

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DEL PERÚ**

**Escuela de Posgrado**



**Conocimientos y percepciones de las mujeres sobre la  
implementación de la guía técnica nacional para la  
estandarización del procedimiento de la atención integral de  
la gestante en la interrupción voluntaria por indicación  
terapéutica del embarazo menor de 22 semanas en dos  
hospitales de Lima Metropolitana  
(De agosto del 2018 a marzo del 2020)**

**Tesis para obtener el grado académico de Maestro en Gerencia Social  
con mención en Gerencia de Programas y Proyectos de Desarrollo que  
presenta:**

**Alejandro Fernando Cisneros Dávila**

**Asesor:  
Luis Alex Alzamora De los Godos Urcia**

**Lima, 2024**


## Informe de Similitud

Yo, Luis Alex Alzamora De Los Godos Urcia, docente de la Escuela de Posgrado de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor de la tesis titulado Conocimientos y percepciones de las mujeres sobre la implementación de la guía técnica nacional para la estandarización del procedimiento de la atención integral de la gestante en la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de 22 semanas en dos hospitales de Lima Metropolitana (De agosto del 2018 a marzo del 2020), del autor Cisneros Davila, Alejandro Fernando, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 11%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 25/07/2024.
- He revisado con detalle dicho reporte y la Tesis o Trabajo de investigación, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha:

Lima, 25 de Julio de 2024.

Apellidos y nombres del asesor: Alzamora De Los Godos Urcia, Luis Alex	
DNI: 18133490	Firma
ORCID: 0000-0003-1315-102X	

## DEDICATORIA

Le dedico esta investigación a mis padres y mi pareja que han sido siempre una guía para avanzar en mi vida profesional y personal.



## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a las mujeres que brindaron su testimonio, por su enorme valentía y coraje para contar sus historias y a los y las especialistas que brindaron información relevante para entender la complejidad del tema abordado en este estudio.



## RESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación plantea determinar desde las usuarias del servicio, cuál es la situación del proceso de interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de 22 semanas, en dos hospitales de Lima: Hospital María Auxiliadora y el Instituto Nacional Materno Perinatal, lo que permitirá saber cómo se está cumpliendo con la implementación de la norma y qué factores clave deben ser reforzados en el servicio que brindan los establecimientos de salud, conducentes a mejorar cada parte del proceso de atención a las mujeres.

Los objetivos de la investigación son identificar el nivel de conocimiento de las mujeres sobre la interrupción voluntaria del embarazo menor de 22 semanas, conocer la percepción de las mujeres en relación con la calidad de los servicios que reciben en los establecimientos de salud, conocer las expectativas y demandas de las mujeres con relación a la implementación de la interrupción voluntaria del embarazo e identificar áreas de mejora en el servicio que brindan los establecimientos de salud.

La investigación de tipo cualitativa se desarrolló a través de entrevistas individuales semiestructuradas en profundidad a mujeres que fueron atendidas a causa de una interrupción voluntaria del embarazo. Asimismo, para complementar la información se entrevistó a prestadores de servicios de salud de los hospitales considerados en la investigación y especialistas gubernamentales y de sociedad civil con experiencia en la temática. En el caso de las usuarias del servicio se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando mujeres de los dos establecimientos de salud, para lo cual se entrevistó a 26 mujeres entre los años 2018 al 2020.

El conocimiento limitado acerca del aborto terapéutico y de los procesos a seguir para su implementación, la hace ver como un proceso complejo. En las entrevistas realizadas a los especialistas en salud podemos identificar que ante el desconocimiento varios profesionales optan por no atender el procedimiento o si lo hacen lo sub registran como aborto incompleto u otra causa para evitar realizar los trámites administrativos. El registro inadecuado de los casos genera la pérdida de información de mujeres que acuden a los servicios y requieren ser atendidas en el marco del protocolo, lo que no permite contar con cifras exactas.

Para lograr mayor difusión del protocolo, es necesario que se informe a través de diferentes medios de comunicación, redes sociales, charlas en todos los niveles del sector salud y se fortalezcan las capacidades de los profesionales para que difundan la norma, identifiquen los casos y den la adecuada información a quien lo necesite.

Las oportunidades de mejora contempladas pasan por la progresividad en la implementación del protocolo, para lo cual se debe incrementar el presupuesto considerado para garantizar su implementación. El presupuesto debe considerar acciones para mejorar el equipamiento y mobiliario donde se brinda el servicio, la sensibilización del personal de salud, la difusión del protocolo tanto al personal del establecimiento de salud como a las mujeres en el marco de su derecho a contar con toda la información necesaria para lograr el estándar más alto de salud posible.

Se debe ampliar el marco legal para que las mujeres puedan acceder al aborto, una primera opción sería analizar la ampliación de las causales para acceder al aborto legal y luego revisar la legislación para aprobar un marco normativo que posibilite el acceso sin restricciones al aborto hasta determinado periodo de embarazo, con lo cual se mejoraría el acceso a servicios de aborto seguro y disminuirían los procedimientos clandestinos que ponen en riesgo la salud y la vida de las mujeres.

## **ABSTRACT**

The present investigation proposes to determine from the users of the service, which is the situation of the process of voluntary interruption by therapeutic indication of pregnancy under 22 weeks, in two hospitals of Lima: Maria Auxiliadora Hospital and the National Institute of Perinatal Maternity, which will allow to know how the implementation of the norm is being fulfilled and which key factors should be reinforced in the service that the health establishments offer, leading to improve each part of the process of attention to women.

The objectives of the research are to identify the level of knowledge of women about voluntary termination of pregnancy under 22 weeks, to know the perception of women in relation to the quality of services they receive in health facilities, to know the expectations and demands of women in relation to the implementation of voluntary termination of pregnancy and to identify areas of improvement in the service provided by health facilities

The qualitative research was developed through individual semi-structured in-depth interviews with women who were treated for a voluntary termination of pregnancy. To complement the information, health service providers from the hospitals considered in the research and government and civil society specialists with experience in the field were interviewed. In the case of the service users, a non-probabilistic sampling was carried out for convenience, considering women from the two health facilities, for which 26 women were interviewed between 2018 and 2020.

The limited knowledge about therapeutic abortion and the processes to follow for its implementation makes it seem like a complex process. In the interviews conducted with health specialists we can identify that in the face of this lack of knowledge several professionals choose not to attend the procedure or if they do, they under-register it as an incomplete abortion or another cause to avoid carrying out the administrative procedures. The inadequate registration of cases generates the loss of information of women who come to the services and require attention within the framework of the protocol, which does not allow for exact figures.

To achieve greater dissemination of the protocol, it is necessary to inform through different media, social networks, talks at all levels of the health sector and strengthen the capacities of professionals to disseminate the standard, identify cases and provide adequate information to those who need it.

The opportunities for improvement contemplated go through the progressive implementation of the protocol, for which the budget considered should be increased to guarantee its implementation. The budget should consider actions to improve the equipment and furniture where the service is provided, the sensitization of the health personnel, the dissemination of the protocol both to the health facility staff and to the women within the framework of their right to have all the necessary information to achieve the highest possible health standard.

The legal framework should be broadened to allow women to access abortion. A first option would be to analyze the broadening of the grounds for access to legal abortion and then to review the legislation to approve a regulatory framework that would allow unrestricted access to abortion up to a certain period of pregnancy, thus improving access to safe abortion services and reducing clandestine procedures that put women's health and lives at risk.

## INDICE GENERAL

Informe de similitud .....	2
Dedicatoria.....	3
Agradecimientos.....	4
Resumen ejecutivo .....	5
Abstract .....	6
Siglas y abreviaturas .....	12
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>14</b>
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	15
1.1.1 La situación del aborto a nivel mundial.....	15
1.1.2 El aborto en el Perú.....	17
1.1.3 Situación del aborto terapéutico en el país.....	18
1.2. Formulación del problema.....	20
1.2.1 Problema general .....	20
1.2.2 Problemas específicos .....	20
1.3. Justificación de la investigación .....	20
1.4. Objetivos.....	20
1.4.1. Objetivo general .....	20
1.4.2. Objetivos específicos .....	20
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>22</b>
2.1. Antecedentes de la investigación .....	22
2.1.1. Antecedentes internacionales .....	22
2.1.2. Antecedentes nacionales .....	23
2.2. Bases teóricas .....	24
2.2.1. Hospitalizaciones y muertes relacionadas al aborto clandestino.....	24
2.2.2. Satisfacción de usuarios y factores asociados.....	25
2.2.3. Modelo de evaluación de la calidad de la atención: SERVQUAL.....	26
2.2.4. Relación entre la difusión del Protocolo de Aborto Terapéutico y el nivel de atención .....	27
2.2.5. Enfoque de derechos .....	28
2.2.6. Principios de Igualdad y no discriminación .....	28
2.3. Marco conceptual .....	29
2.4. Contexto legal.....	30
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>35</b>
3.1. Naturaleza de la investigación .....	35
3.2. Forma de la investigación .....	35
3.3. Fuentes de información.....	35
3.4. Muestra.....	35
3.5. Unidad de análisis .....	35
3.6. Variables.....	35
3.7. Técnicas e instrumentos de recojo de información .....	36
3.8. Proceso de recolección de datos.....	36
3.9. Técnica para el procesamiento y análisis de datos.....	37
3.10. Aspectos éticos .....	37
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....</b>	<b>38</b>
4.1. Conocimientos de las mujeres sobre la interrupción del embarazo.....	38
4.2. Implementación del protocolo de aborto terapéutico .....	44
4.3. Expectativas relacionadas a la atención y los servicios recibidos. ....	52
4.4. Oportunidades de mejora identificadas en el servicio que brindan	

los establecimientos de salud, sobre el aborto terapéutico.....	58
Conclusiones.....	62
Recomendaciones.....	66
Bibliografía.....	68
Anexos.....	73





## INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Tendencia mundial del aborto, procedimientos cada 1000 mujeres de 15 a 44 años.....	16
Figura 2: Perfil de quien aborta, interrupciones por cada 1000 mujeres de 15 a 44 años.....	17
Figura 3: Dimensiones y atributos relacionados a la calidad del servicio, modelo SERVQUAL.....	26
Figura 4: Panorama legal del aborto en el mundo.....	31



## INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Relación entre la difusión y capacitación del PAT y nivel de acceso a la atención de Abortos Terapéuticos, año 2016..... 27

Tabla 2: Perú - Personas detenidas y sentenciadas por delito de aborto.....33



## INDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Instrumento I – Guía de entrevista semiestructurada para usuarias del servicio.....	73
Anexo 2: Instrumento II – Guía de entrevista semiestructurada para personal de salud .....	77
Anexo 3: Instrumento III – Guía de entrevista semiestructurada para expertas/os en el tema .....	81
Anexo 4: Consentimiento Informado.....	84



## SIGLAS Y ABREVIATURAS

AMEU	Aspiración Manual Endouterina
AOE	Anticoncepción Oral de Emergencia
AT	Aborto Terapéutico
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DISA	Dirección de Salud
DIU	Dispositivo Intrauterino
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
EE.UU.	Estados Unidos de Norteamérica
GERESA	Gerencia Regional de Salud
HG	Mercurio
HIS	Health Information System
ILE	Interrupción Legal del Embarazo
INDECOPI	Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual
INMP	Instituto Nacional Materno Perinatal
IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MINSA	Ministerio de Salud
MINJUS	Ministerio de Justicia y Derechos Humanos

MM	Milímetros
MYSU	Mujer y Salud en Uruguay
NI	No Informa
ONG	Organización No Gubernamental
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAT	Protocolo de Aborto Terapéutico
RENADESSPLE	Registro Nacional de Detenidos y Sentenciados a Pena Privada de Libertad Efectiva
RM	Resolución Ministerial
SERVQUAL	Service Quality
SIS	Seguro Integral de Salud
SUSALUD	Superintendencia Nacional de Salud
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

## CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El aborto clandestino, es uno de los principales riesgos a los que se exponen las mujeres en el Perú y el mundo. De acuerdo con la investigación realizada por Ferrando, se estima que en el Perú cada año 370,000 mujeres recurren al aborto clandestino, poniendo en riesgo su vida. Esta práctica es realizada principalmente por mujeres pobres de la zona rural y urbana y las adolescentes. “La proporción de mujeres en edad fértil que realizan un aborto es de 5,3 por cada 100” (Ferrando 2006:29).

El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades reporto que el 8.5% de las muertes maternas, tuvieron como una causa obstétrica directa al aborto y sus complicaciones (2017: 1648 -1651). Estos casos en su mayoría podrían haberse prevenido, si las mujeres hubieran encontrado un mecanismo adecuado para realizar un aborto en forma segura, incluyendo espacios accesibles y confiables.

En el marco legal peruano el aborto está penalizado; El código penal aprobado por Decreto Legislativo N° 635, el 8 de abril de 1991 contempla un capítulo relacionado al aborto donde se indican los siguientes delitos:

**Autoaborto:** Artículo 114°. - La mujer que causa su aborto, o consciente que otro le practique, será reprimida con pena privativa de libertad no mayor de dos años o con prestación de servicio comunitario de cincuenta a ciento cuatro jornadas.

**Aborto consentido:** Artículo 115°. - El que causa el aborto con el consentimiento de la gestante, será reprimido con pena privativa de la libertad no menor de uno, ni mayor de cuatro años. Si sobreviene la muerte de la mujer y el agente pudo prever este resultado, la pena será no menor de dos ni mayor de cinco años.

**Aborto sin consentimiento:** Artículo 116°. - El que hace abortar a una mujer sin su consentimiento, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de tres ni mayor de cinco años. Si sobreviene la muerte de la mujer y el agente pudo prever este resultado, la pena será no menor de cinco ni mayor de diez años.

**Agravación de la pena por la calidad del sujeto:** Artículo 117°. - El médico, obstetra, farmacéutico, o cualquier profesional sanitario, que abusa de su ciencia o arte para causar el aborto, será reprimido con la pena de los artículos 115° y 116° e inhabilitación conforme al artículo 36°, incisos 4 y 8.

**Aborto preterintencional:** Artículo 118°. - El que, con violencia, ocasiona un aborto, sin haber tenido el propósito de causarlo, siendo notorio o constándole el embarazo, será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de dos años, o con prestación de servicio comunitario de cincuenta a ciento cuatro jornadas (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos 1991: 95-96)

Frente a estos artículos que criminalizan el aborto, existe como excepción el aborto terapéutico, el cual está contemplado en el artículo 119° del código penal, “No es punible el aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal, si lo tuviere, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente” (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos 1991: 35). Esto nos plantea una posibilidad restrictiva para el ejercicio del derecho a decidir de las mujeres, considerando como causales la vida y la salud.

