



**Universidad de la República**  
**Facultad de Psicología**

Pre proyecto de investigación - Trabajo final de grado

*Actuación y Posicionamiento de los Equipos interdisciplinarios  
(IVE) en los servicios de Salud,  
ante la solicitud de Interrupción Voluntaria de Embarazo en  
Adolescentes*

Estudiante: Johana Karina Porley Birriel: 4.065.124-1

Tutora: Asist. Mag. Sabrina Rossi

Montevideo, 15 de Febrero 2016

## Indice

<b>1. Resumen .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Fundamentación y justificación .....</b>	<b>3</b>
<b>3. Antecedentes .....</b>	<b>8</b>
<b>3.1 Profesionales de la salud y aborto voluntario .....</b>	<b>9</b>
<b>3.2 Aborto en adolescentes.....</b>	<b>10</b>
<b>3.3 Acceso al aborto legal en adolescentes.....</b>	<b>11</b>
<b>3.4 Autonomía progresiva .....</b>	<b>13</b>
<b>4. Problema y preguntas de investigación .....</b>	<b>14</b>
<b>5. Objetivos .....</b>	<b>16</b>
<b>5.1 Objetivo general .....</b>	<b>16</b>
<b>5.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>17</b>
<b>6. Estrategia y diseño metodológico .....</b>	<b>17</b>
<b>7. Consideraciones éticas .....</b>	<b>18</b>
<b>8. Cronograma de ejecución .....</b>	<b>19</b>
<b>9. Resultados esperados .....</b>	<b>19</b>
<b>10. Referencias bibliográficas .....</b>	<b>20</b>

## **1. Resumen**

Desde Octubre de 2012, Uruguay cuenta con una ley sobre interrupción voluntaria del embarazo (IVE) N° 18987, que establece la despenalización de la práctica siempre y cuando la mujer cumpla con determinados requisitos. La ley garantiza la formación de equipos interdisciplinarios en los servicios de salud, lo cuales brindaran asesoramiento a la mujer y adolescente que solicite abortar. Este proyecto de investigación tiene como objetivo principal describir y analizar las actuaciones y posicionamiento de los profesionales que conforman los equipos interdisciplinarios IVE de los servicios de salud, frente a la solicitud de las mujeres adolescentes de interrumpir su embarazo. Se plantea una metodología cualitativa de tipo descriptivo- exploratorio donde se realizarán entrevistas en profundidad semi – estructuradas a los profesionales de las distintas disciplinas que integren los equipos interdisciplinarios IVE, y que hayan trabajado con adolescentes en la consulta por interrupción de embarazo en los servicios públicos y privados de Montevideo. Se pretende con esta investigación producir conocimiento acerca del tema planteado y brindar aportes que puedan contribuir a futuras investigaciones sobre el tema.

**Palabras Claves: Aborto Legal – Adolescentes – Equipos de Salud**

## **2. Fundamentación y justificación**

El presente proyecto de investigación pretende indagar acerca de la actuación y posicionamiento de los profesionales de la salud que integran los equipos interdisciplinarios de interrupción voluntaria de embarazo, previstos por la ley 18987, frente a la solicitud de mujeres adolescentes de interrumpir su embarazo.

En octubre de 2012 se aprobó en nuestro país la Ley n° 18987 de Interrupción voluntaria del embarazo (IVE), la misma establece la despenalización del aborto siempre y cuando se realice durante las primeras 12 semanas de gestación y la mujer cumpla con determinados requisitos que propone la ley. Fuera de ese plazo se contemplan las situaciones donde exista un grave riesgo para la salud de la mujer, o anomalías fetales incompatibles con la vida extrauterina y específicamente en los casos de violación el plazo se extiende hasta las 14 semanas.

El aborto voluntario en nuestro país estuvo penalizado durante décadas, la ley N° 9763 que regía desde 1938 establecía el aborto como un delito siempre y la pena podía ser atenuada o eximida por el juez sólo ante los siguientes casos: violación, honor de la familia, angustia

económica y riesgo de vida y salud grave de la mujer. Dado que nunca fue reglamentada la ley, los servicios de salud no incorporaron en sus modelos de atención estas situaciones. Si bien se asistía a mujeres con complicaciones post aborto, tanto los servicios de salud y sus profesionales no contaban con indicaciones de cómo proceder ante dichas situaciones, quedando las mujeres sujetas a la actitud individual del profesional que la asistiera. (Carril y López, 2010a). Durante el tiempo de vigencia de esta ley quedó confirmado su ineficacia, y su corolario fue la práctica de abortos clandestinos, con los riesgos e impactos que ha implicado para la salud y subjetividad de las mujeres. Si bien no se cuenta con cifras certeras, una investigación realizada entre diciembre de 2001 y mayo de 2003, en el marco del Programa de Derechos Humanos, Paz y Violencias–Violencias Encubiertas–, del Centro Internacional de Investigación e Información para la Paz, estableció un estimativo de 33.000 abortos inducidos en mujeres de 15 a 49 años, en el año 2000. Esto implicaría una tasa de aborto 38.5% calculada en comparación al total de nacimientos. (Sanseviero et al, 2003)

La evidente contradicción que existió entre una práctica ampliamente extendida en nuestra sociedad, y un marco legal que la tipificaba como delito siempre, así como un incremento en las cifras por mortalidad materna a consecuencia del aborto inseguro, hicieron que el discurso público sobre el tema se fuera instalando en la agenda política de nuestro país. A partir de 1985 con el proceso de recuperación y consolidación del régimen democrático, movimientos feministas denuncian la desigualdad social por inequidad de género y reclaman la descriminalización del aborto fundamentando sus argumentos en el derecho a poder decidir libremente y de forma autónoma sobre la vida sexual y capacidad reproductiva en el cuerpo de las mujeres. (Abracinskas y López, 2007).

El debate que pone en discusión la ley de Defensa de la Salud Reproductiva como un tema concerniente a los derechos humanos en la agenda pública y política de nuestro país, estuvo ceñido de tensiones y controversias. En el período 1985 – 2007 fueron presentados seis proyectos a nivel parlamentario, su tratamiento legislativo estuvo sesgado de negociaciones políticas, intereses electorales e intereses de determinados sectores por mantener el status quo (Carril y López, 2010b). En lo que refirió a la opinión pública sobre el derecho de las mujeres a decidir sobre la interrupción voluntaria del embarazo, se mostraba favorable, las encuestas indicaban un crecimiento de los porcentajes de aceptación de un 25% hacia fines de la década del 80 a un 63 % en el año 2004 (Bottinelli, 2010, citado en Carril y López, 2010b).

