



# Interrupción Voluntaria del Embarazo

**Área Programática: Salud**  
**Ministerio de Salud**

El presente resumen ejecutivo fue elaborado por la División de Análisis y Evaluación de Políticas Públicas de AGEV-OPP. Este resumen recoge las principales conclusiones del informe final de Evaluación de Diseño, Implementación y Desempeño (DID) e incorpora, además, el análisis de información complementaria surgida a partir del proceso de evaluación. De esta forma, se presenta un informe más breve que mantiene las principales conclusiones de la Evaluación DID en un formato que facilita su lectura.

El equipo de evaluadores estuvo conformado por integrantes de la Dirección de Gestión y Evaluación (AGEV) de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) y por evaluadores externos. Fue integrado por María Noel Cascudo, Ana Sosa Ontaneda y Óliver Socas.

Si bien las Evaluaciones DID utilizan fundamentalmente información existente, en esta evaluación la información se complementó con entrevistas a integrantes de la intervención y organizaciones de la sociedad civil.

La evaluación comprendió el período 2012–2015 y se desarrolló durante 2016.

Cabe destacar que la evaluación externa fue posible gracias a la apertura de las autoridades y equipos técnicos responsables de la intervención, quienes brindaron el acceso a la información disponible, así como su activa colaboración en las diferentes etapas del proceso. Agradecemos especialmente la participación de las contrapartes de la evaluación Dra. Ana Visconti y Dr. Rafael Aguirre, así como otros integrantes del Ministerio de Salud y de los prestadores de salud públicos y privados.

Las citas textuales extraídas del informe DID se identifican por medio del uso de comillas.

**Presidencia de la República**

Tabaré Vázquez  
*Presidente*

**Oficina de Planeamiento y Presupuesto**

Álvaro García  
*Director*

Martín Dibarboure  
*Subdirector*

**Dirección de Presupuestos, Control y Evaluación de la Gestión**

Lucía Wainer  
*Directora*

**Dirección de Gestión y Evaluación (AGEV)**

Janet López  
*Directora*

**División Análisis y Evaluación de Políticas Públicas**

Juan Pablo Móttola  
*Director*

María Noel Cascudo  
Federico Ott  
Juan Manuel Lanza  
Juan Manuel Regules  
Nora Gesto  
Ruy Blanco  
Soledad Canto  
Fernando Salas  
Henry Trujillo

**Agradecimiento:** a todo el equipo interdisciplinario de la Dirección de Gestión y Evaluación, que participó en el proceso de elaboración del producto obtenido y contribuyó con esta publicación.

Los resúmenes ejecutivos son elaborados por AGEV en base a los resultados de las evaluaciones DID, las cuales son realizadas por equipos técnicos de evaluadores externos a la administración e integrantes de AGEV/OPP.

Los contenidos del documento no reflejan necesariamente la posición de las instituciones participantes.

**Nota:** es preocupación de la institución el uso de un lenguaje que no discrimine entre hombres y mujeres. Sin embargo, con el fin de no dificultar la lectura al utilizar en español “o/a” para marcar la existencia de ambos sexos, se hace uso del masculino genérico clásico, conviniendo que todas las menciones en dicho género representan a hombres y mujeres.

**Datos de la publicación**

Dirección de Gestión y Evaluación (AGEV-OPP)

Torre Ejecutiva Sur – Liniers 1324 – 5to. Piso

Montevideo, Uruguay

Tel.(+598-2) 150 int. 8001

Correo electrónico: [contacto.agev@opp.gub.uy](mailto:contacto.agev@opp.gub.uy)

Sitio web: [www.opp.gub.uy/hacemos/presupuesto/agev](http://www.opp.gub.uy/hacemos/presupuesto/agev)

Primera Edición, marzo de 2017

Diseño: Cuareim diseño editorial

Fotos: Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Nicolas Celaya, Javier Calvelo.

Corrección: Belén Panzera

Coordinación editorial: Carolina Piñeyro

ISSN: 2301-1475

Imprenta:

Depósito legal:



# INTRODUCCIÓN

Las evaluaciones de Diseño, Implementación y Desempeño (DID) son una herramienta destinada a contribuir con la mejora continua de los servicios públicos.

En este sentido, la Dirección de Gestión y Evaluación (AGEV) de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), que tiene entre sus cometidos promover prácticas e instrumentos que contribuyan a la gestión por resultados en la Administración Pública, impulsa el desarrollo de las evaluaciones de Diseño, Implementación y Desempeño.

Las Evaluaciones DID tienen el propósito de brindar insumos técnicos para identificar oportunidades de mejora en cuanto al diseño e implementación de la intervención pública evaluada, facilitando así el aprendizaje organizacional, impulsando acciones de mejora de los servicios públicos y apoyando el proceso de toma de decisiones.

Estas evaluaciones utilizan principalmente información existente complementada con visitas de campo y entrevistas a informantes calificados, como equipos técnicos de la intervención, beneficiarios o expertos sectoriales, entre otros. Por esto y los objetivos que se persiguen, se

diferencian de otros tipos de estudios como las evaluaciones de impacto, análisis organizacionales o evaluaciones de eficiencia.

Las evaluaciones DID identifican fortalezas y oportunidades de mejora optimizando tiempo y recursos. Tienen la característica de ser complementarias al seguimiento que realizan las instituciones y poseen una duración de cinco meses. El monitoreo informa sobre los avances o progresos, mientras que la evaluación se orienta a conocer las razones que pueden llevar a un determinado desempeño.

El principal beneficio de la evaluación es permitir que las autoridades tomen decisiones con un mayor nivel de información y conocimiento más profundo acerca del desempeño de las intervenciones públicas a su cargo.

El presente material compila los resúmenes ejecutivos de las evaluaciones DID y contribuye a uno de los objetivos de AGEV-OPP: promover el análisis, la evaluación y el monitoreo de las políticas públicas y el uso de herramientas de planificación y presupuestación para la mejora continua de los servicios, la optimización del gasto, la transparencia y la rendición de cuentas ante la ciudadanía.

# 1. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

La intervención Interrupción Voluntaria del Embarazo (en adelante IVE) comienza su ejecución con la aplicación de la Ley N° 18.987 del 22 de octubre de 2012. Se denominará “intervención IVE” a las actividades comprendidas en la implementación del proceso IVE en efectores públicos y privados del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), en la cual el Ministerio de Salud (MS) participa como responsable de regular, conducir, facilitar, monitorear y evaluar la política.

La evaluación comprendió el período 2012–2015 y se focalizó en la gestión y los procesos vinculados con la intervención IVE que se realizan directamente desde el MS a través del Área Programática<sup>1</sup> de Salud Integral de la Mujer, la cual integra el Área Programática Salud Sexual y Salud Reproductiva (SSySR), que reporta a la Dirección General de la Salud (DIGESA) del MS. Este será el sentido acotado con que se utilizará en el presente documento la expresión la “intervención IVE desde el MS”. Adicionalmente, se visitaron algunos prestadores de salud y organizaciones de la sociedad civil para conocer sus valoraciones en relación a la instrumentación del proceso IVE.

La intervención desde el MS está dirigida a todas aquellas mujeres que, cumpliendo los requisitos de la Ley N° 18.987, desean realizar una interrupción voluntaria del embarazo en el territorio nacional. La intervención apunta a consolidar la baja de la mortalidad materna por abortos inseguros y asegurar el cumplimiento de la normativa para el acceso oportuno al proceso de IVE.

Si bien la Ley N° 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo comienza a implementarse a fines del año 2012, desde años anteriores las organizaciones de la sociedad civil y las cátedras de medicina y la academia fueron preparando el escenario para que la aplicación de la ley fuera posible. En este sentido, en el año 2001 se crea la “estrategia de reducción de riesgo y daño frente a los abortos inseguros”, desarrollada por profesionales de la salud ubicada en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) y que plantea un cambio en la atención sanitaria, contemplando la calidad en la atención, privacidad, confidencialidad, y derechos de la mujer.

<sup>1</sup> – Se le denomina Área Programática Salud Integral de la Mujer dentro del Área Programática de Salud Sexual y Salud Reproductiva, en el Ministerio de Salud, a diferencia de la denominación de Áreas Programáticas utilizadas en el Presupuesto Nacional.

Posteriormente, en diciembre del 2008, se promulga la Ley N° 18.426 de Defensa del Derecho de SSySR, la cual en su art. 3, literal d) indica: “promover el desarrollo de programas asistenciales con la estrategia de disminución del riesgo y daño que incluyen un protocolo en la atención integral a los casos de “embarazo no deseado-no aceptado” desde un abordaje sanitario comprometido con los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos”.

## 1.1. Objetivos

Como resultados de mediano y largo plazo, la intervención IVE desde el MS se propone: i) garantizar el ejercicio de los derechos de SSySR de la mujer y ii) brindar accesibilidad a las adolescentes para la orientación oportuna en una vivencia saludable y sujeta a derechos sobre sexualidad.

Esa contribución se logra mediante los siguientes resultados en el corto plazo: consolidar la reducción de la mortalidad materna por abortos inseguros y asegurar el cumplimiento de la normativa para el acceso oportuno al proceso de IVE.

Para obtener esos resultados, la intervención IVE desde el MS provee los siguientes productos: (i) elaboración y actualización de manuales, guías técnicas y formularios para asegurar el cumplimiento de la calidad del servicio a prestar a las beneficiarias, (ii) atención oportuna para la realización del proceso IVE, (iii) monitoreo de los procesos de implementación para asegurar su cumplimiento en la atención de la IVE, y (iv) promoción y difusión de los derechos de SSySR.