El aborto terapéutico existe desde el año 1924 en el Perú, pero recién luego de 90 años se aprobó su protocolo a través de la Resolución Ministerial N° 486-2014 del Ministerio de Salud, publicada el 28 de junio del 2014 en el diario oficial El Peruano, estableciendo diez “entidades clínicas para la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado, cuando es el único

medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente” (Ministerio de Salud 2014: 2). Asimismo, existe la causal 11 como una cláusula abierta: “Cualquier otra patología materna que ponga en riesgo la vida de la gestante o genere en su salud un mal grave y permanente, debidamente fundamentada por la Junta Médica” (Ministerio de Salud 2014: 3).

Además, en el protocolo se plantea un plazo máximo de 6 días para la duración de todo el procedimiento, bajo responsabilidad del personal involucrado del establecimiento de salud; así como el nivel II-E para los establecimientos en los que se puede realizar un aborto legal, utilizando los métodos recomendados por la Organización Mundial de la Salud como la aspiración de vacío manual o eléctrica o medicamentos como la mifepristona y misoprostol, según corresponda. (2012: 31).

Investigaciones operativas realizadas por organizaciones de sociedad civil y denuncias presentadas por diversas usuarias de los servicios de salud, dan cuenta de situaciones que representan barreras para el acceso de las mujeres al aborto terapéutico como, juicios de valor que realizan los prestadores de servicios sobre las decisiones de las mujeres, no guardar la confidencialidad, interpretaciones restrictivas de la causal salud y en algunos casos negar la prestación del servicio para realizar la interrupción. Algunos casos han sido judicializados, encontrándose responsabilidad en el Estado y clínicas privadas. Estas situaciones reflejan que es necesario conocer de forma más amplia que está sucediendo en la implementación del protocolo de aborto terapéutico, especialmente saber cuan informadas están las mujeres sobre este proceso, en el marco del ejercicio de sus derechos.

## **1.1. Descripción de la realidad problemática**

### **1.1.1 La situación del aborto a nivel mundial**

Según un artículo publicado en la revista The Lancet, 25 millones de mujeres al año en el mundo, se han expuesto a prácticas abortivas peligrosas, entre los años 2010 al 2014. De este total, los países ubicados en África, Asia y América Latina representan el 97% de abortos peligrosos (2017: 2372 -2381).

Comparando los períodos 1990-94 y 2010-14, según lo reportado en el informe del instituto Guttmacher, la mayor reducción en el número de abortos se realiza en las regiones desarrolladas, donde pasó de 46 casos en promedio a solo 27 casos. En los países en desarrollo en el mismo período paso de 39 casos a 36, evidenciándose que se mantiene en el mismo nivel (2018: 9-10).

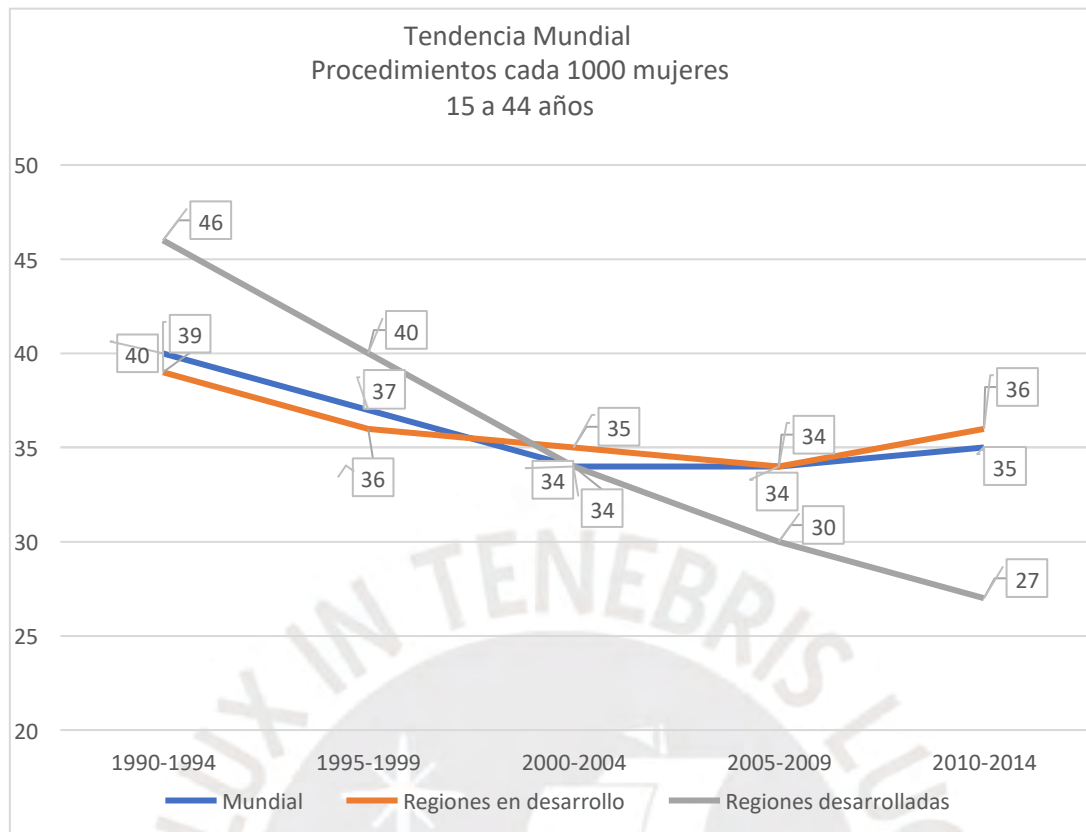


Figura 1: Tendencia mundial del aborto, procedimientos cada 1000 mujeres de 15 a 44 años. Fuente: Guttmacher Institute, 2018.

El Instituto Guttmacher señala que la tasa de aborto en América Latina y el Caribe, es una de las más altas del mundo, con 44 por mil mujeres en edad reproductiva en el año 2014, en comparación con 17 por mil en América del Norte, 29 por mil en Europa, 34 por mil en África, y 36 por mil en Asia (2018: 35).

“Se estima que en el período 2010– 2014, ocurrieron anualmente unos 6.5 millones de abortos inducidos en América Latina y el Caribe, un aumento respecto a los 4.4 millones ocurridos durante 1990–1994. La tasa anual de aborto, estimada en 44 procedimientos por 1,000 mujeres en edad reproductiva (15–44), tuvo un ligero aumento con respecto a los 40 por 1,000 del período 1990 –1994” (Guttmacher Institute 2018: 1).



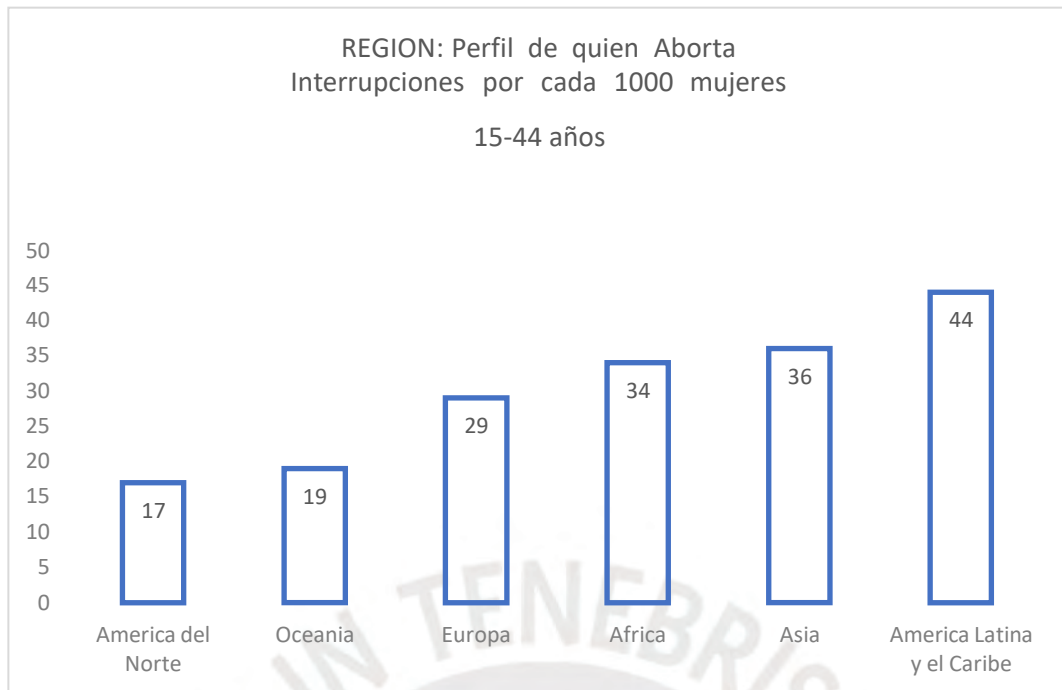


Figura 2: Perfil de quien aborta, interrupciones por cada 1000 mujeres de 15 a 44 años.  
Fuente: Guttmacher Institute, 2018.

Según lo indicado por el Instituto Guttmacher se estima que “en América Latina y el Caribe cada año ocurren 14 millones de embarazos no planeados y de estos el 46% terminan en aborto” (Guttmacher Institute 2018:2).

En los últimos 15 años, la situación mundial del aborto ha cambiado progresivamente con respecto a las leyes que lo regulan y los servicios provistos, si bien en los países en desarrollo aún la tasa de abortos es alta, se han iniciado debates, cambios en la legislación y protocolos para tener un mejor acceso. Asimismo, se evidencian esfuerzos en diferentes países para incrementar el uso de los métodos anticonceptivos e implementar la educación sexual integral.

### 1.1.2 El aborto en el Perú

De acuerdo con lo indicado por Ferrando, el año 2004 se realizaron aproximadamente 371,420 abortos clandestinos en el Perú, siendo en su mayoría mujeres pobres de las ciudades y el campo y adolescentes (2006:28-29).

En el año 2017, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud, reportó 375 muertes maternas, considerando un 8.5%, 32 muertes, como causas obstétricas directas relacionadas al aborto y sus complicaciones (2017: 1648-1650). En el caso de hospitalizaciones relacionadas a abortos inducidos, se calcula según Singh, Maddow-Zimet que para el año 2005 hubieron 28,652 mujeres hospitalizadas, disminuyendo esa cifra para el 2012 a 19,685 mujeres, debido según sus hipótesis a que se incrementó el acceso a los servicios de salud (2015:1489-1498).

De acuerdo a lo señalado por Decido Yo Actualmente en el Perú, es posible practicarse un aborto terapéutico. Es decir, cuando la interrupción del embarazo se hace ante el riesgo para la vida o para evitar un daño grave y permanente en la salud de la mujer. El aborto terapéutico se encuentra reglamentado a través de la Resolución Ministerial No. 486-2014, mediante la cual se aprobó la “Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante, en la Interrupción Voluntaria por

Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas, con consentimiento informado”, en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal.

### **1.1.3 Situación del aborto terapéutico en el país**

El aborto terapéutico esta despenalizado en el Perú desde el año 1924 y se encuentra contenido en el artículo 119° del código penal, el mismo que señala que “no es punible el aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal si lo tuviera, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente” (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos 1991:35).

Después de 90 años, en el 2014, el Ministerio de salud aprobó la Guía técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la atención integral de la gestante en la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo, menor de 22 semanas con consentimiento informado, la misma que establece el protocolo para su implementación y determina, entre otros aspectos, su aplicación en todos los estándares de salud a partir del II nivel de atención del sistema de salud nacional (2014: 2).

El procedimiento administrativo asistencial, indicado por el Ministerio de Salud para la implementación del protocolo es el siguiente:

El/la médico tratante que durante la atención de la gestante advierta que el embarazo pone en riesgo la vida de la gestante o causa en su salud un mal grave y permanente, informará a la embarazada sobre el diagnóstico, el pronóstico los riesgos graves a su vida o su salud y los procedimientos terapéuticos que correspondan.

A petición de la gestante el médico/a tratante presenta la solicitud escrita del caso a la Jefatura del Departamento de Gineco-Obstetricia con conocimiento de la Dirección General del establecimiento de salud.

La Jefatura del Departamento de Gineco-Obstetricia recibe la solicitud, y en la fecha constituye y convoca una Junta Médica, bajo responsabilidad. Debe además informar de inmediato a la Dirección General de lo actuado.

El/la médico/a tratante informará a la gestante o su representante legal la decisión de la Junta Médica. En caso que la Junta médica apruebe la interrupción del embarazo menor de veintidós semanas como indicación terapéutica para preservar la vida y la salud de la gestante, la gestante o su representante legal firmará el formulario para el consentimiento informado y la autorización del procedimiento, lo que será puesto en conocimiento de la Jefatura del departamento de Gineco-Obstetricia y de la Dirección General del establecimiento de salud.

La Jefatura del Departamento de Gineco-Obstetricia inmediatamente designará al médico/a que llevará a cabo el procedimiento, el cual será programado dentro de las siguientes veinticuatro horas, comunicando al Director general del establecimiento de salud la fecha y hora de la intervención; bajo responsabilidad.

El lapso de tiempo desde que la gestante solicita formalmente la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de veintidós semanas hasta que se inicia la intervención en forma oportuna que garantice la eficacia de la intervención, la que no debe exceder de seis días calendarios.

Una vez realizada la intervención, la Jefatura del Servicio o Departamento de Gineco-Obstetricia informará por escrito el resultado del procedimiento a la Dirección General del establecimiento.

Si la Jefatura del Departamento de Gineco Obstetricia incumpliera con convocar a la Junta Médica, el médico/a tratante informará al director o directora general del establecimiento de salud, quien constituirá y convocará en un plazo no mayor de veinticuatro horas, una Junta Médica, sin perjuicio de las responsabilidades a que hubiere lugar (Ministerio de Salud 2014:3).

La guía contempla, cuál sería el trámite a seguir en caso de que la Junta Médica concluya que no es recomendable proceder a la interrupción terapéutica del embarazo, ante lo cual: “la gestante podrá solicitar al Director General del establecimiento de salud que se realice una nueva junta médica con otros médicos, la cual deberá llevarse a cabo

en un plazo no mayor de 48 horas, bajo responsabilidad. En este caso el Director General, constituye y convoca por última vez a una segunda Junta Médica, pudiendo convocar a otros médicos/as especialistas del sector público o privado” (Ministerio de Salud 2014:4).

Es importante mencionar que, en caso de embarazo ectópico tubárico, ovárico, cervical o mola hidatiforme parcial con hemorragia de riesgo materno, la guía señala que no será necesario constituir ni convocar a la Junta Médica. (2014:2)

En este contexto, es necesario considerar que, el título preliminar XII de la Ley N° 26842: Ley General de Salud, menciona que existe el derecho a la libertad en el trabajo, pero “las razones de conciencia o de creencia no pueden ser invocadas para eximirse de las disposiciones de la autoridad de salud cuando de tal exención se deriven riesgos para la salud de terceros” (Congreso de la República 1997:3).