Entre los años 2001 y 2004 se presenta y discute en nuestro parlamento, el proyecto de Ley de Salud Reproductiva, el mismo fue aprobado por la cámara de representantes y vetado en

Cámara de Senadores. Esta resolución no contempló la opinión mayoritaria de la ciudadanía y obligó a continuar debatiendo. En el 2004 el Ministerio de Salud Pública aprueba la ordenanza N° 369 “Medidas de protección materna contra el aborto provocado en condiciones de riesgo”, la cual reconoce el derecho de toda mujer en situación de embarazo no deseado de recibir información y orientación para la toma de decisión, apoyo psicológico y orientación en materia anticonceptiva en el caso de post aborto voluntario. Esta disposición no fue implementada en todos los servicios de salud y fue escasamente conocida por las mujeres usuarias y profesionales de los servicios (Carril y López, 2010).

En 2008 es aprobada la ley n° 18426 en Defensa del derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, y vetada por Tabaré Vázquez en los artículos donde de interrupción se regulaba la interrupción voluntaria del embarazo. El debate sobre el proyecto de una ley de salud reproductiva, aparece entre los debates más importantes que nuestro país ha tenido en las últimas décadas. Tanto por las condiciones políticas en la que suscita el debate como a las cuestiones de derecho y equidad a las que remite (Jones, 2007). Finalmente luego de presentarse un nuevo proyecto de ley, en Octubre 2012 se aprueba la ley N° 18987 de Interrupción voluntaria del embarazo y es reglamentada a través del decreto 375/012.

La ley garantiza la suspensión de la pena siempre y cuando se realice antes de las primeras 12 semanas de gestación y la mujer cumpla con determinados requisitos. La población objetivo que la ley ampara son las ciudadanas uruguayas naturales o legales, o extranjeras residentes en el país al menos por un año. También indica que todos los centros de salud están obligados a ofrecer el servicio, y en caso de objeciones deberán asegurar a las usuarias otras alternativas de atención, estableciendo un acuerdo con el MSP. El personal de salud que tenga objeciones respecto a practicar el procedimiento deberá expresar la objeción de conciencia ante la institución. En cuanto a los requisitos, las mujeres dentro de estos plazos deberán concurrir a una consulta médica de alguna institución del Sistema Nacional Integrado de Salud, donde deberán dar a conocer su situación de embarazo y sus motivos para interrumpirlo (penuria económica, sociales, familiares o etarias). El procedimiento indica que el médico derivará a la mujer a una entrevista con un equipo interdisciplinario, previsto por la ley, el mismo día de la consulta o al día siguiente.

Los equipos interdisciplinarios están conformados por un/a ginecólogo/a, un/a profesional de la salud psíquica y un/a trabajador social. Su tarea según indica la ley, es brindar información a las mujeres sobre las condiciones, las características de la interrupción voluntaria del embarazo y sus posibles riesgos, así como brindar acompañamiento e informar acerca de las distintas alternativas ante el embarazo no deseado. La razón de ser de estos equipos es

constituirse en un ámbito de apoyo psicológico y social a la mujer que contribuya a superar las causas que puedan inducir a la mujer a la interrupción del embarazo y brindar la información necesaria para tomar una decisión consciente y responsable.

En el artículo 4° de la ley se determina que los deberes de los profesionales que integran los equipos interdisciplinarios son : orientar y asesorar a la mujer sobre los medios adecuados para prevenir embarazos futuros y acerca de los programas existentes de planificación familiar ; garantizar que el proceso de decisión permanezca libre de presiones de terceros ya sea para interrumpir o continuar el embarazo; cumplir con el protocolo de actuación de los grupos interdisciplinarios dispuesto por el MSP; entrevistarse con el progenitor en el caso que se haya recabado el consentimiento previamente expreso por la mujer y por último el de abstenerse de asumir la función de denegar o autorizar la interrupción.

De acuerdo con el Manual de Procedimiento para el manejo sanitario de IVE (MSP,2012) se establecen 4 consultas denominados IVE 1, 2,3 y 4. La primera es en la cual se recibe la voluntad de la mujer de interrumpir el embarazo y se comienza el trámite administrativo para acceder a la interrupción (IVE 1). La segunda es en la cual se entrevista y se brinda el asesoramiento por parte del equipo interdisciplinario, informando acerca del lapso de reflexión obligatorio de 5 días (IVE 2). La tercera consulta (IVE 3) es con el ginecólogo y es en la cual se expresa la decisión final de la mujer y se da inicio al acto de la interrupción. La última consulta es la que se realiza post – IVE con el fin de asegurar la eficacia del procedimiento, brindar asesoramiento sobre anticoncepción y se completa la información que MSP exige.

En lo que refiere a las adolescentes, el artículo N° 37 (consentimiento de las adolescentes) del decreto 375/012, estipula:

De acuerdo a la edad de la niña o adolescente el médico Ginecólogo o el equipo interdisciplinario propenderán a que la decisión de interrumpir el embarazo se adopte en concurrencia de sus padres u otros referentes adultos de confianza de la menor, debiendo respetarse en todo caso la autonomía progresiva de las adolescentes. Si el ginecólogo tratante o el equipo interdisciplinario consideran que la menor puede prestar un consentimiento válido solo podrán notificar a los padres o representantes legales si la menor los libera formalmente del deber de guardar secreto profesional, lo que deberán dejar asentado en la historia clínica bajo firma de la menor.

La valoración de la autonomía progresiva será realizada por los técnicos del equipo interdisciplinario, en la segunda consulta (IVE 2), según el procedimiento de manejo sanitario IVE. El mismo también establece que si el equipo considera que la adolescente es capaz de

tomar decisiones autónomas, su sola voluntad definirá que el proceso continúe, si en cambio a juicio del equipo, la adolescente no presenta condición de autonomía se deberá realizar consulta con sus padres o adulto referente. Si existe coincidencia de opinión será sugerido que sea acompañada en el proceso de asesoramiento y en caso de existir desacuerdo con la voluntad de la adolescente, luego de haber intentado lograr consenso, se le brindará a la adolescente la información y documentación necesaria para que pueda presentarse ante el juez competente y pueda ser recabado su consentimiento para la interrupción del embarazo.

