



# boletín redpaas

BOLETIN DE LA RED PERUANA DE APOYO AL ACCESO AL ABORTO SEGURO

## ● ÍNDICE

### 1 EDITORIAL

### 3 ARTÍCULO

#### **Aspectos bioéticos del aborto en Chile**

Tomado de la Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 2013; 78

### 7 ACTIVIDADES

#### **I Taller para la Conformación de una Red de Profesionales para Mejorar el Acceso de la Mujeres al Aborto Terapéutico**

## ● EDITORIAL

El aborto terapéutico (AT) en el Perú es legal desde 1924, según el artículo 119 del Código Penal, ratificado en 1991; sin embargo ha pasado todo este tiempo sin transformarse en entrega de servicios clínicos por carecer de una normativa que regule su aplicación.

Después de 90 años, el Ministerio de Salud (Junio 2014) recién aprobó mediante Resolución Ministerial la Guía Nacional para la Interrupción del Embarazo menor de 22 semanas por Indicaciones Terapéuticas, pero a pesar de ello, durante este último año no se ha avanzado en su aplicación, por desconocimiento de la Norma por parte de los profesionales de la salud y de las propias usuarias.

Se ha dado el antecedente que a pesar de no existir aprobada una Norma Nacional, las instituciones de la Sociedad Civil, como la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG), otras sociedades científicas, el Colegio Médico del Perú, las Asociaciones de Mujeres, como Flora Tristán y principalmente Promsex, han unificado esfuerzos y en primer lugar se construyó un perfil de las mujeres peruanas que pueden recurrir al AT. Construido este perfil, se buscó intervenir en 10 hospitales públicos del país, 6 en Lima y 4 en regiones, los mismos que discutieron el tema y elaboraron finalmente cada uno de ellos sus propios protocolos o guías para entregar el servicio de AT. Los resultados se tienen a la vista con la ejecución médica y quirúrgica en los últimos cinco años de procedimientos para la interrupción terapéutica del embarazo, sin resultados adversos ni muertes maternas.

Dado de que en el último año, no ha habido progresos evidentes en la atención de mujeres solicitantes de AT, es que un grupo de profesionales en

número de 16, se convocaron a discutir el tema y se planteó la posibilidad de formar una Red Nacional para Apoyar a las Mujeres en su Acceso al AT. Desde Septiembre del 2014 se sucedieron 3 reuniones hasta que hubo la decisión de convocar otros profesionales interesados en conformar la red.

Se realizó una serie de 4 reuniones para discutir y estandarizar conceptos de orden legal, administrativo, ético, causales de interrupción del embarazo dentro del marco legal. Se contó con la participación de 34 profesionales nacionales y dos colegas argentinos que asistieron en calidad de expertos para exponer su experiencia en torno a la Red existente en su país. Después de la cuarta Reunión se conformó finalmente la Red Peruana de Apoyo al Acceso al Aborto Seguro (REDPAAS).



Esta Red es un conjunto de voluntarios/as, sin fines de lucro, que no conforman una asociación científica ni académica, ni gremial. Sólo busca en general mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres peruanas y específicamente mejorar/facilitar el acceso de las mujeres al aborto terapéutico, dentro del marco legal y con estricto apego al respeto de los derechos humanos de las mujeres y a los principios bioéticos.

Consideramos que la actuación de REDPAAS tendrá vigencia en el intercambio de experiencias de todos sus miembros, en el intercambio con los profesionales de la salud para asesorarlos en la prestación de sus servicios y entregar a las mujeres mensajes que puedan servir como información sobre sus derechos sexuales y reproductivos, De este modo se espera que la entrega de servicios sea cada vez más y mejor. ●