El acceso a la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de veintidós semanas, no solo es posible, según lo indicado en la guía, cuando la gestante esté en inminente peligro de muerte, sino que es suficiente con que exista amenaza de daño grave y permanente en su salud (2014:3). En ese sentido, la Organización Mundial de la Salud considera que “La Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (OMS 1946:1).

Las causales señaladas en la guía técnica para acceder al aborto terapéutico son:

1. Embarazo ectópico tubárico, ovárico, cervical.
2. Mola hidatiforme parcial con hemorragia de riesgo materno.
3. Hiperémesis gravídica refractaria al tratamiento con deterioro grave hepático y/o renal.
4. Neoplasia maligna que requiera tratamiento quirúrgico, radioterapia y/o quimioterapia.
5. Insuficiencia cardíaca congestiva clase funcional III-IV por cardiopatía congénita o adquirida (valvulares y no valvulares) con hipertensión arterial y cardiopatía isquémica refractaria a tratamiento.
6. Hipertensión arterial crónica severa y evidencia de daño de órgano blanco.
7. Lesión neurológica severa que empeora con el embarazo.
8. Lupus Eritematoso Sistémico con daño renal severo refractario a tratamiento.
9. Diabetes Mellitus avanzada con daño de órgano blanco.
10. Insuficiencia respiratoria severa demostrada por la existencia de una presión parcial de oxígeno < 50 mm de Hg y saturación de oxígeno en sangre < 85%. y con patología grave.
11. Cualquier otra patología materna que ponga en riesgo la vida de la gestante o genere en su salud un mal grave y permanente, debidamente fundamentada por la Junta Médica (Ministerio de Salud 2014:2-3).

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema general**

¿Cuáles son los conocimientos y percepciones de las mujeres sobre la implementación de la Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas en dos hospitales de Lima Metropolitana?

### **1.2.2 Problemas específicos**

1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las mujeres sobre la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas?
2. ¿Cuál es la percepción de las mujeres en relación a la calidad de los servicios que reciben en los establecimientos de salud sobre la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas?
3. ¿Cuáles son las expectativas y demandas de las mujeres con relación a la implementación de la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas?
4. ¿Cuáles son las áreas de mejora en el servicio que brindan los establecimientos de salud sobre la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas?

### **1.3. Justificación de la investigación**

La presente investigación es importante porque plantea determinar cuáles son los conocimientos y las percepciones de las mujeres relacionadas a la implementación del procedimiento de Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas, lo que permitirá saber desde las usuarias del servicio, como se está cumpliendo con la implementación de la norma y qué factores clave deben ser reforzados en el servicio que brindan los establecimientos de salud, conducentes a mejorar cada parte del proceso de atención a las mujeres.

Desde la Gerencia Social esta investigación es relevante, porque proporciona información útil para mejorar la planificación, control y evaluación de las estrategias que se implementan en el marco de esta política pública, lo cual se reflejará en mejorar la calidad de atención de los servicios, haciéndolos más accesibles para las mujeres, contribuyendo de esta forma en la disminución de la mortalidad materna a causa de abortos realizados en situaciones de riesgo. Asimismo, se podrá compartir la información con las direcciones regionales de salud, quienes deberán evaluar cómo se está cumpliendo con la implementación de esta política en cada una de sus regiones, favoreciendo el desarrollo de nuevas investigaciones en el tema.

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo general**

Determinar y analizar los conocimientos y percepciones de las mujeres, sobre la implementación de la Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas en dos hospitales de Lima Metropolitana.

### **1.4.2. Objetivos específicos**

1. Identificar y analizar el nivel de conocimiento de las mujeres sobre la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas.

2. Conocer y analizar la percepción de las mujeres en relación a la calidad de los servicios que reciben en los establecimientos de salud sobre la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas.
3. Conocer y analizar las expectativas y demandas de las mujeres con relación a la implementación de la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas.
4. Identificar áreas de mejora en el servicio que brindan los establecimientos de salud sobre la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas.



## **CAPITULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Antecedentes de la investigación**

#### **2.1.1. Antecedentes internacionales**

International Women´s Health Coalition y Mujer y Salud en Uruguay – MYSU, publicaron en el 2018 el informe “No es conciencia, cuando los proveedores niegan la atención del aborto”, la publicación es resultado de 3 días de presentaciones y grupos de trabajo que se realizaron en el marco de la reunión global: Objeción de conciencia y aborto: estrategias para afrontar sus efectos, la cual se realizó en agosto del 2017 en Uruguay, contando con 45 participantes de 22 países. El objetivo fue poner en relevancia el creciente uso de reivindicaciones religiosas o de conciencia por parte de los profesionales de la salud para justificar su negativa a prestar servicios de aborto, la práctica ha sido promovida agresivamente por movimientos antiabortistas. Como resultado, los encargados de la adopción de decisiones insertan deliberadamente en las leyes y políticas disposiciones que permiten a los proveedores negarse a prestar atención médica, lo que en la práctica anula el tan reñido derecho al aborto de muchas mujeres. (2018: 4 – 8). Finalmente, se plantearon una serie de recomendaciones para los actores involucrados incluyendo aquellos que abogan por el acceso al aborto seguro y legal y otros cuidados esenciales, algunas de estas recomendaciones plantean:

Reivindicar el concepto de conciencia. No ceder el término “conciencia” a aquellos que dan privilegio a la creencia personal sobre la conducta profesional y el derecho al acceso y a la prestación de atención sanitaria. Hacer visible que las reivindicaciones de conciencia producen, en el contexto de la prestación de servicios de aborto, consecuencias perjudiciales. Enfatizar el “compromiso de conciencia” y la conducta profesional de los proveedores que priorizan los derechos a la atención de salud de la población usuaria de los servicios. (International Women´s Health Coalition y Mujer y Salud en Uruguay – MYSU 2018:43)

Upadhyay, Ushma D y otros, desarrollaron en el 2014 la investigación titulada “Negación del aborto debido al proveedor, límites de la edad gestacional en los Estados Unidos”, la cual tuvo como objetivo revisar los factores que influyen en la demora para solicitar un aborto y los resultados para las mujeres a las que se les negó el aborto debido a los límites de la edad gestacional. La investigación comparo a un grupo de 452 mujeres que se presentaron para atención del aborto y que estaban por debajo de los límites de edad gestacional y recibieron atención, con 231 mujeres que estaban por encima de los límites de edad gestacional y se les negó el aborto en 30 establecimientos de EE.UU.

Se evidencia que las adolescentes y mujeres que no reconocieron sus embarazos a tiempo, retrasaron la búsqueda de atención médica, asimismo la razón más común de la demora en acceder a los servicios era tener que recaudar dinero para el viaje, cuando los servicios se brindaban en otras localidades y los costos del procedimiento. “Se estima que cada año se les niega el aborto a más de 4000 mujeres de EE.UU. debido a límites de gestación. Se observa que muchas leyes estatales restringen los abortos basados en la edad gestacional, y nuevas leyes están reduciendo aún más los límites. La incidencia para que se le niegue el aborto a las mujeres probablemente afectará de mayor manera a las mujeres jóvenes y pobres” (Upadhyay, Ushma D y otros, 2014:1687).

La Organización Mundial de la Salud publicó en el 2012, “Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud”, la cual fue una actualización de su publicación del año 2003. La guía plantea:

Contar con prácticas recomendadas basadas en la evidencia para ofrecer atención para un aborto sin riesgos y proteger la salud de las mujeres. Un panel internacional de expertos, repaso y reviso el borrador de las recomendaciones sobre la base de los

perfiles de evidencia, mediante un proceso participativo e impulsado por el consenso: Si bien los contextos legales, regulatorios, políticos y de la prestación de servicios pueden variar de un país a otro, el objetivo de las recomendaciones y prácticas recomendadas descritas en el documento es permitir que se tomen decisiones relacionadas con la atención para un aborto sin riesgos basadas en la evidencia (OMS 2012: 2).

La organización Mujer y Salud en Uruguay (MYSU) de Uruguay publicó el 2017 el informe “Seguimiento a la implementación de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto en 10 de los 19 departamentos del país, Sistematización de resultados”, el objetivo de este estudio fue monitorear la implementación de los servicios creados por la ley 19987 del 2012 sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). El monitoreo se realizó entre los años 2013 y 2017 en 10 departamentos de Uruguay donde vive el 64% de población.

Como parte de los resultados del monitoreo se detectaron “fugas” en el sistema. Esto podría significar que muchas mujeres aún recurren al circuito clandestino para abortar. Durante la ruta legal de IVE las mujeres se enfrentan a falta de información sobre la ley y los servicios, objeción de conciencia, falta de profesionales y servicios que no funcionan todos los días. Se observa que los servicios de aborto no son bien promovidos. En general, ni los proveedores de salud ni el Ministerio de Salud Pública del Uruguay difunden información sobre los servicios de aborto, por lo tanto, hay mujeres que desconocen la disponibilidad de estos, no los utilizan, llegan por el “boca a boca” o a través de una indagación dentro del centro de salud. No tener información adecuada puede poner a las mujeres en riesgo y fuera de la cobertura de la ley. (Mujer y Salud en Uruguay - MYSU 2017: 7-8).

Finalmente, el monitoreo plantea como uno de los desafíos más relevantes: “difundir los servicios de aborto para que las mujeres no incurran en abortos inseguros: reforzar la información sobre los alcances y requisitos de la ley y la ruta de acceso a los servicios” (Mujer y Salud en Uruguay - MYSU 2017: 10).

La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, realizó el 2016 el informe titulado: “Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia”, el cual tuvo por objetivo presentar una propuesta de categorización de las barreras para el acceso a la Interrupción voluntaria del embarazo (IVE), aprobada por la Corte Constitucional de Colombia a través de la sentencia C-355 el 2006. Al momento de realizar el estudio la Mesa había brindado asesoría jurídica a 925 mujeres que enfrentaron barreras en el acceso al servicio entre el 2006 al 2015. Los casos atendidos permitieron identificar y documentar los tipos de barreras que las mujeres enfrentan cuando quieren interrumpir un embarazo, así como los actores que las ocasionan y las formas que éstas asumen en la práctica.

Las barreras se agruparon en 3 categorías generales: el desconocimiento del marco legal, la interpretación restrictiva del marco legal y las fallas en la prestación del servicio de salud. Como parte de los principales factores que ayudan a comprender la ocurrencia y persistencia de estas barreras se destacan: la necesidad de una mayor difusión y comunicación de los pronunciamientos judiciales y las disposiciones regulatorias relativas a la IVE por parte del Estado y del sector educativo y los prejuicios y el estigma que imperan en torno a quienes solicitan o practican la IVE y que se mantienen como consecuencia de la penalización parcial del aborto en Colombia (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres 2016: 12 – 49).

### **2.1.2. Antecedentes nacionales**

Delicia Ferrando, publicó el año 2006 “El aborto clandestino en el Perú”, el cual ante la ausencia de estadísticas oficiales que planteen cifras sobre el aborto clandestino,

considera estimaciones aproximadas. Se realizaron revisiones de los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), estadísticas oficiales sobre egresos hospitalarios por diagnóstico y dos encuestas de opinión sobre aborto a profesionales y no profesionales conocedores del tema. Asimismo, se visitaron 15 hospitales en siete ciudades principales del Perú, entrevistando a profesionales de salud a cargo de la atención de pacientes, autoridades de los hospitales y mujeres hospitalizadas por aborto incompleto. Como resultado de la investigación se plantea que cada año se producirían aproximadamente 376 mil abortos clandestinos en el país. La investigación concluye planteando que “a pesar de ser ilegal, el aborto inducido es utilizado frecuentemente en el país como una medida extrema para terminar embarazos no deseados. Las condiciones en que se produce dependen del nivel socioeconómico de la mujer, de su lugar de residencia urbana o rural y de su capacidad de autonomía” (Ferrando 2006:33).

Católicas por el Derecho a Decidir, realizó el año 2018 el “Monitoreo Social a los compromisos asumidos por el Estado Peruano en el Consenso de Montevideo”, para lo cual desarrollaron acciones de acceso a la información pública relacionada a laicidad y al acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, con énfasis en el aborto; así como la revisión de documentos legales y políticos y consultas a expertas para contrastar la información obtenida.

Como parte del monitoreo social se realizó el seguimiento a la medida prioritaria 42, que plantea asegurar, en los casos en que el aborto es legal, la existencia de servicios de aborto seguros y de calidad para las mujeres que cursan embarazos no deseados y no aceptados e instar a los Estados a modificar las leyes, normativas, estrategias y políticas públicas sobre aborto para salvaguardar la vida y la salud de mujeres y adolescentes, mejorando su calidad de vida y disminuyendo el número de abortos; el monitoreo de esta medida evidencia la ausencia de garantías para la confidencialidad, la cual limita la atención de abortos inseguros, ya que se deja de acudir a los servicios de salud por temor a la denuncia y los niveles de los establecimientos a partir de los cuales se pueden realizar los abortoterapéuticos (segundo nivel) restringen su accesibilidad (Católicas por el Derecho a Decidir 2018: 31).

Esta situación nos indica que es necesario revisar el protocolo relacionado al aborto terapéutico para que los servicios sean más accesibles a las mujeres, en los diferentes establecimientos de salud del país.

El Foro de la Sociedad Civil en Salud – Foro Salud (2018), realizó un informe sobre la “Vigilancia ciudadana en salud, aplicación del protocolo de aborto terapéutico en los establecimientos públicos de salud a nivel nacional”, para lo cual se contó con la colaboración de las Coordinadoras Regionales de ForoSalud quienes solicitaron información a las Direcciones Regionales de Salud, Gerencias Regionales de Salud y hospitales de las diversas regiones, recibiendo información de 24 autoridades de 16 regiones del país. Como resultado de la vigilancia se considera que “es imprescindible ampliar la difusión y capacitación del Protocolo de Atención del Aborto Terapéutico a nivel de usuarias y personal de salud. Otro factor importante a tomar en cuenta son los prejuicios morales y la objeción de conciencia del personal médico, lo que viene dificultando su implementación y el adecuado registro de las atenciones” (Foro Salud 2018: 15,16).

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Hospitalizaciones y muertes relacionadas al aborto clandestino**

El acceso a servicios de aborto seguro y su impacto en la morbi-mortalidad de las mujeres, es un tema analizado actualmente a nivel mundial, en el caso del Perú Taype-Rondán y Merino-García, han estudiado sobre como el acceso a estos servicios impacta



en las hospitalizaciones y las muertes de las mujeres.