Si bien es un gran avance el marco jurídico logrado, la ley pone en cuestión el ejercicio de los derechos sexuales y la autonomía a decidir sobre la capacidad reproductiva de las mujeres. El procedimiento para el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, es un proceso tedioso y largo que debe atravesar la mujer que decide abortar. El hecho de que el mismo conste de repetidas consultas, de un período de reflexión obligatorio de 5 días, de ratificación de una decisión ya tomada, así como de una consulta con un equipo interdisciplinario, no solo retrasa el acceso a la práctica, sino que nos habla de un marco legal que limita la autonomía de las mujeres y pone en cuestión la decisión tomada. En este contexto, la práctica de aborto queda limitada a un contexto asistencial, donde la decisión de la mujer se legitima únicamente si está mediada por el asesoramiento profesional, colocando a la mujer en un lugar de tutelada, que no favorece el pleno ejercicio de sus derechos. (López,2013).

En el caso de las adolescentes se complejiza aún más el proceso porque demanda la consideración de su autonomía progresiva por parte del equipo interdisciplinario, lo cual puede presentar otro obstáculo, sino es incorporado un enfoque de derechos en las prácticas de los profesionales. Con la Convención Internacional de los Derechos de niño, adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas en 1989, se establece un cambio en la concepción del niño y adolescente, como objeto de protección y tutela, para reconocerlo como sujeto pleno de derecho, y por tanto como ciudadano. Este nuevo paradigma que reconoce los derechos de los menores de edad se articula íntimamente con la noción de autonomía progresiva, e insta a garantizar el derecho de autonomía inherente a la condición de sujeto de derecho, y al derecho de desarrollar progresivamente la capacidad de ejercer los mismos (Salomone, 2013).

Los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes están contemplados en la CIDN y en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y en las Plataformas de Acción de la Cumbre Mundial de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cumbre Mundial de la Mujer (Beijing, 1995), se establecen los lineamientos para el respeto de los mismos. (Gutiérrez, 2003). Estos derechos refieren al

poder de cada persona para tomar decisiones informadas y autónomas sobre su sexualidad y vida reproductiva. Así como también a la disponibilidad de recursos para poder llevar a la práctica esas decisiones de manera segura, efectiva y sin discriminaciones (Correa y Petchesky,1995. Citado en López,2013)

El escenario que podemos ver en lo que al procedimiento *ive* refiere, interpela nuevos estudios sobre la realidad que evidencie el trayecto que deben recorrer las adolescentes para acceder a un aborto seguro y legal en los servicios de salud de nuestro país. El ejercicio de los derechos sexuales de las adolescentes en forma autónoma con criterios de progresividad de acuerdo con la edad, es un aspecto sumamente importante que el equipo interdisciplinario deberá considerar. En este sentido el actuar y posicionamiento de los profesionales de la salud serán pieza clave para contribuir a que el proceso no se realice desde el poder asimétrico que ha caracterizado el modelo médico hegemónico, y se realice en cambio, desde un marco de derechos humanos y respeto, donde la ética y el compromiso del profesional se pongan en juego para ofrecer una atención integral que garantice el reconocimiento de estos derechos.

Desarrollar investigación sobre este tema, nos permitirá disponer conocimiento sobre un campo que no ha sido explorado en nuestro país. A través de la presente investigación se pretenderá conocer cómo actúan y se posicionan los equipos interdisciplinarios en el sistema nacional de salud, frente a una situación donde una adolescente solicita interrumpir su embarazo.

### **3. Antecedentes**

En la gran mayoría de los países de América Latina y el Caribe, el aborto es penalizado, no obstante, en la mayoría de ellos existen excepciones al delito cuando está en riesgo la vida, la salud física y mental de la mujer, en casos de violación o incesto, o de malformación del feto. Nuestro país junto con Cuba, Guyana y México DF se encuentran dentro de los que han legalizado la práctica de aborto por la sola voluntad y solitud de la mujer, mientras que, en Chile, El Salvador, Honduras, Nicaragua y República Dominicana, el aborto está totalmente penalizado (Bohórquez, 2015). Esta realidad hace que en la mayoría de estos países prevalezca la práctica del aborto inseguro como forma de solución ante un embarazo no deseado. Acorde a datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), cada año se practican unos 3 millones de abortos peligrosos en las mujeres adolescentes de entre 15 a 19 años, lo que contribuye a la mortalidad materna y a problemas de salud prolongados. Según datos de Guttmacher Institute (2015), al menos el 10 % del total de muertes maternas



en 2014, se debió a abortos inseguros en América Latina y el Caribe y cerca de 760.000 mujeres son hospitalizadas anualmente por complicaciones derivadas de estos. La tasa anual estimada de aborto inseguro en 2008 fue de 30 abortos por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años. El estudio también destaca que los servicios post aborto en la región son de muy mala calidad y presentan dificultades como retrasos en el tratamiento, uso de métodos inapropiados y actitudes prejuiciosas por parte del personal de las clínicas y los hospitales.

### **3.1 Profesionales de la salud y aborto voluntario**

Vázquez y Castiblanco (2013) realizaron una revisión de literatura científica y analizaron las experiencias y opiniones de los profesionales de la salud acerca de la despenalización del aborto en diferentes partes del mundo. Para el trabajo tomaron artículos de Sudáfrica, Nepal, Brasil, México, Argentina, Jamaica, España y Estados Unidos. Las autoras señalan que a pesar de ser contextos con fuertes valores religiosos y patrones patriarcales que no favorecen a la IVE, los profesionales de la salud la apoyan por considerarse una medida para prevenir y reducir las complicaciones y riesgos en la salud de la mujer. También destacan que la objeción de conciencia fue ampliamente referenciada y en ocasiones se convierte en una barrera en el proceso de atención. Asimismo, el estudio reporta que las actitudes de los profesionales varían en relación a la nacionalidad, la experiencia con el procedimiento, las creencias religiosas y las causas por las que la mujer solicita un aborto. Las autoras consideran necesario continuar estudiando las experiencias de los profesionales frente a la IVE, ya que los resultados aportarán sustentos para mejorar las actitudes y la atención a la mujer que solicita la interrupción voluntaria del embarazo.