**DIRECCIÓN DEL BOLETÍN:**

Comité de Coordinación  
de REDPAAS

**CORRECCIÓN DE ESTILO:**

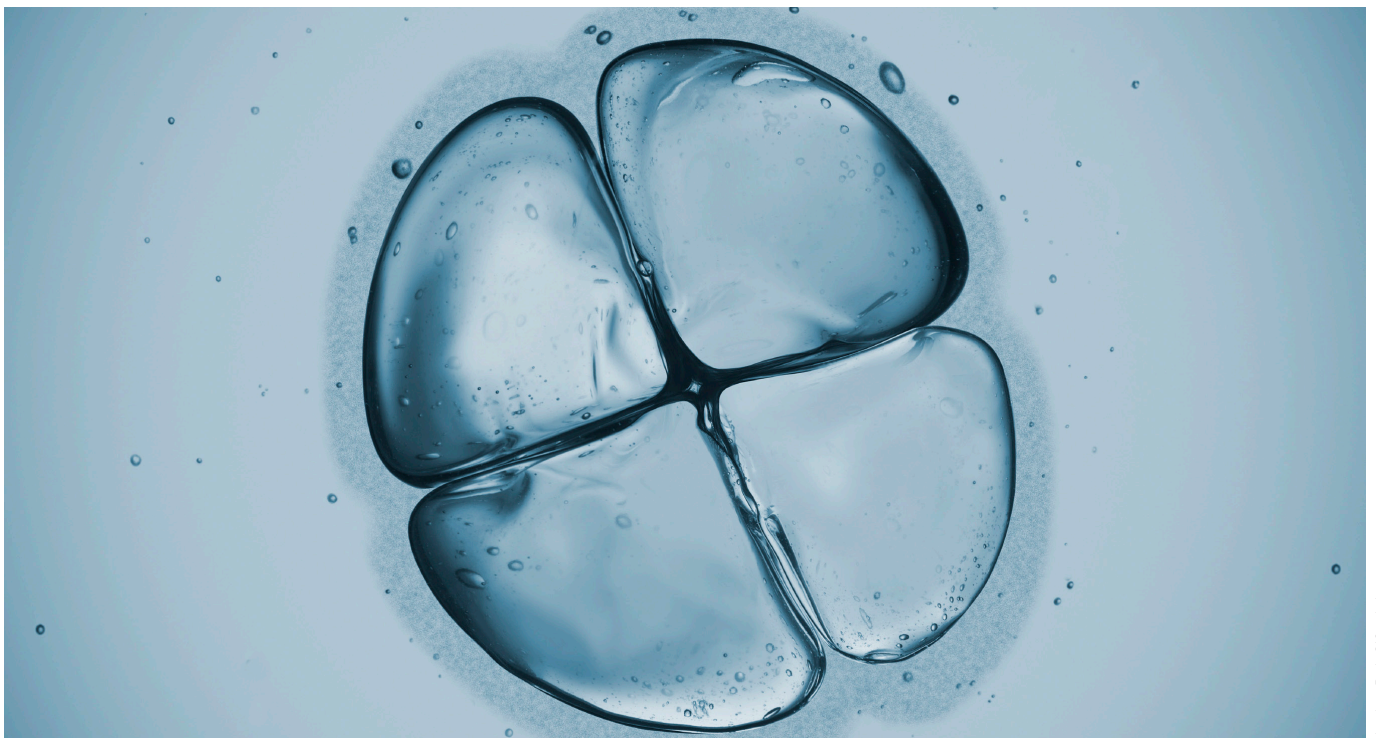
Jorge Apolaya

**DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN:**

Julissa Soriano

# ASPECTOS BIOÉTICOS DEL ABORTO EN CHILE

TOMADO DE LA REVISTA CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA 2013; 78



Ugurhan Beir@Stockphoto

UN PRIMER ASPECTO A CONSIDERAR ES LO BIOÉTICO DE NUESTRA CONSTITUCIÓN RESPECTO A LA VIDA Y LA PERSONA HUMANA. EL CAPÍTULO III DE LA CONSTITUCIÓN DE CHILE, TRATA DE LOS DERECHOS Y DEBERES CONSTITUCIONALES (1). DICE EL ARTÍCULO 19: LA CONSTITUCIÓN ASEGURA A TODAS LAS PERSONAS: 1º. EL DERECHO A LA VIDA Y A LA INTEGRIDAD FÍSICA Y PSÍQUICA DE LA PERSONA. LA LEY PROTEGE LA VIDA DEL QUE ESTÁ POR NACER.

En muchas constituciones la vida biológica del embrión pre-implantacional se transforma en sujeto de protección legal desde la implantación o nidación en el endometrio. Otras legislaciones consideran al embrión como persona humana a partir de la generación de células madres del sistema nervioso, o de la placa neural (2).