El número de hospitalizaciones anuales por abortos inducidos en el Perú se ha estimado en 54 200 para 1989 y 28 652 para el 2013. Esta aparente disminución puede deberse al incremento del uso clandestino de misoprostol, que resulta más fácil de utilizar y tiene un menor riesgo de complicaciones en comparación con otros procedimientos. ¿Cuántas mujeres mueren a causa del aborto inducido? Para el año 2015, la Dirección General de Epidemiología del Perú reportó 414 muertes maternas, pero no detalla cuántas de estas han sido causadas por abortos clandestinos. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para Sudamérica el 13% de las muertes maternas en el 2008 fueron causadas por aborto clandestino, y un análisis realizado por Gerds et al. estima que para países en los que predomina el aborto inseguro el 16% de las muertes maternas fueron causadas por aborto clandestino entre el 2000 y 2011. En resumen, estas estimaciones indican que el 13% o el 16% de las muertes maternas (53,8 o 66,2 de las 414 muertes maternas reportadas para el 2015) serían causadas por el aborto inseguro (Taype-Rondán y Merino-García 2016: 829,830).

En este contexto, es importante analizar si el acceso al aborto terapéutico es accesible para todas las mujeres que lo requieran ¿Cuántas hospitalizaciones y muertes de mujeres se evitarían?, considerando que se han estimado 28,652 hospitalización por aborto inducido. Según Taype-Rondán y Merino-García consideran que, “el aborto seguro presenta menos de 0,4% de hospitalizaciones, por lo que los 371 420 abortos anuales presentarían apenas 1 486 hospitalizaciones. De esta manera, al despenalizar el aborto se evitarían  $28\ 652 - 1\ 486 = 27\ 166$  hospitalizaciones anualmente. Asimismo, al despenalizar el aborto se evitarían 54 muertes al año. En conclusión, se estima que la no despenalización del aborto generaría 27,166 hospitalizaciones y 54 muertes de mujeres al año en el Perú. Es importante considerar estos datos al plantear o discutir sobre las políticas públicas relacionadas al aborto en el país (Taype-Rondán y Merino-García 2016: 829).

### **2.2.2. Satisfacción de usuarios y factores asociados**

La satisfacción de los usuarios de los servicios de salud es medida actualmente de forma regular, para identificar puntos de mejora que contribuyan a optimizar el servicio y por ende la atención que reciben los usuarios. En el Perú el Ministerio de Salud establece en la Ley N° 26842 Ley General de Salud, acciones necesarias para la evaluación de los servicios. En el artículo 38 de esta ley se menciona: “Los establecimientos de salud y servicios quedan sujetos a la evaluación y control periódicos y a las auditorías que dispone la Autoridad de Salud de nivel nacional. La Autoridad de Salud de nivel nacional dicta las normas de evaluación y control y de auditoría correspondientes” (MINSa 1997: 10).

Asimismo, en el Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud se considera en la séptima política:

Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración cumplan las normas y estándares de infraestructura, de equipamiento, de aprovisionamiento de insumos, de procesos y resultados de la atención; aprobados por la autoridad sanitaria e implementen acciones de mejora de la calidad de la atención (MINSa 2009: 29).

Considerando este contexto normativo, Hernández-Vásquez y otros, realizaron un estudio para estimar la satisfacción con la atención en salud recibida en los establecimientos del Ministerio de Salud (MINSa) en el Perú y determinar sus factores asociados en adultos. “El estudio incluyó un total de 14 206 adultos que reportaron haber sido atendidos en algún establecimiento de salud del MINSa. A nivel nacional, el 74,3% de usuarios reportó una satisfacción con el servicio recibido como bueno o muy bueno, en el caso de Lima el 65.7% de usuarios reportó la atención con esta calificación” (Hernández-Vásquez y otros 2019: 620-628). Este resultado nos permite observar un hallazgo del estudio el cual muestra una menor satisfacción de la atención recibida

en ciudades de la Costa que son las de mayor tamaño y concentran a mayor cantidad de población. Los usuarios de ciudades más pequeñas en la sierra o la selva muestran una mayor satisfacción. Esta situación podría explicarse debido a que usuarios de zonas rurales con menor población, reportan una buena satisfacción en la atención a pesar de contemplar que es necesario realizar mejoras que consideren el respeto a su cultura, la disponibilidad de insumos y el tiempo que el profesional de salud toma para la atención. “El estudio concluye que el vivir en grupos poblacionales grandes, padecer una enfermedad crónica o tener una lengua materna nativa se asocia a una menor satisfacción con la atención recibida” (Hernández-Vásquez y otros 2019: 620-628).

### 2.2.3. Modelo de evaluación de la calidad de la atención: SERVQUAL

El modelo llamado SERVQUAL creado por Parasuraman y otros, ha sido utilizado ampliamente desde 1988 hasta el día de hoy para realizar estudios en diversos campos como: salud, supermercados, educación universitaria, hotelería y telecomunicaciones por mencionar algunos. “Su importancia reside en que permite conocer la satisfacción del usuario en función de la brecha entre sus expectativas y su percepción sobre el servicio recibido. La calidad percibida del servicio es un juicio global, de carácter subjetivo y multidimensional, en este sentido su medición implica establecer dimensiones para su evaluación. El modelo cuenta con 5 dimensiones y 22 atributos” (Torres y Vásquez 2015: 64 -65).

VARIABLE	DIMENSIONES (5)	ATRIBUTOS (22)
<b>CALIDAD DEL SERVICIO</b>  <b>Expectativas vs. Percepción</b>	<b>Fiabilidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cumplen lo prometido</li> <li>Sincero interés por resolver problemas</li> <li>Realizan bien el servicio la primera vez</li> <li>Concluyen el servicio en el tiempo prometido</li> <li>No cometen errores</li> </ul>
	<b>Seguridad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comportamiento confiable de los empleados</li> <li>Clientes se sienten seguros</li> <li>Los empleados son amables</li> <li>Los empleados tienen conocimientos suficientes</li> </ul>
	<b>Elementos Tangibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Equipos de apariencia moderna</li> <li>Instalaciones visualmente atractivas</li> <li>Empleados con apariencia pulcra</li> <li>Elementos materiales atractivos</li> </ul>
	<b>Capacidad de Respuesta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comunican cuando concluirán el servicio</li> <li>Los empleados ofrecen un servicio rápido</li> <li>Los empleados siempre están dispuestos a ayudar</li> <li>Los empleados nunca están demasiado ocupados</li> </ul>
	<b>Empatía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ofrecen atención individualizada</li> <li>Horarios de trabajo convenientes</li> <li>Empleados que ofrecen atención personalizada</li> <li>Se preocupan por los clientes</li> <li>Comprenden las necesidades de los clientes</li> </ul>

Figura 3: Dimensiones y atributos relacionados a la calidad del servicio, modelo SERVQUAL.  
Fuente: Torres y Vásquez 2015 tomado de Parasuraman y otros 1988.

Este modelo ha sido utilizado por “el Ministerio de Salud del Perú para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo, según consta en la Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA” (MINSA 2011: 15).

#### 2.2.4. Relación entre la difusión del Protocolo de Aborto Terapéutico y el nivel de atención

El Foro de la Sociedad Civil en Salud realizó en Perú una vigilancia ciudadana, de octubre a noviembre del 2017, en la cual realiza un análisis sobre la premisa si a mayor difusión y conocimiento del protocolo relacionado al aborto terapéutico a nivel de usuarias y del personal de salud, mayor debería ser el número de solicitudes recibidas y de atenciones realizadas.

El informe revela que la relación planteada líneas arriba no se cumple, “el 2016 de las 13 entidades que manifestaron haber realizado alguna actividad de difusión solo 5 de ellas registran atenciones de abortos terapéuticos: el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) que concentra el 69.4 % de los casos atendidos (50 casos), seguido del Hospital Regional de Cusco (16 casos), el Hospital María Auxiliadora (3 casos), Diresas La Libertad (2 casos) y Ucayali(1 caso)”.(Foro de la Sociedad Civil en Salud 2018: 8)

El informe señala además que es importante que se difunda el protocolo en todos los niveles de atención, para la cual se deben considerar en los presupuestos los recursos necesarios para capacitar y sensibilizar al personal de salud en la aplicación de todos los procedimientos.

Tabla 1 Relación entre la difusión y capacitación del PAT y nivel de acceso a la atención de Abortos Terapéuticos, año 2016.

Entidades de salud	Actividades de difusión/capacitación	Solicitudes de AT	Abortos terapéuticos
DIRESA HUANUCO	Difusión/distribución de la Guía Técnica	Ninguna	0
DIRESA JUNIN		Ninguna	0
DIRESA UCAYALI		NI	1
DIRESA LA LIBERTAD		NI	2
Hospital Regional Cusco		Ninguna	16
Hospital Apoyo Iquitos		Ninguna	0
Hospital Nacional Sergio Bernales		Ninguna	0
Hospital Provincial Docente Belén		Ninguna	0
DISA Ayacucho	Capacitación a personal de salud	NI	NI
GERESA Lambayeque		NI	NI
GERESA Ancash		Ninguna	0
Hospital María Auxiliadora		4	3
Instituto Nacional Materno Perinatal	Incorporación de Guías	68	50
DIRESA Huancavelica	Ni difusión ni capacitación	Ninguna	0
GERESA Moquegua		Ninguna	0
Hospital Nacional Arzobispo Loayza		NI	NI
Hospital San José del Callao	No disponen de Guía Técnica	NI	0
DIRESA Callao	No información	NI	0

DIRESA Puno	NI	NI
Hospital Nacional 2 de Mayo	NI	5
Hospital Santa Rosa	NI	NI
Hospital Regional de Cajamarca	NI	NI
<hr/>		
Hospital Regional de Arequipa	NI	0
Hospital Nacional Daniel A. Carrión	NI	0
TOTAL	<b>72</b>	<b>61</b>

<sup>1/</sup> No lleva registro

NI: No informan.

Fuente: Informe del Foro de la Sociedad Civil en Salud, 2017.

### 2.2.5. Enfoque de derechos

De acuerdo a lo señalado por el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), "El enfoque basado en los derechos humanos se centra en los grupos de población que son objeto de una mayor marginación, exclusión y discriminación. Este enfoque requiere un análisis de las normas de género, de las diferentes formas de discriminación y de los desequilibrios de poder a fin de garantizar que las intervenciones lleguen a los segmentos más marginados de la población" (UNFPA 2021:1)

Elementos de buenas prácticas propias del enfoque basado en los derechos humanos:

- Los programas ven en el pleno ejercicio de los derechos humanos el fin último del desarrollo.
- Las personas son consideradas agentes principales de su propio desarrollo, en lugar de receptores pasivos de productos y servicios.
- La participación es a la vez un medio y un objetivo.
- Las estrategias proporcionan empoderamiento, en lugar de negarlo.
- Tanto los resultados como los procesos son supervisados y evaluados.
- Los programas se centran en grupos de la población marginados y excluidos.
- El proceso de desarrollo es de titularidad local.
- Los programas tienen como objetivo reducir las desigualdades y empoderar a quienes se han quedado atrás.
- El análisis de situación se utiliza para identificar las causas inmediatas, subyacentes y fundamentales de los problemas de desarrollo.
- El análisis incluye a todos los grupos de interés, entre ellos, las capacidades del Estado como principal garante de derechos y el papel de otros agentes no estatales.
- Las normas de los derechos humanos dirigen la formulación de objetivos, metas e indicadores medibles en la programación.
- Los sistemas nacionales de rendición de cuentas deben ser reforzados con el objetivo de garantizar una revisión independiente del desempeño del gobierno, así como el acceso a vías de recurso para los sujetos agraviados.
- Se promueve el desarrollo y el mantenimiento de alianzas estratégicas (UNFPA: 2021:1).

### 2.2.6 Principios de Igualdad y no discriminación

"Las Naciones Unidas señalan que, los principios de igualdad y no discriminación son

parte de las bases del estado de derecho. Los Estados Miembros en la Declaración de la Reunión de Alto Nivel sobre el Estado de Derecho señalaron, todas las personas, instituciones y entidades, públicas y privadas, incluido el propio Estado, están obligadas a acatar leyes justas, imparciales y equitativas, y tienen derecho a igual protección de la ley, sin discriminación. También se comprometieron a respetar la igualdad de derechos de todos, sin distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión”. (Organización de las Naciones Unidas: 2021).

El marco jurídico internacional de los derechos humanos contiene instrumentos internacionales para combatir formas específicas de discriminación, incluida la que afecta a los pueblos indígenas, migrantes, minorías, personas con discapacidad o a la mujer, y también la discriminación de tipo racial y religiosa o la que está basada en la orientación sexual y el género. En la Declaración de la Reunión de Alto Nivel sobre el Estado de Derecho, los Estados Miembros también reconocieron la importancia de lograr que las mujeres, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, disfruten plenamente de los beneficios del estado de derecho. Los Estados Miembros se comprometieron a utilizar las leyes para defender la igualdad de sus derechos y conseguir su participación plena y en pie de igualdad, incluso en las instituciones de gobernanza y el sistema judicial, y renovaron el compromiso de establecer marcos jurídicos y legislativos adecuados para prevenir y combatir todas las formas de discriminación y violencia contra la mujer y asegurar su empoderamiento y pleno acceso a la justicia. (Organización de las Naciones Unidas: 2021)

### **2.3. Marco conceptual**

#### **Aborto inseguro**

Diversas investigaciones e información estadística a nivel mundial evidencia que el aborto inseguro pone en riesgo la salud y la vida de las mujeres, “se estima que cada año siguen produciéndose 22 millones de abortos inseguros, que provocan la muerte de alrededor de 47 000 mujeres” (OMS 2011:18-27).

“La Organización Mundial de la Salud define el aborto inseguro como un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria o que se lleva a cabo en un entorno donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos” (OMS 2012:18).

Ganatra y otros en el artículo publicado en Lancet el 2017 sobre “La clasificación mundial, regional y subregional de los abortos por seguridad, 2010-14: estimaciones de un modelo jerárquico bayesiano”, señalan lo siguiente:

#### **Aborto seguro**

“Aborto que se realiza con un método recomendado por la OMS (aborto médico, aspiración de vacío, dilatación y evacuación), es adecuado a la duración del embarazo y lo practica un prestador de atención de salud con formación al respecto” (Ganatra B, et al. 2017: 2372 – 2381).

#### **Aborto menos seguro**

“Aborto que cumple solo uno de estos dos criterios: lo practica un prestador de atención de salud con formación al respecto, pero con un método anticuado (por ejemplo, el curetaje cortante), o bien se utiliza un método seguro para practicar el aborto (por ejemplo, el misoprostol), pero sin que un profesional cualificado proporcione información o apoyo” (Ganatra B, et al. 2017: 2372 – 2381).

#### **Aborto nada seguro**

“Aborto efectuado por personas sin formación con métodos peligrosos, por ejemplo, la ingesta de sustancias cáusticas, la inserción de cuerpos extraños y el uso de brebajes tradicionales” (Ganatra B, et al. 2017: 2372 – 2381).

### **Aborto incompleto**

“Aborto donde sólo se elimina una parte de los tejidos. Algunos permanecen en el útero. Puede haber abundante sangrado vaginal. El aborto incompleto no complicado es una de las emergencias obstétricas más frecuentes que llegan a los establecimientos de salud, ocasionando altos costos en su atención” (Guevara E. 2015:5).