## 1.2. Población potencial, objetivo y beneficiaria

La población potencial corresponde a la población total que presenta la necesidad y/o problema que justifica la intervención y por ende pudiera ser elegible para su atención<sup>2</sup>.

En el caso de la evaluación DID IVE, la población potencial se definió como todas aquellas mujeres que se encuentran en edad fértil (de 15 a 44 años) dentro del sistema de salud.

<sup>2</sup> – AGEV (2014) “Notas técnicas para evaluación de intervenciones públicas”.

**Cuadro 1:** Resumen de la intervención Interrupción Voluntaria del Embarazo.

<b>Resultados de mediano y largo plazo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar el ejercicio de los derechos de SSySR de la mujer.</li> <li>• Accesibilidad de las adolescentes a la orientación oportuna para una vivencia saludable y sujeta a derechos sobre sexualidad.</li> </ul>
<b>Resultados de corto plazo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidar la reducción de la mortalidad materna por abortos inseguros.</li> <li>• Asegurar el cumplimiento de la normativa para el acceso oportuno al proceso de IVE.</li> </ul>
<b>Productos (bienes y/o servicios)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manuales de Procedimiento, guías técnicas y formularios elaborados para asegurar el cumplimiento de la calidad de atención, el trato digno y el respeto a derechos en la implementación de la IVE (IVE 1, 2, 3 y 4).</li> <li>• Atención oportuna en el proceso de IVE.</li> <li>• Promoción de los derechos y proceso de atención de las mujeres respecto a la IVE.</li> <li>• Monitoreo de los procedimientos para la atención de la IVE de acuerdo con la Ley N° 18.987 que deben ser cumplidos por las instituciones prestadoras integrales de salud y su personal. (Producto intermedio).</li> </ul>

**Fuente:** Informe de Evaluación DID de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Elaboración en base a Matriz de Objetivos para la evaluación.

Al momento de realizar la evaluación la información sobre la cuantificación de la población potencial era limitada. Como forma de aproximarse a la cuantificación de las mujeres comprendidas en la población potencial de la intervención, para la evaluación se realizó una estimación a través de los datos disponibles en el Sistema Nacional de Información (SINADI) del MS, que aporta información sobre el número de afiliados a ASSE<sup>3</sup> y las IAMC<sup>4</sup> según edad y sexo. De acuerdo con esta fuente existen 731.487 mujeres en el SNIS entre 15 y 44 años. Adicionalmente, según los datos disponibles, en Sanidad Policial<sup>5</sup> existen 25.688 mujeres entre 15 y 44 años y en el Hospital Militar existen 32.725 mujeres entre 15 y 44 años, lo que suma un total de 789.900 mujeres.

La población objetivo es la población que la intervención evaluada tiene planeado atender en un período dado de tiempo (AGEV, 2014)<sup>6</sup>.

**3** – Administración de Servicios de Salud del Estado.

**4** – Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.

**5** – En relación a estas instituciones, el informe elaborado por el Área de Economía de la Salud sobre el desempeño de los prestadores brinda información del SINADI sobre los afiliados al Hospital Militar y al Hospital Policial (MSP, 2015). Sin embargo, la misma no está desagregada por sexo y edad, por lo en el marco de esta evaluación DID se estimó esta población en base al informe citado, el que plantea que en junio de 2014 el Hospital Militar contaba con 152.875 afiliados y el Policial con 120.000, realizando el supuesto de que la población en estas dos instituciones se distribuye según sexo y edad en las mismas proporciones que en la población total del país, se pudo llegar a una estimación en Sanidad Policial y Militar.

En la intervención IVE, la población objetivo comprende a las mujeres ciudadanas uruguayas naturales (art. 13 de la Ley N° 18.987) o legales, o extranjeras que acrediten su residencia habitual en el territorio de la República durante un período no menor a un año, en gravidez de hasta 12 semanas, usuarias del SNIS, que desean interrumpir el proceso de embarazo y que cumplen con los pasos establecidos en el artículo 3<sup>7</sup> de la Ley N° 18.987. Teniendo en cuenta estos límites, los grupos que componen esta población son: (i) mujeres que manifiestan su decisión de interrumpir voluntariamente la gestación, mayores de 18 años o menores habilitadas, (ii) mujeres menores de 18 años no habilitadas que manifiesten su decisión de interrumpir voluntariamente la gestación, y (iii) mujeres declaradas incapaces judicialmente cuyo curador solicita la IVE.

En la actualidad no se cuenta con un registro de mujeres que tengan dichas características, por lo tanto, para su cuantificación, se debió recurrir a mediciones realizadas por otros países. En este sentido, se resolvió utilizar estimaciones de algunos países de Europa Occidental donde el aborto es legal para llegar a una cifra que permita al menos tener una aproximación a la población objetivo.

**6** – AGEV (2014) "Notas técnicas para evaluación de intervenciones públicas".

**7** – Art. 3 Ley N° 18.987 <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp495330.htm>

**Cuadro 2:** Tasa de aborto cada 1.000 mujeres entre 15 y 44 años en algunos países de Europa Occidental.

País donde el aborto es legal	Tasa de aborto cada 1.000 mujeres
Francia	12,4
Noruega	15,6
Dinamarca	16,0

**Fuente:** Henshaw, S. y otros (1999) La Incidencia del Aborto Inducido a Nivel Mundial. \* El límite legal es de 12 semanas pero se puede ampliar a 13 o más dependiendo las leyes de cada país.

Vale la pena mencionar que esta estimación se realizó únicamente en el marco de esta evaluación DID y sólo como un ejercicio de aproximación que permite evaluar el desempeño de la intervención en relación a su población. Por tanto, no es una estimación oficial ni puede proyectarse a otros escenarios de análisis por fuera de esta evaluación.

Se tomaron como base las estimaciones realizadas por Henshaw y otros<sup>8</sup> en donde las tasas de aborto en algunos países de Europa Occidental con similares características a Uruguay en cuanto a su legislación en IVE muestran la distribución que a continuación se detalla.

Teniendo en cuenta la tendencia de Francia (12,4 abortos cada mil mujeres) y tomando como referencia la estimación de la población potencial, como resultado se obtiene a la población objetivo que debería atender el sistema de salud para la IVE en Uruguay, el cual ronda 9.794 mujeres entre 15 y 44 años.

En un escenario de máxima, si se asume una tendencia como la de Dinamarca, la población objetivo sería de 12.638 mujeres entre 15 y 44 años. Tanto este país como

Noruega tienen más flexibilidad en las semanas de gestación, llegando en este último a 18 semanas en algunos casos previstos por la legislación.

Por tanto, de acuerdo con estas estimaciones y con las tendencias registradas por Francia y Dinamarca, la población objetivo podría estar entre 9.794 y 12.638 mujeres entre 15 y 44 años aproximadamente.

Por su parte, la población beneficiaria son todas aquellas mujeres que tienen la necesidad de realizar una interrupción voluntaria del embarazo y que lo realizan bajo la reglamentación de la Ley N° 18.987.

Se puede observar un incremento en el número de consultas por IVE entre los años 2013 a 2015, pasando de 7.657 a 9.995, mientras que los procedimientos culminados (abortos realizados) pasan de 7.171 a 9.362. En ambos casos el aumento rondó un 30% entre 2013 y 2015.

A su vez, la cantidad de consultas IVE que continúan con el embarazo pasan de 486 a 633 en los mismos años, representando en cada año alrededor del 6,5% en el total de consultas por IVE.

**Cuadro 3:** Cantidad de consultas IVE.

Cantidad de IVE	2013	2014	2015	Variación % 2013-2015
Cantidad de consultas IVE3 (interrupciones de embarazo realizadas)	7171	8537	9362	30,55%
Cantidad de consultas que continúan con el embarazo (no culminación la interrupción voluntaria del embarazo)	486	720	633	30,25%
<b>Total de consultas (población beneficiaria)</b>	<b>7657</b>	<b>9257</b>	<b>9995</b>	<b>30,53%</b>

**Fuente:** Área Programática Salud Sexual y Salud Reproductiva MS.

<sup>8</sup> - Henshaw, S. y otros (1999) La Incidencia del Aborto Inducido a Nivel Mundial. Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, número especial de 1999, págs. 16-24. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/journals/2501699S.pdf> (consulta 18.12.2016). Estimaron los números y tasas de abortos inducidos en base a cuatro fuentes: estadísticas oficiales o datos nacionales sobre abortos legales en 57 países, estimaciones basadas en encuestas demográficas de dos países que no cuentan con estadísticas oficiales, estudios especiales conducidos en 10 países donde se prohíbe estrictamente el aborto, y estimaciones mundiales y regionales de abortos no seguros obtenidos de la Organización Mundial de la Salud.



### 1.3. Recursos asignados

En este apartado se describen los principales antecedentes presupuestales de la intervención IVE desde el MS, identificando el origen de los recursos.

Las acciones de la intervención IVE desde el MS se inscriben en el esquema presupuestal dentro del Área Programática 13 – Salud, en los Programas Presupuestales: 440 Atención Integral de la Salud, 441 Rectoría de Salud, 442 Promoción en Salud y 443 Ciencia y Tecnología de la Salud.

Estos cuatro programas presupuestales tienen asignado un presupuesto del 99,99% del Área Programática 13 Salud (la porción restante equivale a Salud Ocupacional).