El citado texto redactado y contextualizado, ha interpretado al embrión pre-implantacional como persona humana, por organismos académicos expertos, desde la concepción o fusión de los pronúcleos óvulo-espermatozoide (3). Esta interpretación coincide con el criterio del magisterio de la Iglesia Católica, pero no se condice con sus propias interpretaciones teológicas del comienzo del ser humano como persona (4).

**El secreto profesional y la confidencialidad se describe en los artículos 29 al 38 y es inherente a la profesión. Solo puede ser develado a solicitud del paciente o con su autorización en documento firmado, el secreto incluye toda la información relativa al paciente, se debe cautelar las medidas para mantener la confidencialidad, incluyendo los registros de información y publicaciones científicas.**

La *Academia Pontificia para la Vida* dice: “¿De todo ello se puede concluir que el embrión humano en la fase de la pre-implantación ya es realmente una persona? Es obvio que, tratándose de una interpretación filosófica, la respuesta a esta pregunta no es de «fe definida» y permanece abierta, en cualquier caso, a ulteriores consideraciones” (5). En general todas las religiones están abiertas a los derechos humanos y civiles de la mujer (6). La pregunta es: ¿Es bioético redactar una Constitución en contextos que se preste a interpretaciones ambiguas? ¿Se considera aceptable por la bioética que una determinada filosofía imponga principios básicos como verdades absolutas a toda una población que ni siquiera profesa esa filosofía o creencia? ¿Es bioético que un artilugio de contexto suprima el ejercicio de derechos humanos fundamentales relacionados con la reproducción humana?

Un segundo aspecto se refiere a lo declarado por el Colegio Médico de Chile y lo normado por el Ministerio de Salud, acerca de la conducta bioética de los profesionales de la salud. El Código de *Ética del Colegio Médico dice en el Título II: Deberes Generales del Médico, artículo 8: Respeto de la vida humana desde su inicio y hasta su término constituye el fundamento básico del ejercicio profesional médico. Toda intervención médica realizada durante los nueve meses de gestación, deberá velar siempre por el mejor interés de la madre y del hijo. En este texto no se determinan límites de inicio, pero se dan prioridades de la madre y del hijo.*

El secreto profesional y la confidencialidad se describe en los artículos 29 al 38 y es inherente a la profesión. Solo puede ser develado a solicitud del paciente o con su autorización en documento firmado, el secreto incluye toda la información relativa al paciente, se debe cautelar las medidas para mantener la confidencialidad, incluyendo los registros de información y publicaciones científicas. El profesional no debe formar parte de bancos de datos o convenios donde se den datos confidenciales de pacientes. En el Artículo 38 se encuentran las excepciones donde se libera al médico para entregar información que son:

a) Enfermedades de declaración obligatoria, b) Lo ordenen los Tribunales de Justicia, c) Certificación de nacimientos y muertes, d) Evitar perjuicios graves al paciente o terceros y e) Datos para la defensa en juicios de mala práctica entablados por el paciente (7).

El Ministerio de Salud ha respaldado la confidencialidad en los casos de mujeres que requieran atención médica por complicaciones de salud asociadas a la realización de abortos. El Ordinario A15 N° 1675 del 24 de abril de 2009, basado en el Artículo 15° de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, establece: “Ninguna declaración que demuestre ha sido hecha como resultado de tortura pueda ser invocada como prueba en ningún procedimiento”.



milla1974/iStockphoto

En consecuencia y pese al tipo penal que describe como ilícito al aborto, los médicos y personal de salud no deben extraer confesiones sobre dicha conducta a las mujeres que requieran atención médica, como resultado de dicho ilícito, cuando con ello se vulnera el secreto profesional derivado de la relación de confidencialidad médicopaciente.

Dicha relación está especialmente protegida por la ley, cuando ésta establece la facultad de abstenerse de declarar en procesos penales por razones de secreto, tales como en los casos de médicos (Artículo 303 Código Procesal Penal). La ley también protege la relación médico-paciente y la convierte en un imperativo legal, cuando establece la obligación de guardar secreto en materias que por su naturaleza tengan dicho carácter (Artículo 61, letra h del Estatuto Administrativo).