En Brasil, Santos y Fontenele (2012) estudiaron las percepciones y actuaciones de los profesionales de la salud, ante las situaciones de aborto legal. El estudio mostró que los profesionales presentan dificultades técnicas para trabajar con las mujeres en situación de aborto debido a la insuficiente formación recibida. También reportaron un uso inadecuado del derecho de objeción de conciencia e interferencias entre los principios éticos y religiosos en su postura, que dificultan el acceso al aborto previsto en la ley. En esta línea Díaz Olavarrieta et al. (2012) a tres años de la implementación de la reforma de la ley sobre el aborto legal en México, realizaron un estudio para identificar las percepciones y opiniones del personal del servicio de la salud que se encontraban vinculados al programa de interrupción legal del embarazo. Los autores encontraron en el personal de la salud una postura dividida y ambivalente respecto a la misma, donde la mayoría de los entrevistados justifica el aborto sólo por causas extremas. A pesar de ello reportan que el marco legal ha promovido el respeto y a una mayor apertura a las necesidades y demandas de las mujeres. También destacan el

uso del recurso de objeción de conciencia por parte del personal administrativo y personal de la salud no médico, a pesar de los lineamientos normativos que establecen es un derecho exclusivo de estos. Asimismo, reportan que la formación incide en las percepciones del personal de la salud, ya que los profesionales que fueron capacitados para participar en el programa poseen mayor conocimiento sobre el procedimiento y mayor empatía hacia las mujeres en situación de aborto, mientras el personal de reciente incorporación, sin capacitación, muestran mayor ambivalencia y resistencia a brindar el servicio de aborto legal.

En nuestro país se destaca el estudio realizado por Carril y López donde investigaron acerca de los servicios de salud frente al aborto voluntario y la perspectiva de los y las profesionales. El estudio fue realizado en un contexto de ilegalidad de la práctica y en un marco de vigencia de la ordenanza n° 369 “Medidas de protección materna contra el aborto provocado en condiciones de riesgo”, que permitía a los servicios de salud y sus profesionales intervenir en la atención pre y post aborto. El estudio reporta que la temática de aborto genera en los profesionales incomodidad y reacciones emocionales que se ocultan detrás de determinados argumentos científicos y éticos, los cuales repercuten en sus prácticas. La situación de un embarazo no deseado en una mujer no se encuentra dentro del registro de lo esperable, principalmente en los ginecólogos hombres, que en otras profesionales que participaron del estudio. Asimismo, el estudio mostró que prevalece en los profesionales de la salud la consideración del aborto como una práctica que es justificada ante determinadas circunstancias, asociada a actos de descuido e irresponsabilidad de las mujeres, y también considerada como una práctica que implica consecuencias psicológicas en las mujeres (López y Carril 2010a). Las autoras también señalan que la relación entre profesionales de salud y mujer en situación de aborto se ha basado en una ecuación saber-poder que es atravesada por determinantes de clase y género, y la intervención técnica de los profesionales en el campo de la salud y los derechos reproductivos muchas veces se esconde tras valoraciones morales que provienen de posiciones ideologizadas, paternalistas e infantilizadoras (López y Carril 2010b).

### **3.2 Aborto en adolescentes**

La influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescentes, fue analizado en Perú, por Calderón y Alzamora (2006). Mediante un estudio de caso y control donde seleccionaron adolescentes de entre 15 a 19 que por un lado llegaron a emergencia por complicaciones por aborto provocado, y por otro, adolescentes embarazadas que acudían a los controles prenatales en el mismo hospital. El estudio demostró que la relación de confianza con los padres influye en la probabilidad de continuar con el embarazo o no, presentándose una relación de 4.5 veces más de posibilidades de abortar en las adolescentes

que no confiaban en sus padres. Sólo el 20% de las adolescentes que abortaron le comunicaron sus padres del embarazo, por decisión propia. Los autores concluyen que los factores familiares que influyen en decidir un aborto, son la falta de confianza hacia los padres, y la reacción negativa por parte de ellos y los miembros de la familia, hacia la condición de embarazo de la adolescente. Sugieren que el tema sea trabajado con los padres desde un enfoque integral que promueva mayor confianza y comunicación con sus hijos y se facilite información sobre aspectos de la sexualidad y la planificación familiar.

El temor de las adolescentes a no ser aceptado el embarazo, por parte de la madre, fue reportado en otro estudio realizado en Brasil por Ribeiro et al (2013). En el mismo se analizó la experiencia de las mujeres adolescentes, que abortaron por imposición de sus madres. En el estudio, las adolescentes mencionaron que la falta de autonomía reproductiva, al verse obligadas a abortar, fue vivido como un momento de sufrimiento, culpa y arrepentimiento, también manifestaron tener expectativas de poder tomar sus propias decisiones sin interferencias, en el futuro. Las autoras señalan la importancia de creación de espacios de diálogo para la tríada profesional de la salud, adolescente y familia.

Un estudio sobre el aborto en adolescentes realizado por Álvarez y Salomón (2012) en Cuba, tuvo como objetivo describir las valoraciones de las adolescentes y de los actores sociales vinculados con la decisión del aborto. Como aspecto principal señala el comportamiento social machista como rasgo cultural que prevalece en dicho país, donde el embarazo no deseado es considerado como un problema sólo de la adolescente y su familia; la decisión de abortar es asumida sobre todo por esta última. Destacan la necesidad de programas de prevención del embarazo no deseado con un enfoque de género.

El inicio precoz de las relaciones sexuales, la insuficiente información sobre salud sexual y planificación familiar, y el no uso de métodos anticonceptivos son algunos de los aspectos que caracterizan los embarazos no deseados en las adolescentes (Álvarez y Salomón, 2012; Calderon y Alzamora, 2006; Fernández et al., 2014). Las principales razones por las que deciden abortar las adolescentes se relacionan con la edad, el deseo de continuar con los estudios, no sentirse preparadas para ser madres, no contar con el apoyo de familia o de la pareja y limitaciones económicas (Ehrlich, 2003; Calderon y Alzamora, 2006; Doblado et. al., 2010; Fernández et al., 2014).