El financiamiento de la intervención desde el MS se compone de partidas del Ministerio de Salud (Inciso 12) que son ejecutadas a través de la Dirección General de la Salud –DIGESA– (Unidad Ejecutora 103).

La intervención IVE desde el MS no cuenta con un presupuesto asignado documentado. Para estimarlo, en el marco de la evaluación, se tuvieron en cuenta gastos en remuneraciones y de funcionamiento del Área de SSySR. Por su parte, el presupuesto de la intervención IVE implementada desde los prestadores públicos y privados en el marco del SNIS se estimó a partir del valor teórico de un proceso IVE completo (incluyendo consultas médicas, análisis clínicos y medicación). En este sentido, el valor teórico de la realización de un procedimiento IVE ronda los \$ 5.000 (valores año 2015).

Finalmente, si tomamos en cuenta el presupuesto total (aproximado a través del total de gasto) en la intervención IVE<sup>9</sup> para el año 2015, el mismo asciende a \$ 50.245.280.

### 1.4. Estrategia general y servicios de la intervención

Para alcanzar una mejor comprensión de la intervención IVE, en primer lugar (i) se describe el problema que da origen a la intervención (esto es, las necesidades que se buscan satisfacer a partir de sus acciones), en segundo lugar (ii) se plantea la estrategia general propuesta para

<sup>9</sup> – Incluye gasto estimado de la intervención desde el MS y el gasto estimado a partir del costo teórico promedio en la realización de un IVE.

superar el problema inicial, y luego (iii) se describen los servicios prestados.

#### Problema que da origen a la intervención

En el marco del informe de evaluación DID, los problemas a los que da respuesta la intervención, es decir, situaciones que se buscan mitigar con el aporte que la misma realiza son: (i) abortos en condiciones de riesgo (durante el decenio 1990–2000, el aborto provocado en condiciones de riesgo era la principal causa de muerte materna en Uruguay, constituyendo así un grave problema de salud pública<sup>10</sup>); (ii) mortalidad materna por aborto inseguro (en el año 2001 se constató en el CHPR que el aborto provocado en condiciones de riesgo era la causa del 48% de las muertes maternas acaecidas en ese centro de salud y del 29% de las ocurridas en el país en el quinquenio 1995–1999, constituyéndose en la primera causa de muerte materna<sup>11</sup>); (iii) penalización del aborto (en este sentido, en el período que comprende 1999 y 2008, Uruguay contó con 121 procesamientos por aborto, de los cuales se realizaron 87 condenas).

#### Estrategia general

La estrategia general de la intervención es ofrecer una alternativa de interrupción voluntaria de embarazo en un marco legal, bajo ciertas condiciones y minimizando riesgos de salud. Dicha estrategia responde a los objetivos detallados anteriormente, para lo cual se plantean los siguientes elementos:

- ▶ Contribuir a elaborar el marco legal (leyes, decretos reglamentarios, ordenanzas, entre otros) para la implementación de la IVE.
- ▶ Elaborar y validar manuales y guías técnicas para la implementación de la IVE por parte de los equipos de salud.
- ▶ Capacitar a los equipos de salud respecto a dichas guías y manuales para asegurar el cumplimiento de la calidad de atención, el trato digno y el respeto a derechos en la implementación del proceso IVE.
- ▶ Realizar la atención oportuna en el proceso IVE.
- ▶ Monitorear los procedimientos para la atención de la IVE de acuerdo con la Ley N° 18.987 que deben ser

<sup>10</sup> – Briozzo, Leonel y otros (2002) El aborto provocado en condiciones de riesgo emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay. RevMed Uruguay 2002; 18: 4–13

<sup>11</sup> – Idem.



cumplidos por las instituciones prestadoras integrales de salud y su personal.

- Promocionar los derechos y el proceso de atención de las mujeres respecto a la IVE.

### Servicios brindados por la intervención

Para desarrollar dicha estrategia y alcanzar los resultados esperados, en la evaluación DID se identificaron cuatro productos diseñados por la intervención, los cuales se presentan a continuación:

- Atención oportuna para el proceso IVE<sup>12</sup>, el cual se encuentra definido por la Ley N° 18.987 y que establece como producto final la atención oportuna para la realización de la IVE en las condiciones determinadas por la misma. En este sentido, el proceso cuenta de cuatro etapas (IVE1, IVE2, IVE3 e IVE4) que se detallan a continuación:

**IVE1:** es la primera consulta con médico y se realiza la recepción de voluntad de interrupción del embarazo. Esta consulta se realiza ante un médico de cualquier disciplina en un prestador integral de salud<sup>13</sup>. Se verifican los requisitos: (i) expresión verbal de la voluntad de la mujer, (ii) ciudadanía natural o legal, o extranjera con residencia no menor de 1 año, (iii) edad gestacional (a verificarse por ecografía) hasta 12 semanas de gestación, y (iv) se solicitan estudios clínicos (ecografía, grupo sanguíneo). Los resultados deben estar disponibles para la tercera consulta.

**IVE2:** segunda consulta con equipo interdisciplinario, el cual está integrado por un ginecobstetra, un profesional del área social y un profesional del área de salud mental. Esta consulta debe realizarse el mismo día o como máximo al día siguiente de la primera consulta. La consulta IVE2 se constituye como un ámbito de apoyo psicológico y social a la usuaria para asegurarse de que disponga de la información necesaria y suficiente para una decisión consciente y responsable.

En esta instancia se le consulta a la usuaria si consiente que el progenitor sea entrevistado. En caso afirmativo,

<sup>12</sup> - En los casos donde se configure un proceso patológico que provoque malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina, violación o grave riesgo para la salud de la mujer, la definición de la IVE no exige la actuación del equipo interdisciplinario previsto por la ley, requiriendo únicamente la voluntad de la mujer.

<sup>13</sup> - Medicina general, ginecología, incluye médicos que se encuentran en la puerta de emergencias.

queda registrado en la historia clínica con consentimiento y firma de la usuaria.

Asimismo, el equipo interdisciplinario realiza el asesoramiento e informa sobre el lapso de reflexión propuesto por la ley, no menor de 5 días corridos. Los profesionales deben actuar en forma coordinada y entrevistarse de forma simultánea. Dicha reunión se realiza en forma presencial preferentemente, y si no resulta posible, se puede utilizar un medio audiovisual. En esta situación se requiere la presencia de un miembro del equipo, a efectos de garantizar a la usuaria un ámbito de contención adecuado, respetando la confidencialidad.

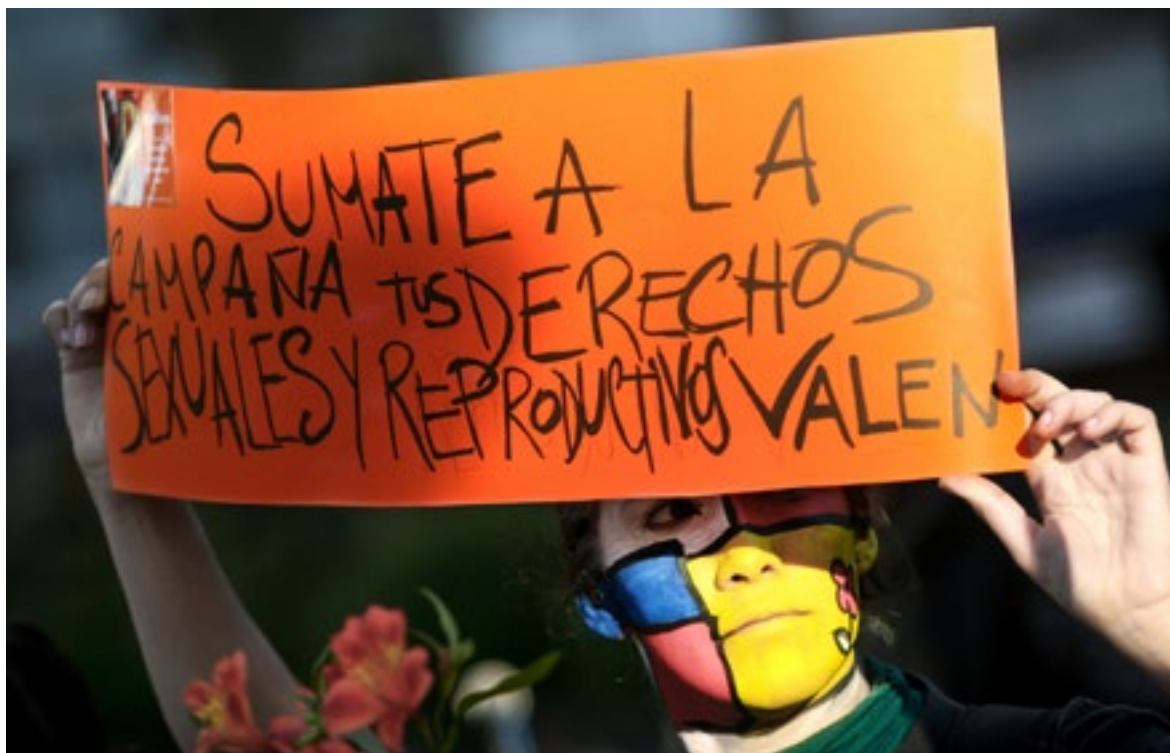
**IVE3:** tercera consulta con ginecólogo, en donde se inicia el procedimiento de Interrupción Voluntaria del Embarazo definido en guías técnicas de implementación, en donde el médico ginecólogo realiza el procedimiento más frecuente recetándole la medicación (mifepristona y misoprostol). También se indica ecografía de control post IVE, luego de 10 días de realizado el procedimiento.