Todo lo anterior es coincidente con las políticas sanitarias del Gobierno de Chile, que ha suscrito el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo en 1994, el cual

**Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento post-aborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos.**

establece que: “en todos los casos, las mujeres deberán tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento post-aborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos” [8]. Se incluyen los textos, puesto que se han realizado denuncias por parte de Directores de Maternidades, personal de Turno y directores de

Servicio, que han terminado en encarcelamiento de mujeres aun no mayores de 20 años, incluso menores de 16 años. A pesar de las indicaciones del Ordinario 1675 a los Directores Regionales de Salud y Directores de Hospitales, se siguen repitiendo los casos de denuncias de mujeres usuarias de Misoprostol que consultan por temor a tener complicaciones como un flujo rojo abundante.

El registro de este fármaco adquirido clandestinamente no tiene la evidencia de su consumo y sólo ha bastado la información del profesional denunciante para que la mujer tenga prisión preventiva que puede ser a



veces por 9 días o más. Esto esta absolutamente reñido con la bioética y no tiene justificación ninguna. Es una visión sesgada, particular y abuso de poder del denunciante. Es una acción desigual, vejatoria, estigmatizadora y con consecuencia de pérdida del empleo de la paciente (9,10).

Un tercer aspecto es el discurso del Código de Derecho Sanitario y lo que muestra la información del Departamento de Estadísticas e Informática del Ministerio de Salud (DEIS). El Artículo 119 del Código de Derecho Sanitario dice: “no podrá ejecutarse ninguna acción cuyo fin sea provocar un aborto”. No se conoce reglamento de esta ley. Chile es uno de los 5 países del mundo con una ley tan drástica. Los egresos hospitalarios por aborto entre el 2001 y 2010, reportados por el DEIS, según la CIE 10, alcanzaron un promedio anual de 33.451. Un 49,25% fueron por: embarazo ectópico (000), mola hidatiforme (001), otros productos anormales de la concepción y mola no hidatiforme (002), las complicaciones de estas causas (008) e intento fallido de aborto (007). El 50% son por indicaciones

**Es una visión sesgada, particular y abuso de poder del denunciante. Es una acción desigual, vejatoria, estigmatizadora y con consecuencia de pérdida del empleo de la paciente.**

de salud no contempladas en el Código de Derecho Sanitario (11).

Preguntado el Ministerio de Salud, en la Cámara de Diputados acerca de la necesidad para revisar la legislación por esta incongruencia, la respuesta fue: “En Chile no existen casos en los que se haga correr un riesgo imprudente para la salud de la madre o que la madre se ponga en riesgo vital con el afán de continuar con el embarazo. Y cada vez que los equipos médicos se

enfrentan a esta disyuntiva tratan a la madre aún si eso tiene como consecuencia indeseable el término del embarazo”. La conclusión fue que no era necesario revisar la ley.

Esto es una bioética reñida con la verdad. Se vulnera el principio de la justicia, pues queda a la decisión del profesional, cómo y cuándo ejecuta las acciones de una buena práctica como ha ocurrido con el embarazo ectópico, cuya intervención se ha postergado hasta que la indicación fuese por la complicación de ruptura de la trompa de Falopio, con riesgos innecesarios y afectando la fertilidad futura de la paciente, o

**La bioética en estos casos respeta las decisiones de las afectadas, pero las oportunidades las da la sociedad que asume con bioética las propuestas integrales de solución, y no se limita sólo a la judicialización de lo relacionado con la salud sexual y reproductiva.**

postergando un legrado uterino hasta no tener una hemorragia de un embarazo molar ya diagnosticado, o postergando la interrupción de un embarazo menor de 22 semanas por una sepsis materna grave, o por una crisis hipertensiva severa sin respuesta al tratamiento y signos de inminente ruptura hepática. Son casos de baja frecuencia pero de mucha gravedad, como hay muchos otros. Se afecta el principio de la No Maleficencia y de la Beneficencia.

Por cierto que quedan fuera todas las posibilidades de interrumpir un embarazo a solicitud de la madre, en el cual la vida intrauterina del embrión o del feto es incompatible, o con la certeza que su vida extrauterina al término será de minutos o semanas, -dada la gravedad e imposibilidad de reparación de las malformaciones- con todo el impacto que ello significa. Aquí se afecta el principio de Respeto por la Persona agregando un sufrimiento y una crueldad innecesaria.