### **3.3 Acceso al aborto legal en adolescentes**

Clyde et. al. (2013) realizaron una investigación en México durante el año 2009, que buscó explorar si los reglamentos existentes acerca del aborto legal en adolescentes, y las actitudes

y prácticas de los profesionales, apoyan o impiden el acceso a la información y al servicio de aborto legal en adolescentes de edades entre 12 y 17 años. El estudio reportó diferencias en la información brindada y en el trato dependiendo si las adolescentes se encontraban solas o acompañadas por un adulto, así como también que en todos los centros (menos uno de los estudiados) no se le brindó a la adolescente, la posibilidad de pasar a solas en la consulta. Los autores sugieren que los centros necesitan clarificación en cuanto a los requisitos que se necesitan para solicitar el consentimiento y acompañamiento necesario para acceder a la interrupción voluntaria, así como también brindar mejoras en la privacidad y confidencialidad, particularmente en los servicios públicos, para proteger la autonomía de las adolescentes sobre la decisión de abortar.

Sanger, C (2009) realiza un estudio en Estados Unidos, sobre los obstáculos que deben de atravesar las adolescentes que deciden abortar sin la participación de sus padres. El aborto en este país es legal en el primer trimestre de gestación, desde 1973 en todos los estados, aunque las leyes varían de un estado a otro. La autora critica la legislación en estos casos, en el cual interviene un juez y la adolescente se debe de presentar ante una corte, calificando dicho proceso como un acto punitivo por las condiciones en que se desarrolla y por los daños que genera en las adolescentes dicha situación. Estos refieren a las demoras en el proceso, y a la exposición médica y pública a la que se deben de enfrentar dando testimonio de su vida íntima (acerca de sus relaciones sexuales, de su embarazo, y los motivos por los q no involucra a sus padres en la decisión). El juez será el encargado de resolver dos cuestiones; la primera es si la adolescente ha demostrado la madurez suficiente para tomar la decisión de abortar y lo segundo, en los casos de no tener la competencia suficiente para decidir, deberá de resolver si dicha decisión es lo mejor en consonancia con el interés superior de la adolescente. El estudio reporta la necesidad de trabajar en la demora del proceso judicial, los estándares utilizados para determinar la madurez y el interés superior de una adolescente, ya que muchas veces la decisión de los jueces se basa en veredictos morales que redundan en la arbitrariedad de su actuación.

También en Estados Unidos, específicamente en Massachussets, Ehrlich (2003) realiza una investigación con el fin de conocer más acerca de la decisión de las adolescentes que optan por realizarse un aborto sin involucrar a sus padres. La autora también considera que la legislación acerca del aborto en esta situación limita el ejercicio de sus derechos reproductivos, por tanto, de su autonomía, al tener que solicitar la autorización ante un tribunal. Por medio de realización de entrevistas en profundidad buscaron conocer las razones por las que las adolescentes toman la decisión de abortar, las razones por las que decidieron no involucrar a sus padres, y sus experiencias ante la corte. Ante lo primero, la edad, el querer continuar con sus estudios y el no sentirse preparada fueron las principales razones

señaladas por las entrevistadas. En cuanto a las razones de no involucrar a sus padres en su decisión, la mayoría de las respuestas giraron en torno al malestar que les podría generar que se enterasen de su embarazo o que eran sexualmente activas, miedo a las represalias que podrían llegar a tomar, así como también en algunas respuestas expresaron ya haberlo hablado con sus padres y su decisión de abortar había sido rechazada. La experiencia ante la corte fue vivida con ansiedad, miedo y enojo, ante la posibilidad de ser forzadas a continuar con su embarazo. La autora concluye que los resultados del estudio evidencian que la decisión de las adolescentes de no querer ser madres en ese momento de su vida, son tomadas con solvencia y capacidad en sus fundamentos y por tal motivo cuestiona la validez del proceso que debe de atravesar la adolescente cuando decide abortar sin la participación de sus padres. También enuncia la inconsistencia de un sistema legal que reconoce la capacidad de la adolescente para decidir ser madre (sin evaluar su madurez), y el desvanecimiento de dicha capacidad cuando la decisión tomada es la de abortar.

### **3.4 Autonomía progresiva**

Debido a la falta de criterios uniformes en las actuaciones de los profesionales de la salud, cuando se necesita considerar la capacidad del adolescente menor, Sánchez, Riaño y Martínez (2008) realizaron un estudio multicéntrico en España, con el objetivo de conocer la opinión profesional sobre los aspectos legales y éticos de la atención sanitaria en adolescentes. Realizaron 400 encuestas que constaron de preguntas cerradas con el fin evaluar los conocimientos, comportamientos y actitudes de los médicos y pediatras ante adolescentes de 12 a 18 años.

La legislación española establece que la mayoría de edad en lo que respecta a aspectos de la salud se obtiene a partir de los 16 años, sin embargo, sólo un 25,3 % de los encuestados lo conocía. En cuanto al conocimiento de la doctrina del menor maduro, sólo el 8.5% la conoce en profundidad mientras que el 40% mencionó haber oído hablar de ella. Cabe destacar que en España, es el médico quien valora la madurez de un adolescente menor. Respecto a los resultados de los comportamientos, se destaca que el 23 % utiliza el consentimiento informado por escrito. En relación a las actitudes el 73% expresó no tener dificultad, resistencias o prejuicios para considerar la madurez de un menor, no obstante, el 63% se siente inseguro o incómodo a la hora de preservar la confidencialidad del adolescente ante sus representantes legales. Los autores reflexionan que ha sido un error clásico el considerar inmaduro o incapaz a todo aquel que tenga un sistema de valores distinto del que es considerado adecuado por los profesionales y concluyen en la necesidad de mejorar la formación sobre los aspectos éticos y legales en la atención sanitaria con adolescentes.

En nuestro país Blanco y Ramos (2015) en el marco de un estudio llevado a cabo por el

programa de Género, Salud Reproductiva y Sexualidades de la Facultad de Psicología (UDELAR) analizan las acciones de los organismos del Estado durante el período 2005 – 2014, en materia de adolescentes y sexualidad. En dicho estudio a través de entrevistas semi-dirigidas a informantes claves de los organismos gubernamentales, reportan los obstáculos identificados en el desarrollo de dichas políticas. Uno de ellos fue la dificultad en parte del personal de la salud, para incorporar una perspectiva de derechos en sus prácticas, que contribuya al reconocimiento del ejercicio de la autonomía progresiva y al derecho de las y los adolescentes a decidir sobre su propio cuerpo. Las autoras plantean que, a pesar de las ratificaciones parlamentarias, aún prima en determinados sectores de la salud, una visión tutelar sobre los y las adolescentes en las prácticas cotidianas. En particular, la interrupción voluntaria del embarazo se identifica como un punto de conflicto, por las resistencias de los profesionales de la salud, a reconocer los derechos sexuales y reproductivos y la autonomía progresiva, así como también por las resistencias vinculadas a la práctica en sí misma. También plantean que la asistencia de una adolescente sin acompañamiento a solicitar una interrupción voluntaria del embarazo, se vuelve amenazante para parte del personal de salud.