**IVE4:** cuarta consulta con ginecobstetra, obstetra partera o médico de familia (preferentemente el ginecobstetra que indicó IVE). Eventualmente se podrá realizar consulta con psicólogo y/o asistente social si fuera requerido. En esta instancia, se asegura la eficacia del procedimiento, la salud y seguridad de la usuaria, y se brinda contención psicosocial si fuese necesario. Asimismo, la usuaria recibe asesoramiento con respecto al método anticonceptivo más adecuado.

- Promoción y difusión de los derechos y procedimientos de atención de las mujeres respecto a la IVE.

En el marco de la evaluación y según surge de las entrevistas realizadas a los responsables de la intervención IVE desde el MS a informantes claves y de la sistematización realizada por Rieppi (2016), desde la reglamentación de la Ley a fines del año 2012 y principalmente durante el año 2013, las actividades del Área de SSySR con respecto a este proceso estuvieron centradas en la difusión de la normativa y procedimientos a los distintos actores que participan en la IVE.

Se mantuvieron reuniones con las Gerencias y Direcciones Técnicas de los prestadores de salud, informando lo referido a las cápitras y a las condiciones en que debían trabajar los equipos de salud, así como la forma en que deberían informar al MS el número y características de los procedimientos realizados. Se capacitó a los Equipos



Coordinadores de Referencia de los Servicios de SSySR sobre la reglamentación de la Ley N° 18.987, el procedimiento y la forma en que debían informar periódicamente al MS. A través de la Comisión Interinstitucional para Capacitación de Docentes, se realizó una capacitación a docentes de educación secundaria mediante videoconferencia sobre el proceso de reglamentación de IVE y su implementación. Asimismo, se difundió la reglamentación de la Ley N° 18.987 a las Cátedras Ginecotológicas.

- Elaboración y actualización de manuales, guías técnicas y formularios para asegurar el cumplimiento de la calidad del servicio a prestar a las beneficiarias.

El MS ha ido incorporando y ejecutando lo dispuesto en la Ley N° 18.987 y los decretos reglamentarios posteriores, por lo cual se elaboraron manuales y guías técnicas.

Mediante estos documentos se realiza la orientación sanitaria de la IVE y se utiliza como una fuente de capacitación y orientación de los equipos de salud. Si bien la ley fue promulgada en octubre de 2012, en el mismo año y con un plazo de 30 días se elaboraron por parte del Área de SSySR los manuales y guías correspondientes para su posterior difusión.

En el año 2016, se realizó una actualización de los documentos para contemplar las ordenanzas del MS 243 y 247. En este sentido, se ha realizado la validación correspondiente por diferentes actores (referentes de los equipos de SSySR del SNIS, Facultad de Medicina, sociedades científicas, entre otros).

- Monitoreo de los procesos de implementación para asegurar su cumplimiento en la atención de la IVE. (Producto intermedio).

Mediante la información recolectada y procesada en los diferentes documentos con los cuales trabaja la intervención desde el MS, a saber: (i) formulario IVE, (ii) Cuestionario a prestadores de salud sobre aspectos asistenciales vinculados a servicios de SSySR e IVE, y (iii) Planilla de Indicadores, se realiza el monitoreo de la intervención IVE midiendo ciertos indicadores que establece la Ley N° 18.987 en su artículo 12. Los indicadores refieren a: (i) consultas realizadas, (ii) procedimientos de aborto realizados, (iii) procedimientos previstos en los literales A), B) y C)<sup>14</sup> del artículo 6º, (iv) número de mujeres que luego de realizada la entrevista con el equipo interdisciplinario deciden proseguir con el em-

<sup>14</sup> - A) Grave riesgo para la salud de la mujer, B) cuando se verifique un proceso patológico que provoque malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina, o C) violación.

barazo, (v) nacimientos y cualquier otro dato sociodemográfico que estime pertinente para evaluar en forma anual los efectos de la presente ley. Estas tres fuentes de información nutren al Área de SSySR de datos para poder reportar y realizar un informe semestralmente, y enviarlo a la DIGESA.

### Objeción de conciencia y de ideario

Un tema sensible a contemplar en el proceso IVE es el de objeción de conciencia, el cual se manifiesta a través de dar una razón o argumento de carácter ético o religioso que una persona aduce para incumplir u oponerse a disposiciones oficiales o, en este caso, a algunos artículos de la Ley N°18.987, o a su totalidad.

La Ley N° 18.987 y su decreto reglamentario N°375/12 establecen originalmente que sólo se puede objetar de conciencia para el acto mismo de la IVE, no pudiéndose hacer en las etapas anteriores o posteriores, y tan sólo podrán invocarla médicos ginecólogos y el personal técnico que estén directamente involucrados. Sin embargo, el Tribunal de lo Contencioso Administrativo (TCA), ante una demanda presentada por un grupo de médicos, falló indicando que el objetor de conciencia puede abstenerse al acto inmediatamente previo y al acto de aborto en sí mismo, aunque no al post-aborto. Sin embargo, se establece que no se puede declarar objeción de conciencia en el caso donde la interrupción sea por grave riesgo para la salud o vida de la mujer.

En el caso de personal técnico, administrativo, operativo y demás personal de la salud, sólo podrá objetar de conciencia cuando deba intervenir directamente en el acto médico (IVE3).

La objeción de conciencia debe ser presentada por escrito ante la Dirección Técnica de la institución donde el objetor presta servicios. Asimismo, puede ser revocada en cualquier momento.

En el caso de tratarse de un médico objetor, este debe informarle a la usuaria y derivarla personalmente en forma inmediata a un médico no objetor.

Respecto a las instituciones, la Ley N° 18.987 introduce la objeción de ideario como concepto. El art. 10 de esta ley y el posterior reglamento establece que estas pueden manifestar objeción de ideario, debiendo acordar con el MS la forma de prestar el servicio a sus usuarias. La institución que se ampare a esta objeción de ideario deberá celebrar convenios y contratos para

que las usuarias que soliciten la interrupción voluntaria del embarazo amparadas por la ley tengan garantizados sus derechos, debiendo la Institución hacerse cargo de todos los gastos. Además, la Institución deberá realizar todos los actos previos a la IVE (excepto el IVE3).

En el primer año de implementación, de acuerdo con la evaluación, el 30% de los cargos de ginecólogos de las instituciones del SNIS manifestaron objeción. En el interior del país la situación fue variada, destacándose por ejemplo el caso del departamento de Salto en donde el 100% de los ginecólogos presentaron objeción de conciencia, por lo cual los casos se derivaron a departamentos limítrofes o incluso a Montevideo. Posteriormente, esta situación se ha resuelto contratando a médicos ginecólogos para que se trasladen al departamento para proceder a las IVE de acuerdo con las normativas vigentes.

## 1.5. Principales aspectos organizacionales

En primer lugar, desde el punto de vista de la estructura organizacional, la intervención IVE se gestiona institucionalmente desde el MS bajo los principios de coordinación intra e interinstitucional con los prestadores de salud públicos y privados, ubicada dentro de la DIGESA. El Área Programática Salud Sexual y Salud Reproductiva es la unidad responsable de la intervención desde el MS. Por otro lado, el proceso de atención oportuna en IVE es implementado por cada uno de los prestadores de salud (público y privados).

En segundo lugar, en cuanto a las funciones, el Área Programática SSySR tiene el objetivo de “fortalecer el marco político, técnico y operativo en que se ejecutan las acciones de salud orientadas a la SSySR. Desde este sector se promueve la equidad de género y la construcción de ciudadanía en mujeres y (niñas, adolescentes, jóvenes y adultas) destacándose también entre su población objetivo a las mujeres trabajadoras sexuales, migrantes y/o privadas de libertad. Así como se promueve también la equidad en salud, para los varones y para los colectivos LGTB (lesbianas, gays, bisexuales y personas transgénero)”.

En tercer lugar, en lo que refiere al personal asignado a la intervención IVE desde el MS, está integrado por dos responsables y cuenta con el apoyo de un técnico para tareas puntuales. Es de destacar que los responsables

de dichas áreas poseen, además, un rol preponderante en el desarrollo de las políticas de salud sexual y salud reproductiva, la promoción e impulso de actividades de investigación, planificación y monitoreo, siendo articuladores interinstitucionales de la red de Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva (en la RIEPS<sup>15</sup> y IAMCs). Los contratos de los profesionales a cargo de la intervención IVE desde el MS son pases en comisión con una dedicación horaria de 4 horas diarias en el ejercicio de su rol en el MS. Cabe destacar que no poseen dedicación exclusiva en la intervención, sino que desarrollan otras actividades de alta responsabilidad. Para los cargos descritos no se cuenta con información de perfiles definidos y documentados ni estructura organizativa formalizada para el Área de SSySR.

En cuarto lugar, el Equipo Referente de SSySR que se encarga de la IVE en cada prestador de salud, de acuerdo con la consulta (IVE 1, 2, 3 o 4) está compuesto por diferentes profesionales, entre los cuales se destacan: médico (general o especialista) y equipo interdisciplinario de asesoramiento (gineco-obstetra, profesional del área social y profesional del área de salud mental).