Es muy evidente que otras consideraciones no serán jamás de resolución de profesionales individuales, pues al no haber legislación tampoco hay un sistema organizado para resolver temas de muy alta complejidad, como son los ya descritos, y esto es una grave falta a todos los principios conocidos de la bioética en el orden de la Salud Pública de una Nación.

En este contexto y forma de enfocar el aborto, será prácticamente imposible legislar en el complejo problema del aborto en casos de violación o

incesto. Esto involucra a una serie de instituciones y profesionales. La ejecución de la interrupción, si es necesaria, será de responsabilidad de un especialista calificado, pero la solución del problema no termina con el aborto. El impacto es psico-social individual y familiar, y por mucho tiempo de apoyo y seguimiento.

Recientemente, los medios informativos han dado cuenta de una adolescente menor abusada sexualmente por un adulto, pareja de su madre biológica. Aparentemente era un abuso sexual crónico. Al no tener una legislación, se han pasado a llevar todos los principios de la bioética y todas las buenas prácticas basadas en las evidencias. Una sociedad que esconde estos problemas no tiene una conducta bioética adecuada. Esta forma de enfocar un tema tan importante que afecta diariamente a muchas mujeres y familias necesita de legislación y dar las oportunidades de elección a la mujer abusada. La bioética en estos casos respeta las decisiones de las afectadas, pero las oportunidades las da la sociedad que asume con bioética las propuestas integrales de solución, y no se limita sólo a la judicialización de lo relacionado con la salud sexual y reproductiva.

El cuarto aspecto es analizar la posición bioética de la FIGO en algunos temas atinentes al aborto, pues la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología (SOCHOG) está afiliada como sociedad científica y con responsabilidades crecientes en ella, en estos últimos 30 años [12].

La reproducción natural humana es un proceso que comprende la producción de gametos masculinos y femeninos y su unión durante la fertilización. El embarazo es la parte del proceso que comienza con la implantación del "conceptus" en el seno de una mujer, y que termina con el nacimiento de un bebé o con un aborto.

Respecto a los aspectos éticos en el manejo de anomalías congénitas, son severas las que pueden resultar en muerte o una discapacidad severa. No hay una definición médica del umbral de severidad de la enfermedad o anomalía fetal, ni tampoco existe una definición de vida "normal" para un neonato. Una mujer tiene el derecho a discutir el acceso a la terminación del embarazo, en caso que sea permitido en su país. La decisión de continuar o terminar el embarazo debe ser una decisión individual y que recae en la mujer.

Ninguna mujer, más allá de la práctica del cribado ultrasónico rutinario, debe someterse al proceso de diagnóstico prenatal sin estar plenamente informada de sus objetivos, la eventual terminación del embarazo, y del riesgo potencial de aborto involuntario. Si después de un diagnóstico prenatal los padres optan por continuar el embarazo, se debe proporcionar la atención adecuada al recién nacido severamente enfermo o malformado.

Profesor Dr. Ramiro Molina Cartes. *Declaración de conflictos de interés*: El autor de esta editorial es un creyente no afiliado a ninguna religión, partido político u organización filosófica o cultural confesional. Es un asociado libre a la Escuela de Salud Pública, al Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Chile y a la SOCHOG y otras Sociedades Científicas. ●