#### ***4. Problema y preguntas de investigación***

El presente proyecto de investigación tiene como finalidad conocer la actuación y el posicionamiento de los profesionales que integran los equipos interdisciplinarios IVE en los servicios de salud, frente a la consulta de las adolescentes de interrumpir voluntariamente un embarazo. Para trabajar la temática de aborto voluntario en las adolescentes y su tratamiento desde los equipos de salud, se hace imprescindible un abordaje desde un enfoque en género y derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes.

De las últimas estadísticas que el MSP publicó, se conoce que se realizaron un total de 8500 interrupciones de embarazo durante el año 2014, lo que representa que 12 de cada 1000 mujeres de entre 15 a 45 años se practicaron aborto, específicamente el 18% correspondió a jóvenes menores de 20 años. En nuestro país, el embarazo en la adolescencia ha sido considerado como un problema social, ya que se vincula a fenómenos como la deserción escolar, el maltrato infantil, la exclusión social, la pobreza, el abuso sexual y se asocia al modelo mujer = madre (López, 2009). Por tal motivo, muchas veces estos embarazos no planificados, terminan en abortos y para que la práctica de los mismos se realice en condiciones de seguridad no basta con solamente tener la norma jurídica, además es necesario contar con los medios y garantías suficientes para que las adolescentes puedan ejercer su derecho.

Como ya se planteó, la ley propone garantizar, a toda la población incluyendo las adolescentes que cumpla con los requisitos que se requiere, acceder a un aborto seguro en el Sistema Nacional de Salud Integrado. También establece que el equipo IVE considerará si la adolescente presenta condición de autonomía para dicha decisión, o será necesario consultarlo con sus padres y cuando no exista consenso además establece que podrá presentarse ante el juez competente de forma que se recabe su consentimiento. Ante esta situación se entretejen distintas dimensiones que atraviesan las prácticas de los profesionales de la salud que pueden llegar a obstaculizar la efectiva aplicación de la ley, y ante la ausencia de investigación en nuestro contexto se estima de importancia poder generar conocimiento al respecto que redunde mejores prácticas de salud con las adolescentes en esta situación.

En primer lugar, la evaluación de la autonomía progresiva se torna un aspecto fundamental para que la adolescente pueda acceder al servicio de aborto legal por su sola voluntad, no obstante, se entiende que en el procedimiento poco se profundiza sobre dicho aspecto. Sólo se hace referencia al mismo, en el último anexo del manual del procedimiento IVE del MSP, donde se detallan brevemente algunas especificaciones del concepto.

Los casos donde la opinión de los padres sea de interés opuesto al de la adolescente o cuando la misma no quiera informar a sus padres de su decisión, pueden ser situaciones donde se presentan dilemas éticos que el equipo interdisciplinario deberá de resolver a fin de garantizar a la adolescente la confidencialidad y el derecho de tomar decisiones autónomas sobre su cuerpo.

Por otro lado, los antecedentes sugieren que las concepciones, creencias, y formación que los profesionales de la salud tienen acerca del aborto, atraviesan sus prácticas. A esto se suma que aún persiste en la práctica profesional, resistencias al reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivas de las adolescentes (Blanco y Ramos, 2015).

Asimismo, se destaca la situación que el marco normativo de la ley determina en cuanto a la objeción de conciencia por parte del profesional de salud. Este establece que el recurso de objeción sólo es válido para la instancia IVE 3, es decir la práctica concreta del aborto, por lo tanto, un médico objetor también podrá conformar el equipo interdisciplinario al momento de asesorar y evaluar la autonomía progresiva de una adolescente.

Otro inconveniente que se identifica son los cortos tiempos con que se cuenta para acceder a la IVE y el largo proceso que conlleva, particularmente para los casos donde sea necesario la intervención del juez por haberse valorado negativamente su madurez ni se haya podido obtener el asentimiento de los padres para abortar.

A la vez, la ley habla de equipos interdisciplinarios, lo cual resulta de interés conocer cómo se conforman dichos equipos, como trabajan, como se toman las decisiones y como se conjugan los saberes de las diferentes disciplinas en la práctica cotidiana.

Lo expuesto hasta aquí nos muestra algunas dimensiones que atraviesan las prácticas de los equipos IVE. Se considera pertinente, investigar al respecto y poder generar conocimiento en un campo que no ha sido explorado al momento en nuestro país. Esta investigación intentará responder las preguntas que se plantean a continuación

### ***¿Cómo actúan y se posicionan los equipos de salud ive ante la solicitud de interrupción de embarazo de una adolescente?***

- ¿Cómo se evalúa la autonomía progresiva de las adolescentes? ¿Qué aspectos se toman en cuenta a la hora de decidir acerca de la madurez de una adolescente para prestar un consentimiento válido? ¿en caso de discrepancia en el equipo, cómo se toma la decisión final en el equipo interdisciplinario?
- ¿Qué percepciones tienen los profesionales de la salud sobre el aborto voluntario en adolescentes?
- ¿cuál es el rol específico del profesional de la salud mental en el equipo IVE?
- ¿Desde qué marco teórico técnico realizan sus intervenciones los técnicos de los equipos de salud?
- ¿Tienen formación en género y en derechos sexuales y reproductivos?
- ¿Qué conocimiento de la ley, su decreto y procedimiento IVE tienen?
- ¿Cómo se conforman los equipos IVE? ¿los profesionales eligen conformarlos?

## **5. Objetivos**

### **5.1 Objetivo general**

Conocer y analizar las actuaciones y el posicionamiento que los profesionales de la salud de los equipos IVE tienen, en relación a la consulta de adolescentes para interrumpir el embarazo, en los servicios de salud del sector público y privado de Montevideo.