### **Interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de 22 semanas**

“La interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de 22 semanas, es una alternativa que se considera cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave o permanente. Esta situación dicha alternativa deben ser puestas en conocimiento de la gestante afectada para que, de manera voluntaria e informada, pueda decidir si desea optar o no por la referida alternativa” (MINSA 2014:2).

Los conceptos relacionados a la calidad del servicio, la expectativa y satisfacción del usuario externo, han sido tomados de la guía para la evaluación del usuario externo, elaborada por el MINSA en el 2011.

### **Expectativa del Usuario**

Este concepto según el Ministerio de Salud se refiere a “lo que el usuario espera del servicio que brinda la institución de salud. Esta expectativa se forma básicamente por sus experiencias pasadas, sus necesidades conscientes, la comunicación boca a boca e información externa. A partir de aquí puede surgir una retroalimentación hacia el sistema cuando el usuario emite un juicio” (MINSA 2011:14).

### **Satisfacción del Usuario Externo**

“Grado de cumplimiento por parte de la organización de salud, respecto a las expectativas y percepciones del usuario en relación a los servicios que esta le ofrece” (MINSA 2011:14).

### **Calidad de la Atención**

“Conjunto de actividades que realizan los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo en el proceso de atención, desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados tanto por los proveedores como por los usuarios, en términos de seguridad, eficacia, eficiencia y satisfacción del usuario” (MINSA 2011:15).

## **2.4. Contexto legal**

### **Legislación relacionada al aborto a nivel mundial**

A nivel mundial las legislaciones desarrolladas en los países van desde la prohibición del aborto, hasta las que desarrollan normatividad a favor del derecho a decidir de las mujeres.

El Mapa de las leyes de aborto en el mundo, elaborado por el Centro para los Derechos Reproductivos en el 2019, evidencia que existe una tendencia mundial importante hacia la aprobación de leyes que liberalizan el aborto. En los últimos 25 años alrededor de 50 países han liberalizado sus leyes y 16 han suprimido las prohibiciones totales, varias de estas reformas han sido graduales planteando inicialmente a las mujeres el acceso al aborto legal cuando existe un riesgo para su salud y su vida. Actualmente, más de 970 millones de mujeres en edad de procrear viven en países donde pueden acceder al aborto. A pesar de estos avances se observa que, 700 millones de mujeres no acceden a la atención del aborto en forma segura y legal. “Es importante señalar que existen diversos movimientos a nivel mundial que intentan eliminar las leyes que protegen los derechos reproductivos de las mujeres” (Center for Reproductive Rights, 2020).

El Centro para los Derechos Reproductivos ha elaborado una categorización que agrupa a los países de acuerdo a la posibilidad planteada en su marco legal para acceder al aborto. Las categorías consideradas son:

**Categoría I. Prohibido totalmente:** Las leyes de los países de esta categoría no permiten el aborto bajo ninguna circunstancia, incluso cuando la vida o la salud de la mujer está en riesgo. 26 países en todo el mundo están en esta categoría. 90 millones (5%) de mujeres en edad de procrear viven en países que prohíben totalmente el aborto.

**Categoría II. Salvar la vida de una mujer:** Las leyes de los países de esta categoría permiten el aborto cuando la vida de la mujer está en riesgo. 39 países entran en esta categoría. 359 millones (22%) de mujeres en edad reproductiva viven en países que permiten el aborto para salvar la vida de la mujer.

**Categoría III. Preservar la salud:** Las leyes de los países de esta categoría permiten el aborto por motivos de salud o terapéuticos. 237 millones (14%) de mujeres en edad de procrear viven en países que permiten el aborto por motivos de salud.

**Categoría IV. Motivos sociales o económicos amplios:** Estas leyes se interpretan generalmente de manera liberal para permitir el aborto en una amplia gama de circunstancias. Estos países a menudo consideran el entorno real o razonablemente previsible de la mujer y sus circunstancias sociales o económicas al considerar el impacto potencial del embarazo y la maternidad. 386 millones (23%) de mujeres en edad de procrear viven en países que permiten el aborto por motivos sociales o económicos amplios.

**Categoría V. A petición:** (varían los límites de la gestación). 590 millones (36%) de mujeres en edad de procrear viven en países que permiten el aborto a petición. 67 países de todo el mundo entran en esta categoría. El límite de gestación más común para los países de esta categoría es de 12 semanas (Center for Reproductive Rights, 2020).



Figura 4: Panorama legal del aborto en el mundo.  
Fuente: Centro para los Derechos Reproductivos 2019.

## **El aborto y la legislación en América Latina**

En América Latina, según Jiménez, el aborto se permite bajo la interrupción voluntaria del embarazo.

En el marco de una ley de plazos en Cuba y Uruguay; en contraposición es ilegal en cualquier caso en Honduras, El Salvador, Nicaragua, Haití y República Dominicana, en estos países ni siquiera se considera la interrupción del embarazo en el caso de que exista peligro para la vida de la mujer. En Venezuela, Guatemala, Paraguay, Perú y Costa Rica, la interrupción del embarazo se permite solo si está en riesgo la vida de la mujer, lo cual es conocido como aborto terapéutico. En Panamá, Ecuador y Bolivia además del riesgo de la vida de la mujer se contempla la violación; Chile, Colombia y Brasil se permite el aborto en caso de violación, cuando hay malformaciones en el feto y cuando pone en riesgo la vida de la mujer y finalmente en México se considera el supuesto de violación en todos los estados, mientras en el resto se contemplan distintos supuestos, solo Oaxaca y la Capital Federal cuentan con una ley de plazos (Jiménez Elena 2020:1-6).

El 30 de diciembre del 2020 se aprobó en Argentina una nueva ley que permite a las mujeres decidir la interrupción del embarazo y acceder al aborto hasta la semana 14 de gestación.

### **Marco Legal en el Perú**

El Perú aprobó en el 2014 la Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la atención integral de la gestante en la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo, menor de 22 semanas con consentimiento informado, la cual ha sido detallada en el capítulo 1. Asimismo, el Perú cuenta con los siguientes documentos normativos relacionados al aborto:

La Guía Técnica de práctica clínica para la atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva, aprobada el 2006 por el Ministerio de Salud, la cual contempla que, “los abortos inevitables, incompletos, completos, diferido o retenido y sépticos, deben ser atendidos en los establecimientos de salud de acuerdo a su capacidad resolutiva” (Ministerio de Salud 2006:3).

La Ley general de salud, Ley N° 26842 aprobada en julio de 1997, la cual señala en su artículo 25 que:

Toda información relativa al acto médico que se realiza, tiene carácter reservado. El profesional de la salud, el técnico o el auxiliar que proporciona o divulga, por cualquier medio, información relacionada al acto médico en el que participa o del que tiene conocimiento, incurre en responsabilidad civil o penal, según el caso. Sin perjuicio de las sanciones que correspondan en aplicación de las respectivos Códigos de ética Profesional (Congreso de la República 1997:7).

En el artículo 30 de esta ley se señala que, “El médico que brinda atención médica a una persona herida por arma blanca, herida de bala, accidente de tránsito o por causa de otro tipo de violencia que constituya delito perseguible de oficio o cuando existan indicios de aborto criminal, está obligado a poner el hecho en conocimiento de la autoridad competente” (Congreso de la República 1997:9).

El Código Penal aprobado en 1991, establece en el Capítulo V, artículo 165, “El que, teniendo información por razón de su estado, oficio, empleo, profesión o ministerio, de secretos cuya publicación pueda causar daño, los revela sin consentimiento del interesado, será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de dos años y con sesenta a ciento veinte días multa” (Ministerio de Justicia 1991:48).

El Nuevo Código Procesal Penal aprobado en el 2004, el cual establece en el artículo 327, “No obligados a denunciar 1. Nadie está obligado a formular denuncia contra su cónyuge y parientes comprendidos dentro del cuarto grado de consanguinidad o



segundo de afinidad. 2. Tampoco existe esta obligación cuando el conocimiento de los hechos está amparado por el secreto profesional” (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos 2004:206).

El Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú aprobado el 2018 el cual considera en su artículo 89 que, “El médico debe mantener el secreto profesional para proteger el derecho paciente a la confidencialidad de los datos que le ha proporcionado, no debiendo divulgarlos, salvo expresa autorización del paciente” (Colegio Médico del Perú 2018:12).

Es importante observar que existen diversas normas legales y éticas que se contraponen o son ambiguas en la protección del secreto profesional, se evidencian normas que por un lado lo protegen y otras que plantean no considerar el secreto profesional por mandato de las autoridades judiciales. Esta falta de coherencia complejiza la implementación de las normas relacionadas al aborto en el país debido a las diferentes posiciones y creencias religiosas que surgen frente a este tema.

Por otro lado, el informe Monitoreo Social a los compromisos asumidos por el Estado Peruano en el Consenso de Montevideo, elaborado por Católicas por el Derecho a Decidir Perú, menciona que, “la ausencia de garantías para la confidencialidad ocasiona que muchas mujeres no acudan a los establecimientos de salud pública en búsqueda de atención oportuna. El miedo a la denuncia y la posibilidad de verse involucradas en un proceso penal, e incluso ser privadas de la libertad, genera un riesgo adicional para su salud y su vida” (Católicas por el Derecho a Decidir Perú 2018:25).

Es importante precisar que sobre estos vacíos e incoherencias se han realizado pronunciamientos de la Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer - CEDAW de las Naciones Unidas, la cual recomendó al Estado peruano en el año 2014 según lo señalado por Anaya en la web La Ley que “elimine las medidas punitivas contra las mujeres que abortan, entre otras cosas adoptando las medidas necesarias para armonizar la Ley General de Salud y el Código de Procedimiento Penal con el derecho constitucional a la intimidad. Así pues, es necesaria la modificación de la Ley General de Salud para que la misma no mantenga una redacción discriminatoria contra las mujeres” (La Ley 2017).

### **Personas detenidas y sentenciadas por delito de aborto**

Según el Monitoreo Social a los compromisos asumidos por el Estado Peruano en el Consenso de Montevideo elaborado por Católicas por el Derecho a Decidir Perú, “el sistema del Registro Nacional de Detenidos y Sentenciados a Pena Privada de Libertad Efectiva (RENADESSPLE) del Ministerio Público entre los años 2012 y el primer trimestre del año 2017, reporto que fueron detenidas 117 mujeres por delito de aborto. Asimismo, un número considerable de mujeres estarían, siendo procesadas con mandato de comparecencia u otras modalidades de libertad restringida”. (Católicas por el Derecho a Decidir Perú 2018:26).

*Tabla 2 Perú: Personas detenidas y sentenciadas por delito de aborto.*

Año	Detenidos	
	Mujeres	Hombres
<b>2012</b>	9	19
<b>2013</b>	11	14
<b>2014</b>	17	28
<b>2015</b>	49	41
<b>2016</b>	26	29
<b>2017</b>	5	10
<b>Total</b>	117	141

Fuente: Católicas por el Derecho a Decidir Perú en base de datos a RENADESPPLE.

**Las leyes restrictivas están asociadas a tasas elevadas de abortos peligrosos**

De acuerdo a lo informado por la Organización Mundial de la Salud en 2017, En los países donde el aborto está completamente prohibido o se permite solo para salvar la vida de la mujer o preservar su salud física, solo 1 de cada 4 abortos fue seguro; por el contrario, en los países donde el aborto es legal en supuestos más amplios, casi 9 de cada 10 abortos se realizó de manera segura. Esta afirmación nos sugiere que prohibir o restringir el acceso al aborto no reduce el número de abortos. Asimismo, la OMS señala que, “como muchos otros procedimientos médicos comunes, el aborto es muy seguro cuando se realiza con arreglo a las directrices médicas recomendadas, y esto es importante tenerlo presente (Organización Mundial de la Salud 2017).



## **CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.1. Naturaleza de la investigación**

Investigación de tipo cualitativa porque se plantea conocer las diversas dimensiones sobre la implementación de la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas, analizando los conocimientos, percepciones y expectativas de las mujeres en dos hospitales de Lima Metropolitana.

### **3.2. Forma de investigación**

El estudio se desarrolló a través de entrevistas semiestructuradas a mujeres que fueron atendidas a causa de una interrupción voluntaria del embarazo en dos establecimientos de salud de Lima. Asimismo, para complementar la información se entrevistó a prestadores de servicios de salud y a diversos especialistas en la temática.

### **3.3. Fuentes de información**

**Fuentes primarias:** Mujeres usuarias de los establecimientos de salud que conforman la muestra, prestadores de servicios de salud de dos hospitales en Lima Metropolitana y especialistas en la temática.

**Fuentes secundarias:** Revisión documental de estudios, investigaciones, artículos de revistas, tesis, historias clínicas, reportes o informes de atención de aborto, entre otros.

### **3.4. Muestra**

En el caso de las mujeres que atravesaron por un proceso de interrupción voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas, se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando mujeres de los dos establecimientos de salud, para lo cual se entrevistó a 26 mujeres, considerando la siguiente participación:

- 21 mujeres que se atendieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal.
- 05 mujeres que se atendieron en el Hospital María Auxiliadora.

Se entrevistó además a prestadores de servicios de salud de los hospitales considerados en la investigación y especialistas gubernamentales y de sociedad civil con experiencia en la temática.

- 04 entrevistas con prestadores de servicios de salud que participan en el proceso de interrupción voluntaria del embarazo de los dos hospitales incluidos en el estudio.
- 01 miembro del Colegio de Obstetras del Perú.
- 04 Especialistas de programas de Organizaciones No Gubernamentales
- 01 especialista del Foro Salud de la Sociedad Civil
- 01 especialista legal
- 01 especialista del Ministerio de Salud.

### **3.5. Unidad de análisis**

La unidad de análisis está conformada por cada una de las mujeres embarazadas que se atienden en el servicio de ginecología de dos hospitales de Lima Metropolitana.

### **3.6. Variables**

- Conocimientos sobre los aspectos relacionados a la interrupción voluntaria del embarazo.
- Percepciones sobre la implementación de la interrupción voluntaria del embarazo en los establecimientos públicos de salud.
- Expectativas sobre la implementación de la interrupción voluntaria del embarazo en los establecimientos públicos de salud.

- Áreas de mejora en el servicio sobre la interrupción voluntaria del embarazo que brindan los establecimientos de salud

### **3.7. Técnicas e instrumentos de recojo de información**

En la investigación se utilizaron los siguientes tipos de instrumentos:

#### **Guía de entrevista semiestructurada para usuarias del servicio**

Con este instrumento se entrevistaron a mujeres que atravesaron por el proceso de interrupción voluntaria del embarazo en un establecimiento público para identificar su nivel de conocimiento, percepciones, expectativas y demandas sobre la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas.