Finalmente, en cuanto a los mecanismos de coordinación intra e inter institucionales, la intervención IVE desde el MS a través del Área Programática de SSySR cuenta con los siguientes mecanismos interinstitucionales: la Comisión Nacional Asesora en SSySR, la Red de Equipos Coordinadores de Referencia de Servicios de SSySR, la Comisión para la reducción de la morbilidad de causa obstétrica, el mecanismo de género del MS, y la Comisión interinstitucional para la capacitación de docentes MS-Administración Nacional de Educación Pública (ANEP).

A su vez, el Área de SSySR realiza coordinaciones con: prestadores públicos y privados de salud, Sociedad de Ginecología del Uruguay (interior y Montevideo), Clínica de Ginecología de la Facultad de Medicina, Escuela de Parteras, Facultad de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales Cátedra Medicina Legal, y Facultad de Medicina. Como ejemplo, la validación de guías técnicas y manuales de procedimiento se realizan con todas las instituciones mencionadas anteriormente.

A la interna de la estructura organizacional del MS, la intervención IVE desde el MS coordina directamente con el Área Programática de Salud de Adolescencia y Juventud y el Área Programática Violencia.

## 2. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

A fin de hacer más fácil la presentación de los resultados de la evaluación de la IVE, los mismos resumirán las principales dimensiones del análisis realizado: Diseño, Implementación y Desempeño.

Es importante destacar que los juicios evaluativos se enmarcan en el lapso de tres años de ejecución que ha tenido la intervención (2012–2015). Para realizar conclusiones en cuanto a tendencias es necesario contar con un plazo mayor de análisis.

### 2.1. Diseño

En primer lugar, con relación a la consistencia con el marco de la política pública, se constata la congruencia entre los objetivos de la intervención desde el MS y los objetivos estratégicos del Área Programática Salud, y es consistente, a su vez, con los objetivos de los programas presupuestales que lo componen.

También se encuentra que los objetivos de la intervención están alineados a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de Naciones Unidas, en particular en lo que respecta al objetivo N°3 – Salud y bienestar y al objetivo N° 5 – Igualdad de género.

En segundo lugar, si bien la intervención identifica con precisión los problemas a resolver en el corto plazo así como a los que contribuye a resolver en el mediano y largo plazo, ese análisis aún no ha sido suficientemente documentado por el Área Programática de SSySR que los analice. Sin embargo, la experiencia y aportes diagnósticos de algunas organizaciones de la sociedad civil y la academia han permitido que los problemas que originan la intervención estén identificados de manera adecuada y suficiente por parte de la intervención evaluada desde el MS. Asimismo, debe subrayarse que el equipo técnico que gestiona la intervención tiene conocimiento explícito de dichos problemas.

Por su parte, la intervención identifica adecuadamente cuáles son algunos de los factores causales que conforman el problema principal de la mortalidad materna por abortos inseguros, por ejemplo, vinculando la penalización del aborto con el aumento de los abortos inseguros y éstos con la mortalidad materna.

<sup>15</sup> – Red Integrada de Efectores Públicos de Salud.



Respecto a la evolución histórica de los problemas que aborda la intervención, no se observan cambios que supongan modificaciones sustantivas en el diseño de la intervención respecto a su abordaje.

Dado que esta intervención se viene desarrollando desde fines del 2012, los principales indicadores que miden los problemas que dan origen a la intervención, como la tasa de mortalidad materna total y la tasa de mortalidad materna por aborto inseguro, no han presentado cambios notorios que habiliten a indicar que el problema ha mejorado o empeorado, ya que ambos indicadores presentan fluctuaciones en sus valores anuales que son asociados fundamentalmente a la baja cantidad de casos.

En este sentido, la intervención desde el MS no cuenta con estimaciones de abortos clandestinos. Establecer dicha cifra (aunque sea estimada) sería una oportunidad para conocer en base a datos la relación con las muertes maternas por aborto inseguro.

En tercer lugar, las poblaciones potencial y objetivo están definidas en la Ley N° 18.987. Allí se establece claramente quienes son las mujeres que cumplen con los requisitos. Como se ha visto, la cuantificación de la población potencial y de la población objetivo fue realizada en el marco de esta evaluación DID por parte de la intervención evaluada desde el MS en conjunto con el equipo evaluador.

Al estar previsto por ley cuál es la población que presenta la necesidad y/o problema y que puede estar com-

prendida en la atención en el marco de la IVE, las características y la magnitud de la población potencial no se ha modificado sustancialmente en el transcurso de la intervención entre el año 2012 y 2015.

Si bien la definición teórica de la población potencial es precisa, la caracterización y cuantificación no se explicita en los documentos elaborados por la intervención evaluada y se observa que, hasta el momento de la evaluación DID, la intervención desconocía su magnitud.

Respecto a la población objetivo, la definición del problema y el diseño de la estrategia parecen ser consistentes con la estimación realizada en el marco de esta evaluación DID basada en tendencias de países de Europa Occidental con similares legislaciones respecto a la IVE. Teniendo en cuenta las cifras oficiales de IVE durante los tres años de aplicación de la Ley N° 18.987, la evaluación indica que sería esperable que la población objetivo se sitúe entre las 9.000 y 12.000 mujeres.

En cuarto lugar, según el informe de evaluación en cuanto a la estrategia de la intervención, debe destacarse que la intervención desde el MS es ampliamente consistente con lo dispuesto por la Ley N° 18.987 y con la política de SSySR definida en la Ley N° 18.426, y promueve las condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. Además, su diseño es coherente y adecuado con la política global y/o sectorial.

En quinto lugar, con respecto a la teoría del cambio (relaciones de causalidad entre los servicios generados,



los resultados de corto plazo, y los de mediano y largo plazo), se constata coherencia entre todos los niveles de objetivos. En relación a los resultados de mediano y largo plazo, se puede sostener que dan cuenta de los problemas que se intenta resolver en un sentido amplio aunque con distintos niveles posibles de contribución. Al respecto, se observa que el resultado a corto plazo de la intervención evaluada contribuye al ejercicio de los derechos enmarcados en la Ley N°18.426 de SSySR y se encuentra fuertemente alineado.

Adicionalmente, el vínculo de la intervención con el acceso de adolescentes a la orientación oportuna para una vivencia saludable y sujeta a derechos sobre su sexualidad presenta algunas oportunidades de mejora en su relación causal. Tal cual se observa en los OSN 2020 (Objetivos Sanitarios Nacionales), existe una línea de acción que relaciona la IVE con este resultado a mediano y largo plazo por medio de la fiscalización del cumplimiento de la normativa para asegurar el acceso oportuno al proceso de IVE<sup>16</sup>.

En lo relativo a los productos, es posible observar una relación causal fuerte entre los productos finales e intermedios que entrega la intervención y el logro del resultado a corto plazo.

Finalmente, en cuanto a la planificación, monitoreo y evaluación, se destaca el desarrollo de la documentación necesaria de referencia y actividades de programación de capacitaciones (en el año 2013) con los equipos referentes de SSySR para garantizar el cumplimiento de la intervención. También se reconoce el esfuerzo de monitoreo constante de la puesta en práctica, en pos de la identificación de fortalezas y oportunidades de mejora que puedan ser transmitidas como lecciones aprendidas al resto de los equipos de SSySR.

En cuanto al monitoreo, es muy destacable que la totalidad de los indicadores que miden los avances de la intervención desde el MS son pertinentes y aplicables, dado que existe información y la misma está disponible y actualizada para su análisis.

Los datos se registran, sistematizan y analizan regularmente por el Área Programática de SSySR, lo cual permite medir el desempeño de la intervención desde el MS y, por consiguiente, el cumplimiento de la normativa vigente. A su vez, los responsables de la intervención plantean que la información generada se difunde

semestralmente a la DIGESA y a solicitud expresa del parlamento, sociedad civil, entre otros. Por otro lado, en la evaluación se constató la inexistencia de metas para los indicadores monitoreados. La existencia de metas siempre es una fortaleza dentro de los sistemas de indicadores porque, entre otras cosas, ayuda al análisis de desempeño de la intervención a nivel de resultados y productos. No obstante, dentro de los indicadores propuestos en el marco de la Matriz de Objetivos elaborada para la evaluación, es justificable que los que refieren a consultas de IVE y a cantidad de IVE realizadas no tengan metas asociadas, ya que conceptualmente y metodológicamente no sería posible fijarlas.

Cabe agregar que el MS cuenta con una planificación estratégica (en donde se encuentran los OSN 2020). En lo que respecta a la intervención, cuenta con actividades de planificación operativa aunque no configura una planificación estratégica. En lo que refiere al Área Programática de SSySR, esta enmarca sus acciones en la Ley N° 18.426 y, específicamente, en IVE en la Ley N° 18.987 y los objetivos sanitarios vinculados a su rol, desarrollando así las acciones pertinentes para cumplir con sus cometidos en este marco. No obstante, debe destacarse que en el período 2010–2014 el Área Programática de SSySR y el Área Programática de Salud Integral de la Mujer presentaban otra estructura organizativa y dependían de la División Programática Estratégica en Salud (DPES), y en ese marco, se observan acciones de planificación conjunta con otras áreas que dependían de esa División.