### **5.2 Objetivos específicos**

- Describir la composición y la forma de trabajo de los equipos IVE



- Identificar y describir dimensiones técnicas y no técnicas del proceso de asesoramiento a las adolescentes por parte del equipo IVE.
- Conocer cómo se evalúa la autonomía progresiva de las adolescentes
- Identificar si existen barreras de acceso al aborto en los servicios de salud, de acuerdo a la percepción de los técnicos, en los casos que las adolescentes no cuentan con el apoyo familiar en su decisión
- Explorar y describir las diferentes actitudes que tienen los integrantes de los equipos IVE hacia las adolescentes que consultan por aborto

## **6. Estrategia y diseño metodológico**

Con el propósito de lograr los objetivos planteados, el estudio se realizará desde una metodología cualitativa.

La investigación cualitativa produce datos descriptivos y es entendida como un modo de encarar el mundo empírico donde el conocimiento de la realidad se alcanza desde las perspectivas de las propias personas y los significados que éstas atribuyen. (Taylor y Bodgan, 1987). En palabras de Vasilachis (2006) la investigación cualitativa se interesa por la vida de las personas, por sus perspectivas subjetivas, por sus historias, por sus comportamientos, por sus experiencias, por sus interacciones, por sus acciones, por sus sentidos, e interpreta a todos ellos de forma situada...” (p.33)

Este tipo de estudio resulta pertinente como estrategia metodológica para poder acercarnos a los propios discursos de los distintos profesionales que integran los equipos IVE en relación a sus prácticas y para analizar las distintas dimensiones involucradas en el proceso de asesoramiento a las adolescentes que consultan para interrumpir voluntariamente su embarazo. El estudio se basa en una metodología cualitativa de tipo descriptivo- exploratorio en tanto el objetivo de este estudio es investigar sobre un tema que no ha sido explorado en nuestro país. Los resultados del estudio pretenderán generar datos de importancia teórica y no de representatividad numérica, ya que como nos dice López (2006) los estudios cualitativos nos permiten comprender el universo de significados que determinados acontecimientos tienen o generan en las personas.

Se utilizará un diseño flexible de investigación. Según Mendizábal en Vasilachis (2006) la flexibilidad del diseño implica poder advertir durante el proceso de investigación, situaciones nuevas e inesperadas vinculadas con el tema de estudio, que puedan implicar cambios en las preguntas de investigación y los objetivos, así como también en las técnicas de

recolección de datos.

La población con la que se pretende trabajar son los profesionales de la salud que integren equipos interdisciplinarios de interrupción voluntaria del embarazo en los servicios públicos y privados del SNIS en el departamento de Montevideo, y que hayan trabajado con adolescentes en la consulta por interrupción de embarazo. Acorde al diseño y los objetivos planteados se conformará una muestra intencional, no probabilística, con criterios de heterogeneidad que incluya a los profesionales de distintas disciplinas (ginecología, salud mental y trabajo social), años de ejercicio, sexo y edades. Para acceder a los profesionales se acudirán directamente a los centros de salud, solicitando los permisos pertinentes, y se solicitará a las personas que cumplan con los requisitos, participar voluntariamente de la investigación mediante la firma un consentimiento informado.

Dada la naturaleza del estudio, la técnica más propicia para la recolección de información será la entrevista en profundidad semi – estructurada, individual, la cual se realizará a partir de un guion de preguntas y temas, acorde a los objetivos planteados. La entrevista en profundidad se caracteriza por ser flexible, dinámica y favorecer la comprensión de las perspectivas que tienen los entrevistados respecto de sus vidas, experiencias o situaciones (Taylor y Bodgan,1987). Este instrumento tiene la ventaja de permitir al investigador la clarificación y seguimiento de las preguntas y respuestas en un marco de interacción directa que favorece un clima de intimidad con el entrevistado. (Valles ,1999).

El número de entrevistas a realizar se estima entre 18 a 21, o las necesarias hasta considerar que se alcanzó la saturación teórica de los datos y serán distribuidas conforme a los criterios muestrales definidos. Las entrevistas se grabarán para poder registrar adecuadamente la información de los entrevistados y preservar la fidelidad de la misma, así como también para facilitar el análisis posterior. Para el análisis de la información se desgrabarán las entrevistas y se procederá a la codificación y sistematización de la información recabada para la posterior construcción de categorías de análisis.

## ***7. Consideraciones éticas***

Esta investigación se rige por el decreto n° 379/08 del MSP, aprobado en Octubre del 2008, que tiene como finalidad la protección integral de los seres humanos que participan de una investigación. De acuerdo a este decreto, se les informará a los entrevistados las características de la presente investigación (objetivos, fundamentación, resultados

esperados), a fin de que su decisión de participar sea informada y voluntaria. Se asegurará a los participantes las mayores reservas en el manejo de la información donde se protegerá su identidad, especificando que la información recabada será utilizada únicamente para alcanzar los objetivos del estudio. Por medio de consentimiento informado se les solicitará la participación y la autorización para la grabación de las entrevistas. Una vez finalizada el estudio se informará a los entrevistados los resultados obtenidos

## 8. Cronograma de Ejecución

Actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ajustes en el diseño, elaboración de pautas de entrevista en profundidad y consentimiento informado												
Reunión con actores institucionales y captación de profesionales a entrevistar												
Realización de entrevistas en profundidad												
Desgrabación de entrevistas en profundidad												
Codificación y categorización de la información												
Análisis de las entrevistas												
Elaboración de informa final												

## 9. Resultados esperados

- Haber descrito y analizado las actuaciones y posicionamiento de los profesionales de los equipos IVE hacia las adolescentes que solicitan interrumpir el embarazo
- Haber generado información sobre cómo se evalúa la autonomía progresiva
- Haber identificado y analizado posibles barreras de acceso de las adolescentes al aborto legal cuando no cuentan con apoyo familiar, según la percepción de los técnicos.
- Haber producido conocimiento acerca del problema planteado que pueda contribuir al desarrollo de futuras investigaciones, y al mejoramiento de los servicios IVE

