifepristona 200 mg y Misoprostol 800 microgramos. De estas pacientes 53 requirieron una nueva dosis de Misoprostol de 800 microgramos por presentar elementos clínicos o ecográficos de no haber completado el aborto a los 10 días de control (15 %). Durante la segunda etapa del proceso estas pacientes recibieron en forma adicional antibióticos. Otras 33 pacientes (9 %) requirieron adicionalmente legrado evacuador por presentar elementos de infección luego del aborto médico destacando que de estas pacientes los legrados fueron en su mayoría durante el primer año de la implementación de la ley.

Decidieron continuar el embarazo 49 de las 448 pacientes y fueron controladas en nuestro servicio (11 %).

Seis pacientes presentaron durante el proceso un aborto espontáneo, y 32 (15 %) no volvieron luego de la primera entrevista (perdidas en el seguimiento).

Los números mencionados se muestran en la **Figura 1**.

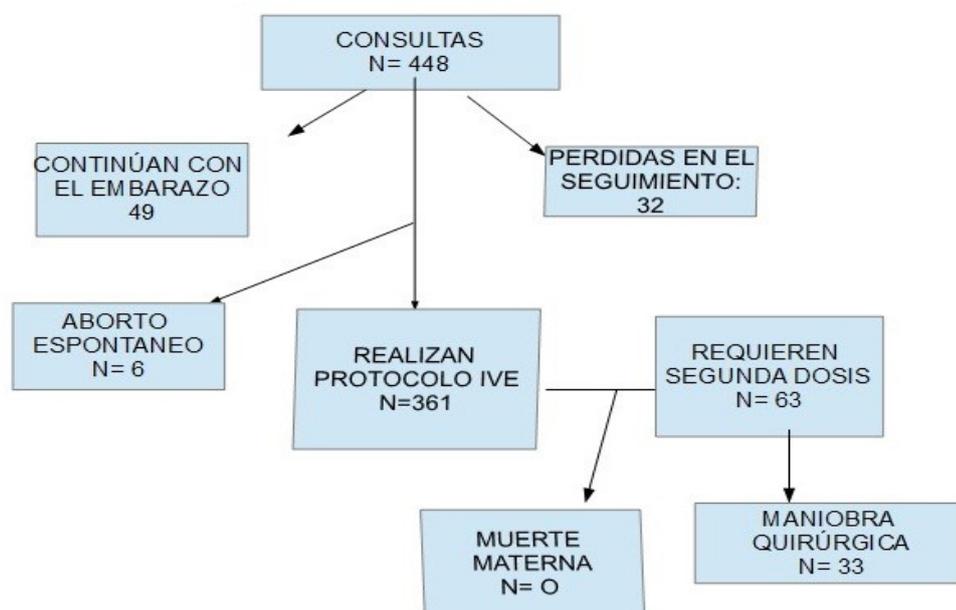
En cuanto al control post IVE de las pacientes que continuaron con el proceso IVE 97 no volvieron a la cuarta entrevista de control post IVE a pesar de haber sido citadas por el equipo multidisciplinario incluso telefónicamente después de haber faltado a la cita fijada (33 %).

Teniendo en cuenta el número de nacimientos anual del HC n=700, las IVE anuales son el 10 % en relación a los nacimientos del hospital.

## Discusión

El aborto en Latinoamérica sigue siendo una de las primeras causas de mortalidad materna debido a las legislaciones restrictivas.

El aborto es mayormente ilegal en América Latina, con legislaciones que adoptan desde una posición absolutamente criminalizadora, hasta aquéllas que lo descriminalizan sólo por causas específicas. Los únicos países donde el aborto está legalizado son Puerto Rico, Cuba, Guyana Francesa, Guyana, Barbados y ciudad de México. La prohibición o restricción severa del aborto no ha impedido su práctica, sino que obliga a la realización de abortos de riesgo que deriva mayormente en perjuicios para las mujeres pobres. La mayor parte de las



**Figura 1.** Resultados de la implementación protocolo IVE 2012-2018

Fuente: elaboración propia.

legislaciones de América Latina han intentado resolver el problema del aborto inducido mediante su prohibición, lo cual se ha traducido en graves consecuencias económicas, sociales, de salud pública y de justicia social para las mujeres de estos países, sin lograr la disminución de la alta tasa de aborto que existe en la región<sup>(11)</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 3.700.000 abortos en condiciones de alto riesgo tienen lugar cada año en América Latina y El Caribe, región en la cual se observa precisamente las tasas y razones de abortos inducidos más elevadas: la tasa es de 29 abortos por cada mil mujeres entre 15 y 44 años de edad, y la razón de cerca de un aborto por cada tres nacidos vivos en el 2000. La tasa de abortos varía entre 34 por cada mil mujeres en Sudamérica, 21 en Centroamérica y 12 en la región del Caribe.

La OMS estima que, en esta región, el 17 % de las muertes maternas son consecuencia de un aborto inducido: esta proporción varía entre 19 % en Sudamérica, el 13 % en El Caribe y el 11 % en Centroamérica, aunque algunas encuestas muestran importantes diferencias entre los países que van del 8 % al 50 % de estas muertes<sup>(12)</sup>.

Es por ello que se hace imperativa una revisión del tratamiento legislativo que se ha dado al aborto inducido. En Uruguay hasta la implementación de la ley de interrupción voluntaria y a pesar de las iniciativas incluidas en la ley de salud sexual y reproductiva aprobada en 2008 siguieron ocurriendo muertes maternas por aborto.