## ● REFERENCIAS

1. Constitución Política de la República de Chile. 17 septiembre de 2005. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=242302>. Acceso: 10 de agosto de 2013.
2. UNSW Embryology. Disponible en: [http://php.med.unsw.edu.au/embryology/index.php?title=Neural\\_System\\_Development](http://php.med.unsw.edu.au/embryology/index.php?title=Neural_System_Development). Acceso: 10 de agosto de 2013.
3. Aborto Terapéutico. Consideraciones médicas, éticas, jurídicas y del magisterio de la Iglesia Católica. Facultad de Medicina. Centro de Bioética. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Centro de Estudios Avanzados. Pontificia Universidad Católica de Chile. pp 23-24. Producción Gráfica Víctor Donaire, 2002.
4. El embrión humano en la fase de la preimplantación. Aspectos científicos y consideraciones bioéticas. Ciudad del Vaticano, 8 de junio de 2006. Disponible en: [http://www.medicoscatolicos.org.ar/documents/vol\\_emb\\_r\\_spa.pdf](http://www.medicoscatolicos.org.ar/documents/vol_emb_r_spa.pdf). Acceso: 10 de agosto de 2013.
5. El embrión humano en la fase de la preimplantación. Pontificia Academia Pro Vita XII Asamblea. Congreso Internacional. Declaración Final. 26 de marzo de 2006. Disponible en: <http://www.noticiasglobales.org/documentoDetalle.asp?numero=57>. Acceso el 10 de agosto de 2013.
6. Capítulo 8. Valores religiosos: pp 107-133 En: El drama del aborto. Aníbal Faúndez, José Barzelatto. Editores del Grupo TM s.a. Bogotá, Colombia. 2005.
7. Nuevo Código de Ética Colegio Médico de Chile A.G. Ed. Atenas Limitada. 2004.
8. Ministerio de Salud de Chile. Ordinario 1675, 24 de abril de 2009.
9. Lidia Casas. Mujeres procesadas por aborto. LOM ediciones. Santiago, Chile. 1996.
10. Encarceladas. Leyes contra el aborto en Chile. Un análisis de los derechos humanos. María Isabel Matamala Vivaldi. Printed in Canada. 1998.
11. Molina R, Molina T. Perfil de los egresos hospitalarios por abortos. 2001-2010. Información DEIS. Ministerio de Salud de Chile. En publicación.
12. FIGO. Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology. By the FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. London, October 2009. Disponible en: <http://www.figo.org/files/figo-corp/Ethical%20Issues%20-%20English.pdf>. Acceso 10 de agosto de 2013.



# I TALLER PARA LA CONFORMACIÓN DE UNA RED DE PROFESIONALES PARA MEJORAR EL ACCESO DE LA MUJERES AL ABORTO TERAPÉUTICO

## ● INTRODUCCIÓN

A PESAR DE QUE EL ABORTO TERAPÉUTICO (AT) ESTÁ APROBADO POR LEY EN EL PERÚ DESDE EL AÑO 1924, RECIENTEMENTE DESDE EL MINISTERIO DE SALUD (JUNIO 2014) HA SIDO APROBADA LA GUÍA NACIONAL PARA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO POR RAZONES TERAPÉUTICAS; SIN EMBARGO LAS MUJERES PERUANAS NO DISPONEN DE UN ADECUADO ACCESO A LOS SERVICIOS EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS. ESTA DEFICIENCIA ES EN GRAN MEDIDA RESPONSABLE DE QUE LAS CAUSAS INDIRECTAS DE MUERTE MATERNA SE ESTÁN ACERCANDO AL 30% DEL TOTAL DE DEFUNCIONES.

Los profesionales de la salud de los establecimientos públicos de salud que prestan servicios de salud sexual y reproductiva carecen de información suficiente y mantienen aún estigmas contra las mujeres que se interrumpen la gestación y contra los profesionales que las atienden, debido a que falta aún estandarizar la atención para seguridad de las mujeres y de los profesionales.

La sociedad civil, en alianza con el gremio médico y con organizaciones de mujeres, ha desarrollado intensa actividad en Lima y en algunas regiones del país, con el propósito de discutir y aprobar localmente protocolos para la atención del AT, habiendo conseguido hacerlo realidad en 10 hospitales. Así mismo ha desarrollado actividades de fortalecimiento de la atención en esos establecimientos, a fin de lograr la extensión de las atenciones y el mejoramiento de la calidad de las mismas.

Con estos antecedentes, esta alianza se propone constituir una Red de profesionales del sector público, comprometidos con la prestación de servicios de AT para mejorar el acceso de las mujeres que requieren de esta atención.

## ● OBJETIVO A LARGO PLAZO

Contribuir a mejorar la calidad de atención y el acceso a los servicios públicos de salud sexual y reproductiva de las mujeres.

## ● OBJETIVO DE CORTO PLAZO

Ampliar el acceso de las mujeres al aborto legal.