## 2.2. Implementación

En primer lugar, con relación a la estructura organizacional y las funciones, resulta llamativo que el área responsable de la intervención, Área Programática Salud Integral de la Mujer, sea un área programática dentro de otra área programática (Salud Sexual y Salud Reproductiva). Este diseño puede dificultar el análisis de relaciones de dependencia, flujos de trabajo y coherencia entre objetivos de una y otra área. Cabe suponer que los objetivos del Área Programática de Salud Integral de la Mujer están directamente referidos, aunque en un nivel de complejidad y abstracción menor, a los del Área Programática SSySR. Por otro lado, la nominación: “área programática” puede generar confusión con la terminología utilizada en el presupuesto nacional<sup>17</sup>.

En cuanto a las funciones de los responsables del Área Programática de SSySR, no se encuentran específica-

<sup>16</sup> – MSP (2016) Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. Montevideo, MSP. Línea de Acción 39.4

<sup>17</sup> – El Área Programática Salud del presupuesto nacional comprende todas las intervenciones del MS y de los prestadores de salud del Estado.



## Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)

das en documentos que describan las actividades de los perfiles de cargos. Los referentes de la intervención desde el MS prestan un rol preponderante en el desarrollo de las políticas de SSySR, ya que de ellos depende la planificación y monitoreo de las actividades y coordinación, pero se encuentran menos desarrolladas las actividades de investigación.

En segundo lugar, el informe de evaluación señala en lo referente a la dotación de personal y perfiles de personal que los responsables de la intervención cuentan con una carga horaria reducida en relación a las múltiples funciones que tienen como responsabilidad. En este sentido, se entiende que la estructura de cargos del Área, en relación a las funciones que la misma desarrolla, no parece ser suficiente para poder cumplir razonablemente las funciones asignadas.

En los prestadores de salud, el servicio de IVE se encuentra planificado semanalmente en días determinados. En este sentido, la RAP<sup>18</sup> Metropolitana cuenta con atención del equipo de referente en SSySR en días y horarios diferentes en cada centro de salud, cubriendo de esta forma todos los días de la semana en esa área geográfica.

Cabe destacar que la dedicación, motivación y el compromiso de todas las personas que forman parte de la intervención es un pilar de trabajo.

En tercer lugar, se evalúan positivamente los mecanismos de coordinación evidenciados con la Comisión para la reducción de la morbimortalidad de causa obstétrica, en lo que refiere a las auditorías de muertes maternas y especialmente las ocurridas por abortos inseguros. En la misma línea de análisis se evidencia una comunicación fluida con el SINADI, lo cual es una fortaleza a la hora de pensar en la mejora de los sistemas de información de la intervención desde el MS.

Respecto a la coordinación con otras áreas claves dentro del proceso IVE, se constata que si bien hay una articulación prevista con el Área de Salud de Adolescencia y Juventud en el marco de los OSN 2020, aún es incipiente la planificación conjunta respecto a la línea de acción que comparten como objetivo para el quinquenio.

En cuarto lugar, se observan oportunidades de mejora en cuanto a la articulación entre el Área Programática de SSySR y el Departamento de Fiscalización, el cual se

considera un actor fundamental para el cumplimiento adecuado de los objetivos a corto plazo de la intervención desde el MS en relación con asegurar el cumplimiento de la normativa para el acceso oportuno al proceso de IVE.

En quinto lugar, en la evaluación DID realizada se indica que los procesos de producción de los servicios de la intervención están adecuadamente diseñados de acuerdo con la Ley N° 18.987, aunque existen algunas oportunidades de mejora en relación a los tiempos de demora y la conformación del equipo interdisciplinario de forma simultánea en el proceso de atención oportuna de IVE y en relación a la promoción y difusión de los derechos de SSySR. En este sentido, a continuación se realiza un breve análisis de los procesos de atención oportuna en IVE y recolección y procesamiento de la información.

### ► Proceso atención oportuna en IVE.

En primera instancia, es importante destacar que la implementación del proceso IVE es innovadora a nivel mundial y especialmente en la región. La Ley de IVE amplía el marco legal y las garantías para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.

En el procedimiento se propicia el ejercicio del derecho de la mujer a ser acompañada durante todo el proceso de atención por quien ella desee.

En lo que refiere al proceso en sí, se evidencia que se encuentra adecuadamente sistematizado y es coherente, tanto en pasos como en secuencia y extensión. Este proceso está contenido en el Manual de Procedimientos, el cual representa una herramienta práctica para su implementación y posterior contralor. Como ya fue descrito, este proceso supone 4 etapas fundamentales que son implementadas en su totalidad por los prestadores de salud (IVE1, 2, 3, y 4).

En este proceso, la evaluación brinda algunos elementos a mejorar, como es el caso de la etapa IVE2, donde se constataron algunas limitaciones en los prestadores de salud para coordinar al equipo interdisciplinario en forma simultánea y los siete días de la semana. Esto interfiere con el cumplimiento de los plazos establecidos para la segunda consulta (mismo día o al día siguiente de la primera). Si bien no se ha podido cuantificar la magnitud o la frecuencia de estos eventos, entre las principales causas se destacan: escasez de profesionales del área social, incapacidad de tener médicos de re-

<sup>18</sup> – Red de Atención Primaria (ASSE).

tén los fines de semana y la cantidad reducida de médicos no objetores de conciencia en algunos prestadores, especialmente en el interior del país.

En el caso del IVE3, la adopción del régimen medicamentoso (mifepristona y misoprostol) se entiende acertada, ya que está asociado por distintas fuentes de referencias internacional (OMS, Revista Internacional de Ginecología y Obstetricia, entre otras) a una disminución del tiempo de expulsión, menos efectos secundarios, mayor tasa de abortos completos, menor tasa de continuación de embarazos y menores costos en comparación con el régimen que usa misoprostol solo. Se ha demostrado que la mifepristona con el misoprostol son sumamente eficaces, seguros y aceptables para las interrupciones del primer trimestre. Se han notificado índices de eficacia de hasta el 98%.

En lo que respecta al IVE4, si bien esta etapa del proceso tiene una correcta descripción de sus secuencias, su puesta en práctica queda sujeta al compromiso del prestador con este procedimiento.

Finalmente, en caso que la mujer denuncie falta de confianza en el prestador para cumplir en tiempo y forma con el procedimiento, puede solicitar el cambio de prestador en forma directa ante la Junta Nacional de Salud (JUNASA). Esta tiene previsto realizar dicho cambio de manera inmediata, con vista al prestador involucrado en 24 horas. El nuevo prestador deberá reconocer las actuaciones previas vinculadas al proceso de IVE.

- ▶ Proceso de recolección y procesamiento de información.

En cuanto al procesamiento de la información, el Área de SSySR recolecta desde los prestadores de salud los siguientes documentos: la planilla de indicadores (una vez al mes al MS), y el cuestionario a prestadores de salud sobre aspectos asistenciales vinculados a servicios de SSySR e IVE se reporta una vez por año (con valor de declaración jurada).

I). La planilla de indicadores se encuentra bien estructurada y es de fácil lectura. La información es presentada por parte de los prestadores de salud al MS en forma de hoja de cálculo, que permite a quien lo completa realizar el registro en forma ágil y fidedigna. La información relevada a través de la planilla de indicadores propicia la consecución de los objetivos específicos de la Ley relativos al registro de información. Un punto po-

sitivo a destacar es que desde el Área de SSySR se está trabajando en la implementación de un formato digital que permita que la información se obtenga online y en tiempo real.

II). Cuestionario a prestadores de salud sobre aspectos asistenciales vinculados a servicios de SSySR e IVE sigue la normativa de la Ordenanza N° 366 de 2016, y es un insumo importante para correcto funcionamiento del proceso IVE. El cuestionario se presenta con la estructura e información necesaria de acuerdo con las necesidades de monitoreo del proceso IVE, aunque no se cuenta con información sistematizada. Esto se detecta como oportunidad de mejora, ya que el Cuestionario cuenta con potencial para extraer indicadores pertinentes para la toma de decisiones.

## 2.3. Desempeño

En primer lugar, se analiza el aporte de la intervención en cuanto al logro de los objetivos y de sus principales servicios a través de indicadores básicos que se pudieron relevar a tales efectos. En segundo lugar, se analiza la cobertura efectiva que viene alcanzando la intervención, y en tercer lugar, se presentan algunos resultados a nivel del desempeño financiero, fundamentalmente referido a la eficiencia del programa.

### 2.3.1. Desempeño a nivel de resultados y productos

En primer lugar, se presentan los principales hallazgos con relación a resultados de mediano y largo plazo. La intervención desde el MS ha contribuido eficazmente a garantizar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Sin embargo, aún quedan oportunidades de mejora en cuanto a la orientación oportuna para la vivencia saludable y sujeta a derechos sobre la sexualidad principalmente en adolescentes.

En segundo lugar, el desempeño a nivel de resultados de corto plazo de la intervención es adecuado en términos de la consolidación de la reducción de muertes maternas por aborto inseguro. Asimismo, en el marco de la Ley N° 18.987, se puede afirmar que hubo un incremento de las consultas por IVE3 (9,7% en procesos de IVE culminados entre 2014 y 2015), lo cual de acuerdo con la evaluación, puede ser interpretado como el resultado de una mayor cantidad de mujeres que dejan el circuito de abortos

## Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)

inseguros y acceden oportunamente a la IVE dentro del sistema de salud en un marco legal. De todas formas, la Ley cuenta con pocos años de aplicación, por lo cual se debería esperar un mayor período de ejecución para realizar análisis de tendencias.

A pesar del incremento de procedimientos IVE, no se ha logrado eliminar las muertes por esta causa en forma definitiva o en forma sostenida por más de un bienio (en febrero del 2016 se produjo una muerte materna por aborto inseguro). Esto refleja que de alguna manera continúan operando barreras de acceso al proceso de IVE.