Desde la implementación de la ley en nuestro país no hubo ninguna muerte materna debido a aborto clandestino y de acuerdo a los datos del MSP solamente se presentaron, en todo el país en los dos primeros años, 2 complicaciones maternas que llevaron a histerectomía pero sin muerte de la paciente (bibliografía del MSP), ambas histerectomías fueron por interrupciones dentro del marco legal, las complicaciones esperadas por un aborto médico son infección, hemorragia y en raros

casos rotura uterina.

Los datos mostrados en este artículo son de uno de los efectores de salud donde se lleva a cabo la implementación de la ley y en los mismos podemos ver la seguridad del método y la baja tasa de complicaciones (ya mencionadas).

El aborto inducido es un tema de estudio muy importante y de amplio debate en la región. El ejemplo uruguayo es reconocido a nivel de Latinoamérica por las organizaciones que luchan contra el aborto inseguro.

## Conclusiones

Luego de seis años de experiencia en el Hospital de Clínicas, podemos concluir que el procedimiento médico indicado resulta eficaz, hubo que recurrir a medidas invasivas quirúrgicas en un muy bajo porcentaje. Es de destacar el porcentaje de pacientes que continua el embarazo a pesar de haber iniciado los trámites de interrupción, como se expresa en los resultados y también desconocemos la causa de porque las pacientes abandonen el proceso. Es llamativo el número de pacientes que abandona o no continúa con el proceso, 32/448 pacientes, desconociendo si es por si deciden continuar el embarazo o si optan por la vía no legal del aborto, siendo este una pregunta a responder en futuras investigaciones. También es importante destacar que 49 de 448 mujeres (10,04 %) continuaron su embarazo.

Creemos que la ley de interrupción voluntaria del embarazo ha representado un avance en la salud reproductiva de las mujeres en el Uruguay y no por eso ha llevado a un aumento de los abortos. Al asegurar la calidad asistencial y atención en salud, garantiza el respeto a los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo la oportunidad, la continuidad y la humanización del proceso de interrupción de embarazo, aleja a las mujeres del aborto en situaciones de riesgo. La existencia de

la ley por sí misma no asegura que la mujer opte por el aborto como podemos ver en la muestra por nosotros presentada.

**Nota:** La contribución de los autores en la realización del trabajo fue equivalente.

### Referencias:

1. Carril Berro E, López Gómez A. Entre el alivio y el dolor. Mujeres, aborto voluntario y subjetividad. Montevideo: Trilce; 2008. Disponible en: [https://www.academia.edu/373806/Entre\\_el\\_alivio\\_y\\_el\\_dolor.\\_Mujeres\\_aborto\\_voluntario\\_y\\_subjetividad](https://www.academia.edu/373806/Entre_el_alivio_y_el_dolor._Mujeres_aborto_voluntario_y_subjetividad).
2. Sanseviero R., Rostagnol S, Guchin M, Miglioni A. Condena tolerancia y negación. El aborto en Uruguay. Montevideo: Universidad para la Paz; 2003. Disponible en: [https://www.academia.edu/1558987/Condena\\_tolerancia\\_y\\_negaci%C3%B3n.\\_Situaci%C3%B3n\\_del\\_aborto\\_en\\_Uruguay](https://www.academia.edu/1558987/Condena_tolerancia_y_negaci%C3%B3n._Situaci%C3%B3n_del_aborto_en_Uruguay)
3. Abracinskas L, López Gómez A. Problemas complejos, intervenciones integrales. Aborto inseguro, mortalidad materna, reducción de incidencia y ejercicio de derechos. En: Briozzo L (ed.). Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. pp. 217-223. Montevideo: Arena; 2007.
4. Briozzo L, Vidiella G, Vidarte B, Ferreiro G, Pons JE, Cuadro JC. El aborto provocado en condiciones de riesgo emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay. Rev Med Uruguay. 2002;18:4-13. Available from: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v18n1/v18n1a02.pdf>
5. Briozzo L, Rodríguez F, Leon I, Vidiella G, Ferreiro G, Pons JE. Unsafe abortion in Uruguay. Int J Gynaecol Obstet. 2004;85(1):70-3. DOI: 10.1016/j.ijgo.2003.09.014
6. Ley N° 18.426. Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. Registro Nacional de Leyes y Decretos. Montevideo: Poder Legislativo, 2008. Available from: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp2729043.htm>
7. Mujer y salud en Uruguay. Observatorio Nacional en Género y Salud Reproductiva en Uruguay: Informe 2008. Montevideo: MYSU, 2008. Available from: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/12/Descarga-aqui-Informe-Observatorio-2008.pdf>
8. Mujer y salud en Uruguay. Observatorio Nacional en Género y Salud Reproductiva: Informe 2009. Montevideo: MYSU, 2009. Available from: [http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/12/Descarga-aqui-Informe\\_Observatorio\\_2009.pdf](http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/12/Descarga-aqui-Informe_Observatorio_2009.pdf)
9. Ley N° 18.987. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Registro Nacional de Leyes y Decretos. Montevideo: Poder Legislativo, 2012. Available from: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp8076589.htm>
10. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Guía para implementación de la atención de la salud sexual y salud reproductiva en las instituciones prestadoras de salud. Montevideo: MSP, 2010. 26p.
11. Guillaume A, Lerner S. El aborto en América Latina y en el Caribe: una revisión de la literatura de los años 1990 a 2005. Mexico-Paris: CEPED; 2007.
12. United Nations. Department of Economics and Social Affairs. World Abortion Policies 2011. New York: UN; 2011.

**Recibido:** 01/07/2019

**Aceptado:** 27/09/2019