#### **Cuestionario para entrevista semiestructurada con personal de salud de los dos establecimientos seleccionados**

Se realizaron entrevistas a los prestadores de servicios de salud, quienes están relacionados al proceso de interrupción voluntaria del embarazo, para obtener información sobre su percepción y experiencias relacionadas al tema y conocer las áreas de mejora que identifican en el servicio que brindan los establecimientos de salud.

#### **Cuestionario para entrevista semiestructurada con expertos/as en la temática**

Se realizaron entrevistas con diversos expertos/as en la temática para obtener información sobre sus experiencias y conocimientos relacionados a la interrupción voluntaria del embarazo, desde un enfoque de derechos humanos, considerando la atención integral en salud y la atención legal.

### **3.8. Proceso de recolección de datos**

La investigación se realizó considerando diversos procesos de recolección de información, según los objetivos específicos planteados, los cuales se describen a continuación:

#### ***Identificar el nivel de conocimiento y conocer la percepción de las mujeres en relación a la calidad de los servicios que reciben en los establecimientos de salud, sobre la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas.***

Se realizaron entrevistas con mujeres que habían accedido a la interrupción voluntaria del embarazo en dos hospitales del Ministerio de Salud en Lima Metropolitana, para identificar sus conocimientos sobre el procedimiento que se realizaron.

#### ***Conocer las expectativas y demandas de las mujeres con relación a la implementación de la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas.***

Se realizaron entrevistas con mujeres que habían accedido a la interrupción voluntaria del embarazo en dos hospitales del Ministerio de Salud en Lima Metropolitana, para conocer sus expectativas y demandas sobre la atención recibida. Por otro lado, se consideró la información proporcionada por los y las especialistas en la temática y los prestadores de servicios de salud entrevistados.

#### ***Para identificar áreas de mejora en el servicio que brindan los establecimientos de salud sobre la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas.***

Se realizaron entrevistas con prestadores de servicios de salud de dos hospitales del Ministerio de Salud en Lima Metropolitana y con especialistas en la temática. Asimismo, se consideró la información proporcionada por las mujeres que habían accedido a la interrupción voluntaria del embarazo.

### **3.9. Técnica para el procesamiento y análisis de datos**

El ordenamiento de la información recogida de los instrumentos se realizó a través del uso del software Excel. Asimismo, se utilizó el software Atlas T, para el procesamiento de la información cualitativa, relacionada a la información que proporcionaron las usuarias de los servicios de salud, los profesionales de salud y las y los expertos en la temática.

### **3.10. Aspectos éticos**

La investigación planteó la incorporación de consideraciones éticas en todas las etapas de su ejecución. Entre las consideraciones éticas consideradas figuran: confidencialidad, privacidad, anonimato, consentimiento informado, utilización de códigos para salvaguardar la identificación del/la informante (prestadores/as de servicios de salud, responsables de servicios, especialistas, usuarias de los servicios de salud).



## **CAPÍTULO IV: RESULTADOS**

El análisis de la información obtenida de las usuarias, de los prestadores de servicios de salud y los y las especialistas en el tema se han organizado de acuerdo a los objetivos planteados en la investigación. Asimismo, es importante detallar que en el análisis de la información no se observa diferencia sustantiva en las apreciaciones de las usuarias de los dos hospitales considerados en la investigación.

### **4.1 Resultados relacionados a los conocimientos sobre el contexto de la interrupción del embarazo**

Las mujeres entrevistadas evidenciaron conocimientos y aproximaciones diversas, relacionadas a la prevención del embarazo, el aborto y su legalidad, la atención post aborto y el proceso de recuperación.

#### **La fecundación**

“Fecundación para mí, es el acto cuando un ovulo y un espermatozoide se unen, cuando la mujer queda embarazada. Algo así es lo que es una fecundación”.  
(M.V., usuaria de los servicios de salud)

Sobre el conocimiento de la fecundación, se plantea en la mayoría de los casos un concepto relacionado a lo biológico, coincidente con lo que señala la Organización Mundial de la Salud (OMS), que consiste en “la penetración de un ovocito por un espermatozoide y la combinación de sus materiales genéticos”.

Al explorar otros conceptos relacionados a la fecundación, se observa que no existe claridad sobre términos como la implantación, que según la OMS es “La unión y subsecuente penetración del blastocisto, usualmente en el endometrio, que comienza 5 a 7 días después de la fecundación”. Asimismo, existe cierta confusión sobre los términos relacionados a la conformación del embrión que se realiza en la cuarta semana y luego al final de la semana 10 cuando deja de ser embrión y se le denomina feto, donde se empiezan a conformar diferentes órganos. Todas las etapas son definidas por las mujeres en las entrevistas como feto o producto.

#### **Métodos anticonceptivos**

“Los métodos anticonceptivos son formas de cuidarse para prevenir un embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual como condón, implante, T de cobre, píldora, ligadura”.  
(M.A., usuaria de los servicios de salud)

Existe información amplia sobre la utilidad de los métodos anticonceptivos, señalando que son utilizados para prevenir un embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual. Se observan ciertas dudas, sobre los efectos que producen cada uno de los métodos y la efectividad de su uso.

A pesar de conocer la importancia del uso de los métodos anticonceptivos, se comenta que no siempre se utilizan, cuando existe cierto grado de confianza con la persona que se mantienen relaciones sexuales. Por otro lado, es necesario precisar que existe una falta de percepción de riesgo con respecto a no usar el condón y la exposición de contraer una infección de transmisión sexual. El uso de los métodos anticonceptivos está más relacionado a la prevención del embarazo. De acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES (2017), el 54.5% de las mujeres actualmente unidas (casadas y/o convivientes), utilizan algún método anticonceptivo moderno, 18,5% utilizan la inyectable, 14,6% el condón masculino, 8,7% la esterilización

femenina, 7,8% la píldora y un menor porcentaje el implante y el DIU. Este bajo porcentaje de uso del condón masculino, esta también relacionado a que el tema de la anticoncepción ha sido asumido como una responsabilidad de la mujer y no se ha planteado una mayor participación del hombre en este tema.

### **Opciones frente a un embarazo no deseado**

“Las opciones serían, un aborto, adopción, que la familia se haga cargo, tenerlo continuar”.

(A.V., usuaria de los servicios de salud)

En las declaraciones de las entrevistadas, se puede observar que la información relacionada sobre que hacer frente a un embarazo no deseado es amplia y se plantean distintas opciones cómo: el aborto, la adopción, que la familia se haga cargo, tenerlo y continuar con el embarazo. Muchas mujeres que se enfrentan a embarazos no deseados se ven atrapadas en un dilema. En cuanto a la opción del aborto, la información que encuentran es escasa, exponiéndose en algunos casos a publicaciones en la web sobre procedimientos no regulares, que pueden afectar su salud y en muchos casos estos pueden ser mortales.

“Frente a determinado diagnóstico, las mujeres dicen: Yo no quiero seguir si se va a complicar, pero ¿no sé qué hacer? y ahí el profesional les dice: Ah bueno, entonces si puede pasar”.

(Especialista en salud, Organización No Gubernamental)

Podemos observar en las declaraciones de los prestadores de servicios de salud, que muchas veces identifican casos donde la gestante ya padece de una enfermedad y no desea continuar con el embarazo, porque identifica que eso le puede afectar su salud, pero no cuenta con información oportuna sobre qué hacer en ese caso y cuál puede ser un sustento para solicitar la interrupción voluntaria del embarazo.

### **Protocolo de aborto terapéutico**

“No sé mucho del protocolo, casi nada, las cláusulas de cumplimiento si están; se aprueban. Sé que existe como 10 clausulas, mi caso fue por salud mental. Bueno ahora como me tocó vivirlo, me toco aprender algo en esta experiencia que tuve, el personal de salud no conocía mucho sobre el protocolo y tampoco se conoce en todos los establecimientos”.

(B.A., usuaria de los servicios de salud)

No existe mucho conocimiento sobre el protocolo de aborto terapéutico y sus causales, las mujeres mencionan que este tema no es ofertado, debido a múltiples factores, como barreras de carácter moral, la falta de estandarización de criterios establecidos para determinar quiénes pueden acceder a esta atención, la falta de información y capacitación en el tema de los prestadores de servicios de salud y que esta atención no es proporcionada en todos los establecimientos de salud.

Una de las causas del poco conocimiento sobre el protocolo por parte de las mujeres, es la escasa difusión del mismo debido a que muchos profesionales de salud aún mantienen su idiosincrasia sobre el rechazo a informar y realizar el procedimiento por temas religiosos. Ante esta situación se plantea que quienes no deseen atender puedan referir los casos, siempre y cuando no ponga en riesgo la vida de la mujer y exista un profesional competente que pueda atender. Asimismo, se observa poco interés de las autoridades de promover y difundir el protocolo.

Los prestadores de servicios de salud mencionan que el personal de los establecimientos de salud no conoce la guía porque se basan en documentos mucho más generales como la atención pre natal.

El reto es la implementación del protocolo a nivel nacional, no basta con tener la normatividad sino evaluar como implementarla en las diferentes regiones del país.

“Eso ya es un grado de conocimiento mayor para el ejercicio del derecho. A lo más, podría decirle a su obstetra o al doctor oiga yo he escuchado que hay un aborto terapéutico” pero eso también las coloca en una situación de vulnerabilidad porque va a depender de lo que piense el prestador, la prestadora que tengan al frente, es diferente como tú sabes hay un aborto terapéutico, que establece, bla, bla, bla a que tú te posiciones frente al operador, creo que se sabe que existe el aborto terapéutico, pero no necesariamente en que situaciones”.

(Especialista legal, Organización No Gubernamental)

El sistema público no informa sobre el aborto terapéutico, salvo aquellas mujeres que considera el propio prestador de salud, que podrían calificar para esta causal. Entonces, es muy importante cumplir con el principio activo de transparencia de la información que es una obligación del Estado de dar la información a todos por igual.

### **Legalidad del aborto**

“El aborto es legal cuando solo es terapéutico y cuando es clandestino es ilegal. Solo es en hospitales y es un proceso, solo se hacen caso o no a una solicitud”.

(I.L., usuaria de los servicios de salud)

“Me tocó leer, me explicaron algunas personas y algunos médicos, yo antes pensaba que era un delito, solo pensarlo, me imaginaba presa”.

(M.V., usuaria los servicios de salud)

Las mujeres en su mayoría manifiestan en sus entrevistas que el aborto es ilegal y tienen mucho temor para hablar del tema, esto se debe a la criminalización que ha sido abordada por los sectores conservadores relacionados a grupos religiosos. En cambio, para algunas mujeres, la figura se torna distinta cuando se menciona el aborto terapéutico, al cual consideran como una interrupción legal del embarazo (ILE) y lo aceptan cuando este afecta la salud de la mujer o se presenta malformación del feto.

“El prestador de servicios de salud debe conocer que hay una alternativa para las mujeres que tienen alto riesgo en su embarazo, y que están dentro de la legalidad”.

(Especialista en salud, Organización no Gubernamental)

En relación con la percepción que tienen los especialistas, acerca de los prestadores de servicios de salud, es que estos no cuentan con información suficiente y clara para dar alternativas de solución a las usuarias, que presentan casos en los que el embarazo no es viable. Manifiestan que es oportuno que el prestador del servicio de salud conozca la legalidad del aborto terapéutico, debido a que este desconocimiento es una limitante que impide que entreguen a las usuarias información clara y precisa, que les permita decidir libremente sobre continuar o no un embarazo de alto riesgo.

“Estamos tratando de impulsarlo por el lado de la universidad en la malla curricular, en los cursos que estamos promoviendo, pero efectivamente no todos, por ejemplo: nosotros acordamos eso, pero no todos nuestros decanos piensan como nosotros”.

(Especialista en salud, Organización No Gubernamental)

Los mecanismos para difundir la legalidad del aborto terapéutico son limitados y las estrategias que el Estado tiene para su difusión son todavía escasas. Las especialistas



en salud de sociedad civil plantean diversas acciones, como el incluir el tema en la malla curricular de formación de las carreras de ciencias de la salud, pero aún falta mucho por trabajar considerando el porcentaje de prestadores capacitados en el tema sobre el total del número de prestadores. Por ello, es importante que se establezcan metas de incremento acerca del debido conocimiento por parte de los prestadores de servicios de salud sobre este tema.

“Los especialistas de cardiología, de reumatología, que solo ven a la paciente en estado crítico, son los que deberían de proponer y enviar a obstetricia para que ellos participen en la junta médica y recomienden que se interrumpa porque su salud se va a perjudicar. No lo hacen muchas veces por temas morales”.  
(Especialista en salud, Ministerio de Salud)

En las diversas declaraciones que se manifiestan en relación a la legalidad del aborto terapéutico, podemos leer que la máxima interferencia además del limitado conocimiento acerca del tema, es lo relacionado a lo moral, lo cual limita a los especialistas médicos hacer un trabajo efectivo y ofrecer a las mujeres toda la información disponible.

“Entonces ahí hay una barrera súper fuerte, porque en realidad todo caso de embarazo de una menor de 14 años debería plantearse el servicio de aborto terapéutico. Y eso a veces en el campo jurídico se mal entiende y se ponen trabas a la atención”.  
(Especialista legal, organización no gubernamental)

Podemos observar en las declaraciones de las especialistas que la legalidad del aborto terapéutico se encuentra con más barreras, cuando la mujer embarazada es una menor de 14 años, donde se tiene información que este es un embarazo de alto riesgo y que además es no deseado y que esos casos han sido producto de violaciones y que las víctimas al darse cuenta del embarazo, caen en depresión e intentan suicidarse. Sin embargo, el personal de salud no tiene una información clara que esta es una causal para el procedimiento del protocolo por la afectación de la salud mental, porque no relacionan el deterioro de la salud mental como eminente peligro para las mujeres gestantes que no desean continuar con el embarazo.

### **Causales para la aplicación del protocolo**

“Como dije hace un momento, sé que existen 10 causales, no sé de qué se trata cada uno yo ingreso por bipolaridad, por mi problema de salud mental, esa es una causal adicional creo que la once, aunque no entiendo muy bien, entiendo que el aborto está autorizado siempre y cuando afecte la vida y ponga en riesgo la vida de la paciente de la madre o algo así es lo que me han explicado”.  
(L.G., usuaria de los servicios de salud)

La guía técnica establece un grupo de consideraciones clínicas específicas que permiten al prestador de salud proceder con la interrupción voluntaria del embarazo, debido a que estas afectan la salud de la gestante o la ponen en eminente peligro. Las mujeres entrevistadas no conocen con certeza cuales son todas las causales planteadas en la guía, muchas de ellas hacen referencia a que se mencionan múltiples aspectos relacionados a su vida y su salud, principalmente mencionan la causal once, la cual específica a cualquier patología materna que ponga en riesgo la vida de la gestante, en la cual se debe entender que comprende tanto a la salud física, como la mental.