En tercer lugar, el número de procedimientos IVE que continúan con el embarazo pasó de 486 en 2013 a 633 en 2015, con un leve pico en 2014 del orden de 720 consultas (ver gráfico 1).

En cuarto lugar, la cantidad de consultas IVE, tanto en sector público como en privado, se distribuye de forma similar a lo largo de los 3 años (ver gráfico 2).

En quinto lugar, en cuanto a la distribución en el territorio, la cantidad de IVE3 realizados ha aumentado tanto en el interior del país como en Montevideo. Sin embargo, el número de procedimientos en el interior ha aumentado en mayor proporción que en Montevideo entre 2013 y 2015 (ver gráfico 3).

En sexto lugar, el análisis de desempeño a nivel de productos muestra, según la evaluación, que la intervención IVE desde el MS en términos generales presenta un desempeño adecuado en los productos que implementa.

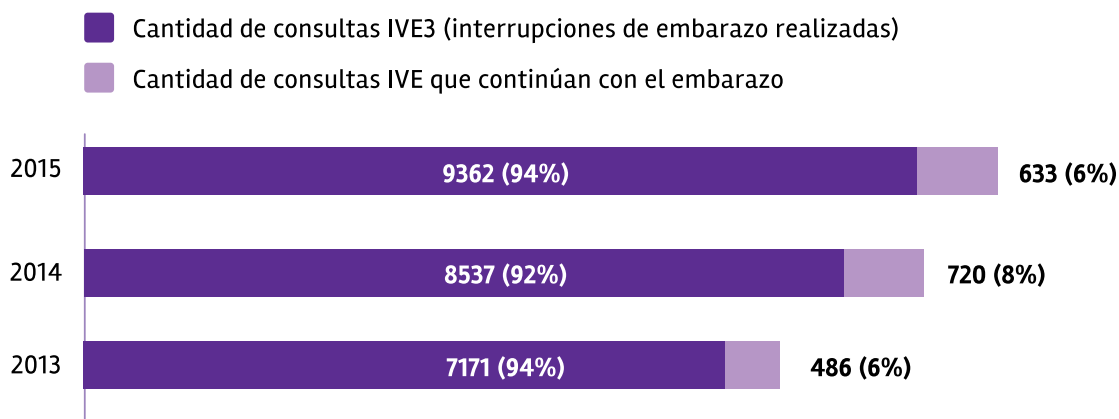
Finalmente, se constató que no existen mediciones formales de satisfacción de las usuarias según lo analizado en la evaluación DID. Esto está en consonancia con la escasez de indicadores de calidad para la medición del desempeño de la intervención desde el MS. Esto se considera como una oportunidad de mejora, ya que es fundamental conocer aspectos relativos a la atención que reciben, reclamos, quejas y sugerencias, para poder tomar las acciones adecuadas que mejoren el servicio que se brinda.

**Cuadro 4:** Cantidad de muertes maternas por abortos inseguros y muertes maternas totales. Período 2011–2015.

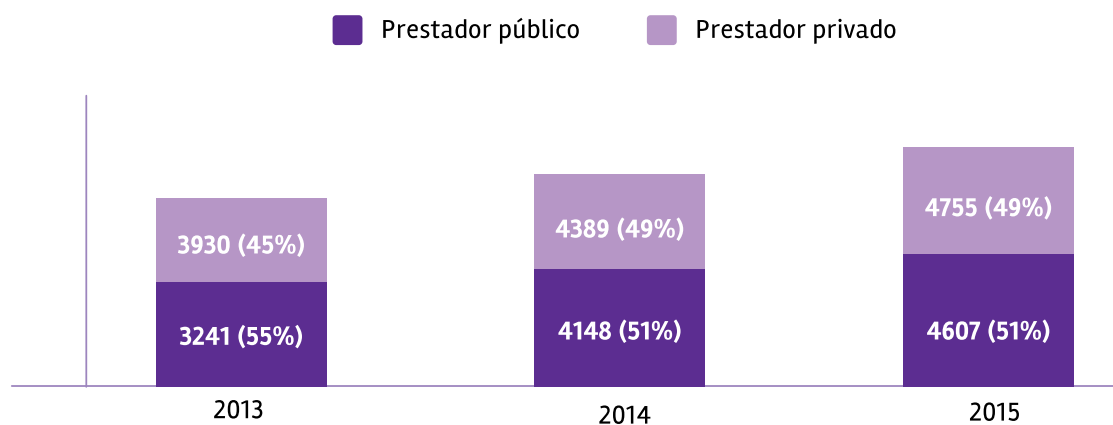
AÑO	Nacidos vivos	Muertes maternas por abortos inseguros	Muertes maternas por otras causas	TOTAL
2011	46.712	0	4	4
2012	48.059	2	3	5
2013	48.681	1	8	9
2014	48.368	0	9	9
2015	48.926	0	11	11

Fuente: Estadísticas Vitales. MS

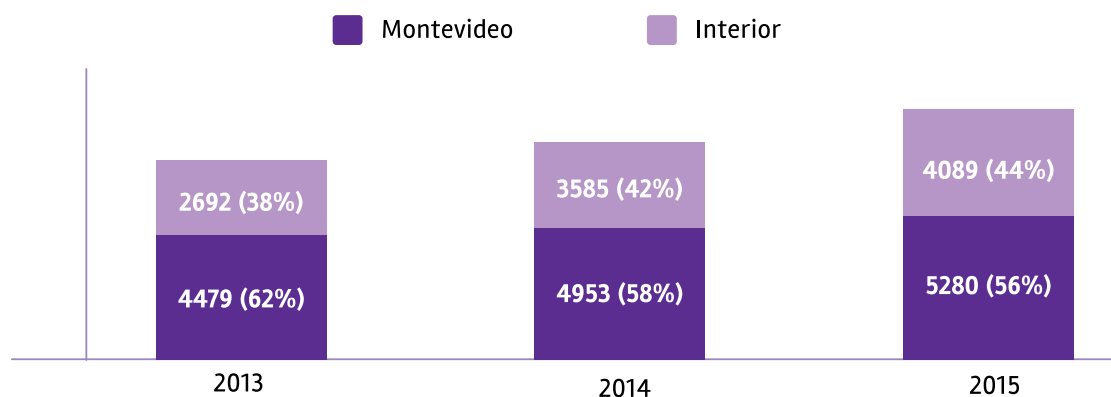
**Gráfico 1:** Cantidad de consultas IVE. Período 2013 –2015.



Fuente: Área Programática de Salud Sexual y Salud Reproductiva. MS.

**Gráfico 2:** Distribución de consultas IVE, sectores público y privado. Período 2013 –2015.

Fuente: Área Programática de Salud Sexual y Salud Reproductiva. MS.

**Gráfico 3:** Distribución de consultas IVE Montevideo–Interior. Período 2013 –2015.

Fuente: Área Programática de Salud Sexual y Salud Reproductiva. MS.

### 2.3.2. Cobertura

El análisis de cobertura relaciona la cantidad de beneficiarios efectivamente atendidos y las poblaciones potencial y objetivo de la intervención.

El análisis que se presenta a continuación es únicamente a efectos ilustrativos, asumiendo que el comportamiento de la población uruguaya tiene similitudes con la de países desarrollados de Europa Occidental. Este elemento puede dar lugar a diferentes opiniones, pero se incluye de todas formas a efectos de contar con una referencia del contexto internacional.

De acuerdo con las estimaciones brindadas por el informe de evaluación, si se tienen en cuenta los parámetros establecidos tomando la cifra de 16 abortos cada 1.000

mujeres de Dinamarca, el porcentaje de cobertura rondaría el 80%, es decir 9.995 mujeres beneficiarias respecto a la población objetivo de 12.638 mujeres estimada en este escenario.

### 2.3.3. Desempeño financiero

En este apartado se analizan aspectos relacionados con la planificación presupuestal y uso de los recursos financieros que brinda la evaluación por parte de la intervención desde el MS y de la intervención en sentido amplio durante el período 2012–2015.

En el caso de la intervención desde el MS, no se cuenta con información de planificación presupuestal a ese nivel para el período evaluado (2012–2015), por lo cual se

**Cuadro 5:** Gasto Promedio Producto por Beneficiario 2013–2015 (\$ año 2015)\*

Producto 2 – Atención Oportuna en IVE	2013	2014	2015	% Variación 2013–15
	5.020	4.973	5.003	-0,33%

**Fuente:** Informe de Evaluación DID – IVE

\* Solo se incluyen los gastos incurridos para proveer el bien o servicio (es decir, no se incluyen gastos de administración). En este caso, se utilizó como denominador la cantidad total de consultas IVE (IVE culminados más IVE que continúan embarazo).

reconstruyó el presupuesto utilizando los gastos a partir de información aportada por la Gerencia Financiera del MS.

Al desagregar el gasto total de la intervención IVE en gastos por producto, se realizó la estimación en forma teórica del producto atención oportuna en el proceso IVE, ya que fue considerado como el que acumula la mayor parte del gasto de los productos definidos. Su particularidad es que lo brindan los efectores públicos y privados de salud, lo que complejiza su cuantificación. A continuación se presenta un análisis de la eficiencia de la intervención IVE, en donde se relacionarán los gastos para los cuales se tiene información con los niveles de producción del producto atención oportuna en el proceso IVE.