## 10. Referencias Bibliográficas

- Abrancinskas, L. y López, A. (coord.).(2007). Aborto en debate: dilemas y desafíos del Uruguay democrático. Proceso político social 2001 – 2004. Montevideo: MYSU.
- Álvarez, L. y Salomón, N. (2012). El aborto en adolescentes en un contexto legal. Revista cubana de Salud Pública, 38(1), 45-53.
- Blanco R. y Ramos V. (2015). Acciones de los organismos del Estado sobre adolescencia y sexualidad. En A. López (coord.). Adolescencia y Sexualidad. Investigación, Acciones y Política Pública en Uruguay (2005 - 2014). Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad de la República, UNFPA
- Bohórquez, V. (2015). De los derechos a los hechos: análisis del marco legal sobre el aborto en América Latina y el Caribe. En S. Ramos (comp). Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES ; Mexico, DF : Population Council ; Lima : Promsex.
- Calderon, S. y Alzamora, L. (2006). Influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescentes. Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública, 23 (4)
- Clyde J; Brain J; Castagnaro K; Rueda M; Tatum C y Watson K. (2013). Evolving capacity and decision making in practice: adolescent's access to legal abortion services in Mexico City. Reprod Health Matters. 21(41), 167-175. Recuperado de:  
[http://www.rhm-elsevier.com/article/S0968-8080\(13\)41708-1/pdf](http://www.rhm-elsevier.com/article/S0968-8080(13)41708-1/pdf)
- Díaz-Olavarreta; C. Cravioto V; Villalobos A; Deeb-Sosa N; García L. y García, S. (2012). *El programa de Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México: experiencias del personal de salud*. Revista Panamericana de Salud Pública, 32(6), 399-404
- Doblado, N., De la Rosa, I y Junco, A. (2010). Aborto en la adolescencia un problema de salud. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 36 (3). Recuperado de:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2010000300011&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2010000300011&script=sci_arttext)
- Ehrlich, J. (2003) Grounded in the Reality of their Lives: Listening to Teens Who Made the

Abortion Decision Without Involving their Parents. Berkeley Women's Law Journal, 61-180.  
Recuperado de: <http://ssrn.com/abstract=451460>

Fernández, H; Gerez, S., Ramirez, N. y Pineda, A. (2014) Caracterización de la terminación voluntaria del embarazo en adolescentes. Rev Cubana Obstet Ginecologica 40(2),197-205 .  
Disponible en: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2014000200007&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000200007&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0138-600X

Gutiérrez, M. (2003). Derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes: una cuestión de ciudadanía. En S.Checa (comp.), Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia (86 -87). Buenos Aires.Paidós.

Guttmacher Institute (2015). Datos sobre el aborto en América Latina y el Caribe.  
Recuperado de: [http://www.guttmacher.org/pubs/IB\\_AWW-Latin-America-SP.html](http://www.guttmacher.org/pubs/IB_AWW-Latin-America-SP.html)

Jones, D. (2007). El debate parlamentario sobre la Ley de Defensa de la Salud Reproductiva en Uruguay. En L. Abrancinkas y A. López, (coord.). Aborto en debate: dilemas y desafíos del Uruguay democrático. Proceso político social 2001 – 2004. Montevideo: MYSU.

López, A. (Coord.) (2006). Proyecto género y generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya. Montevideo: Trilce

López, A. y Carril, E. (2010a). Aborto voluntario y subjetividad en contextos de penalización. Efectos y significados en mujeres, varones y profesionales de la salud. Recuperado de: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/40/187>

López, A. y Carril, E. (2010b). Aborto en Uruguay: Reacciones de los profesionales de la salud frente a los derechos reproductivos de las mujeres. En R. Castro y A. López (eds). Poder médico y ciudadanía: El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina (pp. 27- 48) Montevideo. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología. Universidad de la República

López, A. (2013). Conferencia inaugural actividades académicas 2013. Salud sexual y reproductiva en la agenda de investigación y formación en Psicología en Uruguay. Consideraciones conceptuales, nudos críticos y desafíos. Montevideo: Facultad de Psicología. Universidad de la República

Ministerio de Salud Pública. República Oriental del Uruguay (2012). Manual de procedimientos para el manejo sanitario de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) Recuperado de: <http://www.msp.gub.uy/busqueda/msp/manual%20ive>

OMS (2014). El embarazo en la adolescencia. España. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

Ribeiro, S.; Barbosa, M.; Pinto, M. y Moura, D. (2013). Experiencia de mujeres con el aborto provocado en la adolescencia por imposición de la madre. Revista Latinoamericana de Enfermería, 21(4), 1-8

Salomone, G. (2013). La Noción jurídica de autonomía progresiva en el campo de la niñez y adolescencia: incidencias subjetivas e institucionales. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.

Sánchez, M., Riaño, I., y Martínez, C. (2008). Evaluación de los conocimientos legales y éticos de los profesionales sanitarios en relación con el adolescente. Rev Pediatría de Atención Primaria 10, 443-56

Sanger, C. (2009). Decisional Dignity: Teenage Abortion, Bypass Hearings, and the Misuse of Law. Columbia Journal of Gender & Law, Vol. 18, 409-499. Recuperado de: <http://ssrn.com/abstract=1493768>

Sanseviero, R.; Rostagnol, S.; Guchín, M. y Migliónico, A. (2003). Condena, tolerancia y negación: El aborto en Uruguay. Montevideo: Centro Internacional de Investigación e Información para la Paz

Santos, R. y Fontenele, L. (2012). Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. Ciencia & Saúde Coletiva, 17(7), 1755-1763.

Taylor S. y Bogdan, R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Madrid: Paidós

Valles, M. (2000). Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis, S. A.

Vasilachis, I. (Coord.) (2006). Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa.

Vázquez, C. y Castiblanco, R. (2013). Experiencias y opiniones de los profesionales de la salud frente a la despenalización del aborto. Revista Cubana de Salud Pública, 39(5), 939-949

### Normas revisadas

Decreto del Poder Ejecutivo 375/012. Recuperado de:

[http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/decretos/2012/11/cons\\_min\\_604.pdf](http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/decretos/2012/11/cons_min_604.pdf)

Decreto n° 379/008 Sobre investigación con seres humanos. Montevideo. Recuperado de:

<http://www.redipd.org/.../decreto-379-008.pdf>

Ordenanza No 369. (2004) Ministerio de Salud Pública, Montevideo. Recuperado de:

[http://www.hacelosvaler.org/2008/esp/ley\\_actual/ordenanza369MSP.pdf](http://www.hacelosvaler.org/2008/esp/ley_actual/ordenanza369MSP.pdf)

Ley N° 18.426. (2008) Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. Montevideo.

Recuperado de:

<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18426&Anchor=>

Ley N.º 18.987. (2012) Interrupción voluntaria del embarazo (2012). Montevideo.

Recuperado de:

<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18987&Anchor=>