## Riesgos del embarazo

“Riesgos en el embarazo, en el sentido cosas que se puedan presentar durante el embarazo. Aborto espontáneo, caídas, accidentes, infecciones de tracto urinario, infecciones de transmisión sexual (VIH), demasiados síntomas de embarazo. Más o menos. Yo en mi primer embarazo sufrí de preclamsia y bueno sé que eso es un riesgo, la parte de la tensión, la presión arterial y esas cosas. Más o menos así sé”.  
(S.R., usuaria de los servicios)

En un embarazo típico las mujeres presentan diversos síntomas, pero hay ocasiones en las que pueden aparecer determinadas alteraciones o complicaciones más graves que requieren la intervención del médico y que fueron señaladas por las mujeres entrevistadas:

- Hemorragias vaginales
- Dolores de estómago
- Dolores de cabeza persistentes
- Molestias en la zona de los riñones
- Vómitos y mareos al orinar
- Fiebre
- Reacciones alérgicas
- Cansancio excesivo

En casos de presentarse síntomas que colocan un alto riesgo el embarazo, se plantea la interrupción del embarazo, pero existe poco conocimiento sobre que exactamente podría suceder frente a un embarazo de riesgo. Asimismo, podemos evidenciar en las declaraciones de las mujeres que los riesgos del embarazo identificados solo están basados en la parte física y no en la emocional, dejando de lado el concepto de salud integral el cual conecta al bienestar general físico y emocional al cual toda persona debe tener derecho.

## Procedimientos usados para la implementación del protocolo

“Primero hay que presentar una solicitud, en mi caso primero fui a la psiquiatra quien me mando a una interconsulta, la doctora dio un diagnóstico y le dijo que era viable por riesgo de vida, entonces luego tenía que hacer otros trámites administrativos, todo era muy confuso y complicado, tuvo que solicitar apoyo porque yo sola no hubiera podido, deberían hacer más sencillo todo, imagino si hubiera estado sola, tal vez no habría podido”.  
(M.A., usuaria de los servicios de salud)

El procedimiento administrativo básico para la implementación de la guía plantea que, e”l trámite se inicie con la petición de la gestante a la Jefatura del departamento de Ginecología, con expresión de causa. Si la gestante se encuentra impedida de prestar su consentimiento, lo hará su representante legal” (Ministerio de Salud 2014: 6). En sí Los procedimientos administrativos pueden ser muy engorrosos y aturdir a la gestante que se encuentra en un estado de vulnerabilidad debido a su caso clínico y emocional, además el procedimiento no se aplica en todos los establecimientos de salud y hasta que la paciente sea derivada a una institución donde puedan revisar su caso, el plazo de los tiempos puede cambiar y perjudicar su proceso.

“No, ósea lo que me explicaron cómo iba a ser el procedimiento era claramente internarme, que me iban a estar colocando unos medicamentos para que se estimulara, eso pues y cuando saliera me iban a meter a quirófano para hacerme un legrado, lo que

es un curetaje, una limpieza del útero. Eso es lo que supe. No me explicaron el por qué ese proceso y no otro”.  
(M.V., usuaria de los servicios de salud)

Las entrevistadas manifestaron que los procesos para acceder a la interrupción del embarazo no estaban explícitos, por ello se debe de tener una guía práctica a través del área de consejería donde informen a las usuarias sobre los pasos que ellas deben realizar y el tiempo que el proceso durará.

Además de todo lo expuesto, es importante que ellas sepan que hacer en el caso que el procedimiento le sea negado en una primera instancia. Es por ello que es imprescindible que tengan un acompañamiento de consejería que maneje el área médica y legal para que pueda orientarla en todo el proceso de manera integral cuidando así de su bienestar físico y psicosocial.

En las declaraciones de las especialistas legales en el tema podemos observar que el procedimiento que manifiesta la guía de interrupción voluntaria no identifica específicamente cual es la ruta a seguir en el caso la usuaria sea menor de edad, de manera que este procedimiento no sea engorroso y la pueda afectar más.

### **Atención Post Aborto**

En relación con la atención post aborto podemos precisar que este tipo de servicio requiere de un monitoreo más exhaustivo, que brinde información precisa y oportuna acerca de su importancia a las usuarias que voluntariamente acceden a la interrupción voluntaria del embarazo por indicación terapéutica. Además, se debe considerar a este paso como un proceso importante, ya que de este depende la recuperación óptima de la usuaria después de haberse realizado el procedimiento.

“Bueno, honestamente tenía que volver en una semana al hospital y no volví. En el momento que me dieron de alta y me dieron el papel donde estaban las indicaciones que tenía que cumplir y una de ellas era que tenía que ir en siete días a la consulta nuevamente. No me explicaron el por qué era tan importante ir. Me hubieran explicado, me hubieran dicho cosas, así yo digo ¡huy! tengo que ir, pero no. No me explicaron, que era parte del protocolo. Simplemente me dieron de alta y me dieron mi papel”.  
(M.A, usuaria de los servicios de salud)

En las declaraciones de las usuarias, podemos observar que manifiestan que han recibido indicaciones básicas como por ejemplo que deben de regresar a ser atendidas luego de acceder al proceso de interrupción del embarazo, pero que algunas de ellas no le tomaron la atención debida a esa indicación, porque no creyeron que esta fuera de vital importancia. En este contexto se plantea que se deben establecer indicadores para medir cuántas mujeres realizan la atención post aborto y la calidad con la que se brinda la misma.

### **Proceso de recuperación**

“El doctor solo firmo una orden y me dijo que estaba de alta, la enfermera me dijo que tenía que volver para una revisión que yo o un familiar tiene que hacer un trámite administrativo. No me dijeron como sería el proceso de recuperación, ni que síntomas podrían presentarse en los siguientes días y que debería hacer y en qué casos debería acudir al hospital o llamar al doctor”.  
(M.V., usuaria de los servicios de salud)

En cuanto al proceso de recuperación podemos observar en las declaraciones de las usuarias, que principalmente han presentado durante este período sangrado vaginal, el cual a veces duro una semana, dolor abdominal, congestión en el pecho y goteo de leche. Asimismo, la mayoría de las usuarias manifiesta que no recibieron información acerca del proceso de recuperación a pesar de que se encuentra normado en la guía.

#### **4.2 Resultados relacionados a la implementación del protocolo de aborto terapéutico.**

##### **La implementación del protocolo de aborto terapéutico en los establecimientos públicos**

En las declaraciones realizadas por los especialistas logramos observar que la implementación del aborto terapéutico es aún limitada y que el ente rector responsable de garantizar su estricto cumplimiento a través de su aplicación masiva y monitoreo del proceso no muestra evidencias claras y oportunas acerca del alcance a nivel nacional.

Los especialistas reconocen que es importante la difusión de la guía para su implementación, no obstante, también identifican que a este proceso se le contraponen barreras de tipo: moral, promovida principalmente por sectores fundamentalistas y económicas, esta última relacionada al presupuesto insuficiente para su ejecución.

Se reconoce también que se han producido casos de muerte materna que podrían haberse previsto con el protocolo. Lamentablemente el protocolo no se implementa en muchos establecimientos de salud en parte porque la guía de salud sexual y reproductiva no cataloga el alto riesgo de no realizar el procedimiento de forma oportuna.

“Yo observo que algunas otras instituciones la gran mayoría de obstetras no están al tanto del protocolo, de la guía, no saben; también los propios residentes que están en proceso de formación no lo conocen. Entonces eso si correspondería al gremio médico, al departamento de obstetricia que difunda a los proveedores. Yo creo que también es una deficiencia. Porque también hay que informar a los que van a proveer el servicio, los proveedores que conozcan bien la guía. Su desconocimiento hace que comiencen con la negación, Yo no hago eso, ni siquiera han leído cuales son las características, cuáles son los requisitos”.

(Especialista de Salud, Ministerio de Salud)

Los especialistas en salud entrevistados coinciden en señalar que la mayoría de los profesionales de salud y los residentes no conocen la guía sobre la interrupción voluntaria del embarazo, por lo cual además de ser necesaria su difusión por parte del Ministerio de Salud también consideran que los distintos gremios relacionados a la salud deben apoyar en su difusión.

Por otro lado, los profesionales de salud que conocen la guía no la difunden y cuando hay que aplicarla no lo hacen, le buscan ciertos pretextos, no solamente morales sino legales, interpretan a su conveniencia la norma, por ejemplo interpretan como si el comité debe de ser ad hoc, que debe ser nombrado y debe estar a cargo de todo lo relacionado al aborto terapéutico, cuando la norma específicamente no es así, lo que se forma inmediatamente con el jefe de guardia es un comité, con los médicos que estén disponibles en ese momento para adoptar acciones inmediatas y no burocratizar formando un comité responsable del aborto terapéutico.

“Nosotros tuvimos un foro sobre Salud Sexual y Reproductiva y donde estaba este tema haciendo un balance del aborto terapéutico, estuvo el MINSA y si determinaron e hicieron un mea culpa que no hubo una buena estrategia de difusión, que hubo muchas barreras

con los profesionales de salud y menos se había trabajado en temas de consejería y mucho menos para mujeres, incluso admitieron que no habían designado presupuesto, un presupuesto efectivo, sólo habían designado 500, 000 soles. Imagínate".  
(Especialista en Salud, Organización No Gubernamental)

Se reconoce que además de la difusión de la guía mediante distintos medios se debe brindar información en la consejería, en los servicios de planificación familiar, ginecología y trabajar además con organizaciones de la sociedad civil para que apoyen en la difusión de la guía a través de medios de organización social y campañas de abordaje comunitario y también que apoyen en las actividades que promueven el fortalecimiento de competencias dirigidas a los prestadores de servicios de salud.

"Pero en los planes operativos del Ministerio de salud no estaban contemplados por que, no había presupuesto asignado, no había una planificación para poder implementar las regiones, y menos aún para un seguimiento sobre esos casos, Y eso fue problema básicamente de difusión e implementación en las regiones. A nivel nacional solo existen 9 regiones que han implementado el protocolo terapéutico del aborto".  
(Especialista en Salud, Ministerio de Salud)

En las entrevistas a los especialistas de salud, se resalta que en las actividades de información al personal de salud debe involucrarse al personal directivo y a todo el personal del establecimiento de salud. La participación de los directivos permite obtener el compromiso en los distintos niveles sobre la implementación del protocolo, incluyendo medidas internas que permitan definir herramientas de monitoreo que impulsen el cumplimiento de cada uno de los procesos establecidos en la guía.

El conocimiento limitado acerca del aborto terapéutico y de los procesos a seguir para su implementación, la hace ver como un proceso complejo. En las entrevistas realizadas a los especialistas en salud podemos identificar que ante el desconocimiento varios profesionales optan por no atender el procedimiento o si lo hacen lo sub registran como aborto incompleto u otra causa para evitar realizar los trámites administrativos. El registro inadecuado de los casos genera la pérdida de información de mujeres que acuden a los servicios y requieren ser atendidas en el marco del protocolo, lo que no permite contar con cifras exactas sobre el número de atenciones, por ejemplo, si se solicita la información exacta al Ministerio de Salud sobre cuantos abortos terapéuticos se han producido no se tiene ese dato porque esa información el Ministerio la obtiene de la oficina general de información que maneja los datos básicamente de codificación y a través del HIS. Los abortos terapéuticos muchas veces se codifican como aborto incompleto o embarazo ectópico.

En algunas ocasiones se ha evidenciado que se le niega la atención a la gestante haciendo que el tiempo se dilate y no brindando una respuesta oportuna, lo cual genera que las mujeres acudan a servicios privados para ser atendidas poniendo muchas veces en riesgo su vida.

El Foro Salud solicitó en el 2017 por acceso a la información, el número de abortos terapéuticos en 16 regiones, en total se recabó información de 4 entidades que respondieron entre Diresas y hospitales, informando que respondieron que solo se atendieron 77 casos como aborto terapéutico, sobre 21,984 abortos realizados en el año en las mismas instituciones, esa proporcionalidad es poco creíble. Algunos especialistas en salud entrevistados mencionaron que en general la cultura médica es de facilitarse las cosas y plantean a las usuarias cambiar el diagnóstico, "sabe señora le pongo aborto incompleto y resolvemos las cosas, usted vino por un aborto incompleto y se lo hacemos", a esta situación se ha denominado el subregistro voluntario.

"El secreto está en llegar a las mujeres y que conozcan y ejerzan sus derechos, Dr. Va a tomar la decisión o sino voy a llamar a un medio de comunicación, a cuando oyen eso,

“esa es una problemática hay que solucionar el problema” La mujer tiene que amenazarlos o ser consciente de que se va a quejar, ahí lo solucionan, ahí no hay vuelta que darle que no hay sala, que tienen muchas por operar, Pero si la mujer no reclama, se queda 1 día, 5 días, 7 días, hasta que la señora no aguanta más “señorita, quiero mi alta llame al doctor”.

(Especialista en salud, Colegio de Obstetras)

Para hacer frente a las barreras de la implementación de la guía técnica sobre la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo, muchos especialistas recomiendan que además de sensibilizar al personal de salud y los jefes de departamento de los hospitales es necesario realizar acciones vinculadas a la demanda de la atención.

En el trabajo con las mujeres de organizaciones sociales de base, las especialistas de organizaciones no gubernamentales reportan que hay un grupo de mujeres que han estado haciendo vigilancia por salud materna, ellas empezaron a hacer seguimiento a las muertes maternas que habían identificado y resultaba que la gran mayoría de muertes era por mortalidad materna indirecta eso significaba que debió haberse conocido el protocolo. Ellas referían que muchas de las muertes que habían identificado eran muertes que podían prevenirse, por ejemplo, había mujeres que sufrían del corazón, mujeres con hipertensión que podrían haberse atendido en el marco del protocolo de aborto terapéutico.

Los especialistas en salud reportan que el único establecimiento que está implementando el aborto terapéutico como señala la guía, considerando los derechos de las usuarias, es el Materno perinatal de Lima, aunque la casuística que se tiene ahora es muy poca todavía, existiendo una demanda potencial para introducir este tipo de implementación.

El procedimiento del aborto terapéutico se realiza en los establecimientos del sistema de salud a partir del segundo nivel de atención, los casos que llegan al primer nivel deben ser derivados de forma inmediata, lo cual no sucede en algunos casos se informa a la usuaria que tiene un embarazo complicado y que debe de ir a otro establecimiento, pero no por un aborto terapéutico.

### **La atención del personal de salud en el proceso**

Respecto a la atención del personal debemos de considerar lo que establece la norma técnica para la interrupción voluntaria por indicación terapéutica en el punto 6.5, en la que hace referencia a: “Información y orientación/consejería” y menciona a la atención en general por parte de los prestadores de salud y los convoca a que esta se desarrolle dentro de un ambiente de respeto a los derechos humanos y que consideren que la finalidad de este procedimiento es promover el bienestar de la gestante.

Para contar con prestadores de salud competentes en la información y orientación sobre este procedimiento, es importante se potencie sus capacidades de contenido en el tema y sobre todo las actitudinales para que sean empáticos, asertivos y dejen de lados los prejuicios morales al momento de atender a una usuaria en esa condición de riesgo físico y psicológico.