Como se observa, el gasto promedio por beneficiaria ronda en \$ 5.000 durante los tres años objeto de estudio. En el caso del gasto promedio por unidad de producto (proceso IVE), se consideraron todos los gastos (remuneraciones y costos de realización de las IVE de cada año) en el total de IVE3 realizados. Esta cifra asciende a unos \$ 5.342 en el año 2015.

## 3. PRINCIPALES CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Para facilitar la presentación de las principales conclusiones y recomendaciones que surgen de la evaluación, éstas se agruparán en relación a: Diseño, Implementación y Desempeño.

### 3.1. Diseño

En cuanto al diseño de la intervención, los resultados a los que contribuye la intervención desde el MS son consistentes con la política global y sectorial a la que pertenece, en particular con la política de SSySR y con el plan estratégico OSN 2020 del MS para el quinquenio.

El diseño de la intervención es adecuado y sus objetivos de corto, mediano y largo plazo son consistentes con los de la política sanitaria y los OSN. La definición teórica de la población potencial y objetivo está explicitada en la Ley N° 18.987, por tanto es precisa y de uso extendido por los equipos referentes de SSySR. Sin embargo, no existe un documento del Área de SSySR que muestre estos aspectos de diseño. En este sentido, se recomienda elaborar y asegurar la actualización de un documento que explicita el diseño contemplando los siguientes aspectos: (i) identificación de los problemas a resolver por la intervención, (ii) teoría del cambio, (iii) cuantificación de la población potencial y objetivo, y (iv) análisis de la población beneficiaria para cada uno de los productos.

En cuanto al diseño de instrumentos para el monitoreo de la intervención desde el MS, este cuenta con un sistema de indicadores que surge de la Ley N° 18.987. La totalidad de los indicadores cuenta con información actualizada para su análisis. Sin embargo, la intervención no dispone de indicadores de eficiencia y economía que midan el desempeño de la intervención en este sentido. A su vez, durante el proceso de evaluación se identificaron otros indicadores que pueden mejorar el sistema de información. Por tanto, se recomienda: i) incluir indicadores que permitan medir aspectos como el tiempo de espera entre la etapa IVE1 e IVE2, ii) monitorear los tiempos y gestión del cambio de prestador de salud por solicitud de la usuaria, iii) incorporar indicadores de calidad, eficiencia y economía que mejoren el sistema de información existente, e iv) incorporar metas asociadas a los indicadores que corresponda.

### 3.2. Implementación

Respecto a la estructura organizacional, las funciones y el personal de la unidad responsable, se detectan como aspectos positivos el fuerte involucramiento y compromiso de sus responsables y quienes lo apoyan desde el área de SSySR y el alineamiento de las funciones del Área Programática Salud Integral de la Mujer con los objetivos del MS. En cuanto a la dotación del personal, parece ser insuficiente debido a las múltiples funciones que desempeñan.

En segundo lugar, la intervención muestra canales de comunicación y cooperación a nivel intra-institucional valiosos con el SINADI, el Mecanismo de Género del MS, la Comisión para la reducción de la morbimortalidad de causa obstétrica y el Área de Salud de Adolescencia y Juventud del MS. Sin embargo, la comunicación requiere mayor fluidez con el Departamento de Fiscalización, el cual se entiende un actor fundamental para el adecuado cumplimiento del objetivo de corto plazo de la intervención. En este sentido, se recomienda, en cuanto a la comunicación intra-institucional, profundizar las instancias periódicas de intercambio con los responsables del Área de Salud de Adolescencia y Juventud y con el Departamento de Fiscalización con la finalidad de mejorar la información, coordinación, planificación y monitoreo necesarias para una adecuada gestión de los procesos de la intervención.

A nivel interinstitucional, se evidencia que existe una articulación y coordinación fluida y periódica con la Red de Equipos Coordinadores de Referencia de Servicios de SSySR, lo cual es identificado como una fortaleza. Sin embargo, se evidencia como desafío la mejora de los intercambios en el marco de la Comisión Nacional Asesora de SSySR. En este sentido, se recomienda continuar con la revitalización de la Comisión Nacional Asesora de SSySR y asegurar un intercambio periódico y sostenido en el marco de la IVE, analizar la posibilidad de generar mecanismos para instrumentar la obligatoriedad en la participación en las reuniones bimensuales de los equipos Coordinadores de Referencia de Servicios y estudiar la posibilidad de que las comisiones de usuarios participen de la Comisión Nacional Asesora de SSySR.

En tercer lugar, en relación a los mecanismos de consulta y participación ciudadana, se observa que existen a nivel del MS mecanismos de comunicación con las usuarias del SNIS, fundamentalmente orientados al procesamiento y resolución de reclamos, quejas o de-

nuncias (Oficina de Atención a Usuarios y JUNASA). Sin embargo, desde la intervención se informa que entre 2012 y 2015 no se ha recibido notificaciones ni se realiza un análisis sobre el uso que hacen las usuarias de estos mecanismos. Por este motivo, se recomienda elaborar un protocolo de actuación para la Oficina de Atención al Usuario en caso de recibir una queja o reclamo de un proceso IVE, enfatizando los plazos con los cuales se debe cumplir, y realizar un registro y seguimiento de los cambios de prestadores solicitados ante la JUNASA, prestando especial atención en la trazabilidad de los procesos y tiempos.

Finalmente, en cuanto a los procesos, las principales conclusiones y recomendaciones son:

I). Proceso de “Atención oportuna de IVE”: se evidencia que se encuentra adecuadamente sistematizado y es coherente, tanto en pasos, como en secuencia y extensión. Está contenido en el Manual de Procedimientos, el cual representa una herramienta práctica para la implementación del proceso y su posterior contralor. No obstante, se encuentran algunas oportunidades de mejora en relación a: i) incluir en el manual de procedimientos un cuadro resumen que facilite a los profesionales una constatación ágil de los requisitos legales para las mujeres menores de 18 años, aquellas que son incapaces de tomar decisiones autónomas, o mujeres con acreditación judicial de incapacidad; ii) desde la intervención desde el MS, coordinar la puesta en marcha de un equipo de apoyo a la implementación de IVE en todo el territorio nacional con el objetivo de realizar un seguimiento de los plazos previstos y la conformación, de forma simultánea, del equipo interdisciplinario. Asimismo, elaborar una lista de verificación que pueda utilizarse en este proceso; iii) monitorear la disponibilidad de los equipos interdisciplinarios en los prestadores de salud, y a su vez, protocolizar la IVE2 a través de video conferencia, promoviendo esta opción; iv) explorar la posibilidad de aumentar la cobertura del IVE4 (consulta post IVE) indicando algunas directrices adicionales para su realización.

II). Proceso de “Monitoreo y evaluación”: es realizado de forma adecuada de acuerdo con lo establecido por la Ley de IVE. No obstante, la sistematización de la información se realiza de forma manual, lo cual dificulta su procesamiento y la obtención de información en tiempo real. Se recomienda analizar la implementación de un sistema de acceso web interoperable con los sistemas del MS en el cual se cargue la información desde los



efectores de salud y que permita un acceso ágil y seguro a la información consolidada y en tiempo real por parte del MS.

### 3.3. Desempeño

En primer lugar, a nivel de resultados de corto plazo, la evaluación muestra un desempeño adecuado en términos de la consolidación de la reducción de muertes maternas por aborto inseguro. No obstante, durante el período 2013–2015 de aplicación de la Ley se ha producido un caso de fallecimiento por aborto inseguro. De acuerdo con la evaluación, esta situación estaría reflejando que siguen operando barreras de acceso al proceso de IVE. En este sentido, se recomienda analizar las barreras de acceso que pueden haber existido en los casos de muerte materna por aborto inseguro y desarrollar estrategias para superar las mismas a futuro.

En segundo lugar, en lo que respecta al análisis de desempeño a nivel de productos, la intervención IVE desde el MS presenta un desempeño adecuado en los productos que implementa, aunque se evidencian algunas oportunidades de mejora en cuanto a la difusión de los derechos de SSySR. En relación a esto, se recomienda compilar la normativa actual de IVE y que esté disponible y accesible en los medios de comunicación (por ejemplo, en el sitio web) del MS.

Finalmente, en relación a los beneficiarios efectivos de la intervención en el producto atención oportuna de IVE (donde la intervención implementada desde el MS tiene registros suficientes y confiables para un análisis consistente), se observa un incremento de beneficiarias en el ciclo comprendido entre el año 2013 y 2015. Sin embargo, la ausencia, hasta el momento, de estimaciones por parte del MS sobre la población objetivo y sus variaciones limitan el análisis de cobertura. Por tanto se recomienda mejorar dicho análisis en los distintos productos y generar un instrumento de medición de la satisfacción de las beneficiarias y detección de barreras al acceso en el procedimiento IVE con el objetivo de identificar sugerencias y acciones de mejora en el servicio brindado.

Dirección de Gestión y Evaluación (AGEV)  
Dirección de Presupuestos, Control y Evaluación de la Gestión  
Oficina de Planeamiento y Presupuesto  
Presidencia de la República Oriental del Uruguay

---

Torre Ejecutiva Sur – Liniers 1324 – 5to. Piso  
Montevideo, Uruguay  
Tel. (+598-2) 150 int 8001  
[contacto.agev@opp.gub.uy](mailto:contacto.agev@opp.gub.uy)  
[www.opp.gub.uy/hacemos/presupuesto/agev](http://www.opp.gub.uy/hacemos/presupuesto/agev)