## ● DESARROLLO DEL TALLER

Con la asistencia de 29 participantes, autoridades del Ministerio de Salud, de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología y de Promsex y la participación de profesionales de Hospitales públicos de la ciudad de Lima se dio cumplimiento al Programa preparado para el Taller, según el siguiente orden.

### /// Sesión Inaugural

**El Dr. Luis Távara**, Coordinador del evento abrió la sesión. Saludó a los participantes y presentó a los integrantes de la Mesa de Honor

**La Lic. Rossina Guerrero**, Directora de Incidencia Política de Promsex, saludó a los participantes y expresó que para su institución es muy grato ser parte de este evento, en donde puede observarse claramente la concurrencia de instituciones en una verdadera alianza estratégica. Deseó éxitos.

**El Dr. Santiago Cabrera**, Presidente electo de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, expresó su satisfacción por la realización de este evento y manifestó su seguridad de que esta reunión será el inicio de otras similares para amalgamar este grupo y contribuir al acceso de las mujeres al aborto terapéutico.

**La Dra. Irma Ramos**, a nombre del Director de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud, dio igualmente la bienvenida a los participantes y mencionó el interés que tiene el Ministerio de mejorar la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva. Declaró inaugurado el Taller.

**El Dr. Luis Távara**, Presidente del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la SPOG presentó el taller, la metodología que se iba a seguir y describió las generalidades de cada sesión. A continuación invitó a los participantes a presentarse ante los demás.

Se desarrollaron 5 sesiones en las que se discutió los temas:

- Mirada histórica del aborto terapéutico
- El aborto terapéutico desde una mirada de las mujeres y de la sociedad civil
- El aborto terapéutico desde una mirada jurídica
- Rol de las Sociedades Científicas en la defensa del acceso de las mujeres al aborto terapéutico
- Importancia de la Guía Técnica Nacional para la Interrupción del Embarazo por Razones de Salud
- Situación actual del aborto terapéutico en el Perú

## ● CONCLUSIONES

Los participantes en el Taller identificaron como barreras para la entrega de servicios de aborto terapéutico:

1. Conformación de la Junta Médica, porque no siempre se encuentran disponibles diversos especialistas
2. Dificultades en la interpretación que debe hacer la Junta Médica de cada caso en particular
3. Desconocimiento de la Guía por parte de los médicos
4. Excesivos trámites burocráticos dispuestos por la Guía
5. Confusión en lo referente a la persona que debe hacer la solicitud para el aborto terapéutico
6. Deficiente sensibilización y capacitación de los médicos
7. Frecuentemente no se considera las malformaciones congénitas como causal salud, desconociendo la definición integral de salud de la OMS
8. Falta apoyo o compromiso de otras especialidades médicas
9. Deficiencias en la documentación y registro de casos de aborto terapéutico
10. Deficiencias en los reportes estadísticos
11. Oposición de algunos médicos a través de la objeción de conciencia
12. Ambivalencia de parte de los profesionales de Ginecología y Obstetricia
13. Deficiente empoderamiento de las mujeres en su derecho al aborto terapéutico

## ● RECOMENDACIONES

Para responder a esas barreras los participantes propusieron como intervención y a la vez contenido de próximas reuniones:

- Conformar las Juntas Médicas con profesionales idóneos
- Difundir la Guía Nacional en Eventos especiales en cada uno de los establecimientos
- Discutir en profundidad la causal salud para el aborto terapéutico
- Realizar sensibilización y capacitación a los profesionales de la salud
- Sensibilizar a otros especialistas para la referencia oportuna de las usuarias
- Reducir la tramitología en los hospitales a través de la conformación de una Red
- Mejorar los registros y las estadísticas hospitalarias mediante la utilización del SIP y de la CIE 10
- Documentar y discutir casos concretos atendidos en los hospitales
- Fortalecer en los profesionales la Bioética y la Clarificación de Valores
- Discutir la mejor forma de responder a opiniones y afirmaciones confusas
- Fortalecer la planificación familiar post aborto, en especial los métodos anticonceptivos de larga duración



redpaas

RED PERUANA  
DE APOYO AL ACCESO  
AL ABORTO SEGURO

[www.redpaas.org](http://www.redpaas.org)