“La dirección tiene mucho que ver. Por ejemplo: casos que yo conozco, en Villa el Salvador el hospital López Silva, creo. No sé si seguirá el mismo director, el director se alinea muy bien, trabajó con Médicos del Mundo Francia. Capacitaron al director, capacitaron a los médicos. Es que es el director que está ahí, está alineado- se hace y se hace-, esto es legal y hay que hacerlo, la mujer, y todo fluye. Allí hubo un trabajo muy específico, muy focalizado con diferentes públicos, con el director, los ginecos, las

obstetras. Porque si no el Director que calla, ni abona, ni se opone, tampoco. Puede pasar cualquier cosa”.  
(Especialista en salud, colegio de Obstetras).

En este accionar de competencias del personal, debemos de rescatar la importancia de contar con el director de la institución sensibilizado en este tema, para que de esa manera pueda dirigir a todo su equipo en la misión de una buena atención a través de estándares de calidad en el desarrollo de todo el procedimiento. Otro actor clave es el jefe de gineco obstetricia, quien ante la pasividad del director puede impulsar la implementación del protocolo, promoviendo la capacitación del personal y que se destinen los recursos necesarios para cumplir con lo establecido en la guía.

“Yo creo que es una excusa más bien, lo de conciencia es una excusa, porque el procedimiento de aborto, es un procedimiento que cualquier gineco obstetra de los más radicales, ya sea de un lado o de otro lado, de iglesia, o agnóstico, o cualquier otra religión que puedan tener lo aplican porque es parte del procedimiento normal de la carrera desarrollar por cualquier médico. Creo que el problema más viene por el hecho posiblemente del proceso”.  
(Especialista en Salud, Ministerio de Salud)

Podemos rescatar dentro de las declaraciones de los especialistas, la importancia que tiene la participación de la sociedad civil en la vigilancia del cumplimiento de derechos. Es clave que se establezcan procesos de monitoreo y evaluación de la aplicación del procedimiento, para que de esa manera se cumplan con estándares de calidad en la atención; ya que algunos especialistas en salud en las declaraciones mencionan que lo que los limita a actuar a sus colegas es la complejidad del procedimiento o excusas personales.

“Creo que si hubiera una organización como nosotros, creo que deberíamos tener como un equipo de asesores, una parte médica, otra psicológica ósea la parte de salud pero también la parte legal, la parte legal juega un papel muy importante porque le das información, les das los elementos, les das la tranquilidad la seguridad cuando eres informada por una experta y te explica esto es así y así, cuando te hablan de leyes, porque con eso empoderas a la mujer y eso es lo que sentí en el caso que paso. Si bien nosotros no teníamos la asesoría legal, la derivamos a otra asesoría legal y a esa mujer le dio ánimo para exigirle a la clínica que le hagan. y ahí nosotros estuvimos y se sintió respaldada”.  
(Especialista en Salud, Organización No Gubernamental)

Especialistas con experiencia en el campo sugieren un modelo en la mejora de la calidad en la atención a través de un tratamiento integral con profesionales de salud médicos, psicólogos y apoyo legal, ya que tienen evidencia comprobada de los altos resultados que esto les ha dado.

### **El equipamiento disponible para la atención**

Si bien podemos apreciar que en la guía no se precisa el equipamiento necesario para la atención en el marco del protocolo, el Ministerio de Salud cuenta con normas técnicas que contemplan el equipamiento que deben tener los establecimientos de salud según el tipo de servicio, unidad y nivel de atención. Por otro lado, desde la experiencia de las usuarias se manifiesta que en algunos casos luego del procedimiento se las ha trasladado para guardar reposo a habitaciones donde han compartido con otras mujeres que han tenido un parto, lo cual afecta su salud mental y emocional.

### **Los trámites que se requieren para acceder al protocolo de aborto terapéutico**

“El trámite fue muy difícil, me encontraba agotada, las citas demoraban, buscar respuestas, no dormía, un mes fui al hospital. Un día era la consulta, otro para la ecografía, otro para recoger los resultados, fue muy estresante”.

(J.R., usuaria servicios de salud)

El protocolo contiene un lenguaje técnico y está dirigido al personal de salud, sin embargo, es importante que la usuaria, quien será atendida bajo esta normativa la conozca, pero con un lenguaje más sencillo. Es importante que la gestante tenga conocimiento acerca de la normativa porque les da mayor seguridad y confianza en el acceso a este servicio, que por derecho se le debe de permitir.

“Uno es que el médico esté informado de la guía y de la implementación y del proceso administrativo. Muchas veces piensan que es la gestante la que tiene que pedir la solicitud, es el médico que tiene que iniciar la solicitud con la determinación de la mujer, no quieren hacerse de ese problema y dejan que la mujer haga todo el trámite, entonces ahí es necesario que se ponga más claridad en el proceso administrativo, determinar que es el médico que tiene que iniciar todo el procedimiento, informando a la mujer y la mujer da su consentimiento”.

(Especialista en salud, Organización No Gubernamental)

Los especialistas en salud reconocen que el protocolo les resulta complejo de implementar porque no conocen todos los pasos a seguir en el proceso. Es importante reconocer que este procedimiento debe ser conocido por todos los médicos, porque evitaría la mortalidad materna y un daño irreversible en la mujer gestante. Además, según la norma técnica es el médico tratante quien debe de informar a la gestante que su embarazo no es viable y este, es quien debe de presentar la solicitud del procedimiento. Sin embargo, en muchos casos es la mujer la que tiene que hacer la presentación de esta solicitud.

Algunos especialistas de salud sugieren que el cumplimiento del proceso y la posibilidad que las mujeres accedan al llamado aborto terapéutico debe ser un indicador de calidad de los servicios de salud, el cual demostraría el respeto a los derechos de las mujeres.

“El aborto terapéutico es para las mujeres que acuden a los hospitales. Entonces para las mujeres que pasan por los centros de salud, ahí no hay nada. Por otro nivel de atención no hay forma de que lleguen, entonces es básicamente para las mujeres que llegan a los hospitales”.

(Especialista en salud, Ministerio de Salud)

Asimismo, señalan que no todas las mujeres que se acercaron a los establecimientos de salud a solicitar atención relacionada al aborto terapéutico, fueron aceptadas, en algunos casos la razón fue porque el embarazo era mayor de 22 semanas. En ese contexto se plantea que las mujeres no llegaron a obtener una atención previa debido a que cuando acuden a un centro de salud y son atendidas pueden pasar varias semanas hasta determinar que existe un problema de salud y luego de eso se le refiere a un establecimiento del segundo nivel de atención. El acceso a la atención se ve afectado si las mujeres están en una capital de provincia o una zona rural, lo cual complejiza su atención debido a la transferencia burocrática para el traslado y el acceso a transporte.

La ruta de atención no debiera pasar los 7 días, pero suceden casos en que la junta médica se forma el día 1 y de ahí depende si los médicos están dispuestos o tienen que buscar al especialista, en hospitales regionales, por ejemplo, el especialista no siempre está todos los días, algunos especialistas acuden el fin de semana otros van una sola vez al mes, hasta que el especialista puede emitir su recomendación se va alargando el tiempo.

También se da el tema de la corrupción, se informa que algunos profesionales sugieren a las mujeres que para tener una atención más rápida y oportuna podrían atenderlas en sus clínicas o consultorios particulares; ante la demora y la preocupación por que se complique su situación de salud varias de las mujeres aceptan ser atendidas en estos



lugares. Se comenta además que varios profesionales realizan estas atenciones con recursos del establecimiento de salud, insumos médicos, personal o lo hacen en las horas en las que debería estar trabajando en el hospital.

“Ahora no sé, si todo es cubierto por el SIS, porque aquí todo es discrecional el personal de salud te dice “Si, pero un aborto terapéutico no va porque es una elección no es una emergencia” Si no tuviera otro seguro tiene que ser atendida por el SIS. No sé si por el caso del aborto terapéutico lo pasan. Sería bueno que lo cubriera, porque sería también una barrera identificada – sería 100 soles, 200, 300 o 500 para las mujeres es un tema”.  
(Especialista en salud, Ministerio de Salud)

Se observa que no todas las mujeres son atendidas por el Sistema Integral de Salud, se entiende que todas las complicaciones, del primer y segundo trimestre del embarazo debe de ser atendidas por el SIS, pero muchas veces esto queda a discreción del personal de salud porque deducen que el aborto terapéutico es una elección y no una emergencia. Además, si las mujeres deben pagar por la atención esta sería una barrera adicional para que las mujeres accedan al servicio, debido a que muchas no cuentan con los recursos suficientes para realizar el pago solicitado.

### **Los tiempos de espera para acceder a la solicitud de atención.**

“Más se demoró, en el propio hospital no se demoró nada, pues más me demoré de un hospital a otro. Que me iban refiriendo, refiriendo, pasaron 6 a 7 semanas. En el propio hospital no se demoraron nada, en los otros hospitales no me explicaron. Me decían que no”.  
(G.C., usuaria de servicios de salud)

También podemos observar que se incumple la Norma técnica o protocolo de atención con especificación en “el lapso desde que la gestante solicita formalmente la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de veintidós (22) semanas hasta que se inicia la intervención en forma oportuna que garantice la eficacia de la intervención, la que no debe exceder de seis días calendarios” (Ministerio de Salud 2014: 3). Esta norma está pensada en cumplir con lo mínimo que un paciente requiere y sabemos que por las condiciones de la paciente en la que está en riesgo su vida el tiempo de atención debe de ser el menor posible, sin embargo se evidencia en las declaraciones de las usuarias que estademora más tiempo del que se estipula en la Norma Técnica.

### **Atención Post Aborto**

Con relación a la atención post aborto podemos precisar que este tipo de servicio requiere de un monitoreo más exhaustivo, que brinde información precisa y oportuna acerca de su importancia a las usuarias que voluntariamente acceden a la interrupción voluntaria del embarazo por indicación terapéutica. Además, se debe considerar a esta atención como un proceso importante, ya que de este depende la recuperación óptima de la paciente después de haberse realizado el procedimiento de la interrupción voluntaria del embarazo.

“Bueno, Honestamente tenía que volver en una semana al hospital y no volví. Es mi responsabilidad. En el momento que me dieron de alta y me dieron el papel donde estaban las indicaciones que tenía que cumplir y una de ellas era que tenía que ir en siete días a la consulta nuevamente. No me explicaron el por qué era tan importante ir. Me hubieran explicado, me hubieran dicho cosas, así yo digo ¡huy! tengo que ir, pero no. No me explicaron, que era parte del protocolo. Simplemente me dieron de alta y me dieron mi papel”.  
(G.C., usuaria de los servicios de salud)

En las declaraciones de las usuarias, podemos observar que manifiestan que han recibido indicaciones básicas como por ejemplo que deben regresar a ser atendidas luego de acceder al proceso de interrupción del embarazo, pero que algunas de ellas

no le tomaron la atención debida a esa indicación, porque no creyeron que este fuera de vital importancia.

En este contexto, se plantea que los establecimientos de salud cuenten con indicadores que permitan medir como se realiza la atención post aborto a la usuaria, indicando por ejemplo, que información se le ha compartido, el tiempo de la atención y si todas sus dudas fueron aclaradas.

### **El manejo de posibles complicaciones**

“En general me atendieron bien, me realizaron análisis de sangre para ver si tenía o no anemia, me realizaron la ecografía antes, pero si una cosa descuidó, fue que el doctor no me explico que era una contracción, solo me dijo que iba a doler un poco, fue mucho dolor, fue como un parto, ya las otras pacientes me contaron que ese dolor muy fuerte era una contracción”.

(M.S., usuaria de los servicios de salud)

La norma técnica indica que es responsabilidad de la persona a cargo del procedimiento, el explicar y dar la información oportuna y detallada de lo que puede acontecer antes, durante y después de la intervención; incluyendo las posibles complicaciones. De acuerdo a las declaraciones de las usuarias, observamos que no siempre les comunican la información completa sobre las complicaciones en el procedimiento, lo cual genera en ella y sus familiares incertidumbre al no saber lo que está sucediendo y como se debe afrontar la situación.

### **Situaciones relacionadas al estigma y discriminación antes, durante o después de la implementación del protocolo.**

“Yo creo que específicamente lo que sucede, es que, a la mujer cuando va a hacer un procedimiento de un aborto, se le estigmatiza porque es una mala madre, porque no le quiere al hijo. Este estigma sigue siendo un gran problema para los prestadores de salud, sobre todo por la formación que ellos tienen. La formación universitaria no humaniza la prestación y sigue habiendo la violencia obstétrica que es un campo que hay que explorar. Una alternativa es que la usuaria pueda denunciar algún tipo de maltrato, que no se está documentado por el momento, para nosotros poder intervenir directamente”.

(Especialista en salud, Ministerio de Salud)

En la guía se señala que la paciente tiene derecho a tener toda la información, respeto a la dignidad y respeto a la igualdad y no discriminación y esto se manifiesta en el trato que ella puede recibir. En ese sentido podemos señalar que las pacientes no sienten un trato empático por parte del personal que las atiende. El personal debe de estar preparado y capacitado para dar una atención con oportunidad y con trato amable, que contribuya a la recuperación de la salud física y mental de las usuarias. Es necesario que se realice una capacitación con el personal para que el procedimiento se realice con empatía y asertividad.

“Hay todavía estigma y discriminación muy marcada en los servicios, además del entorpecimiento para que las mujeres puedan llevar adelante su decisión, lo cual es sumamente grave, no quiero decir que no sea importante la discriminación, ni relevante, claro que sí, pero hemos encontrado entorpecimiento. Todo esto obstaculiza que lleves adelante tu decisión, lo que es aún más grave”.

(Especialista en salud, Ministerio de Salud)

Las usuarias reportan que una forma de discriminación se evidencia en el trato mostrado por el personal de salud, que se manifiesta en la manera de expresarse hacia ellas o que limiten su derecho de acceso al servicio como por ejemplo que demoren su atención y se pase la semana 22. Por ejemplo, el personal de salud comenta algunas veces que

la mujer se tiene que sacrificar por tener a sus hijos en sus vidas, lo cual se relaciona con el constructo de la maternidad como producto del proyecto de vida de las mujeres, lo que hace que se presione mucho en sus decisiones con respecto a continuar o no un embarazo.

“Porque habían encontrado que la paciente había llegado poniéndose pastillas de Misoprostol y a la hora del examen el medico encuentra las pastillas que no se había terminado de deshacer y el médico y la enfermera arremetían contra la paciente. Y entonces yo hablé con mi colega y le dije tú eres juez, fiscal, policía, porque tienes que estar diciendo eso a la paciente, la misión es atender, porque está sangrando no juzgar. Imagínate esa chica sea tu sobrina, tu ahijada, tu hija, eso no debemos hacer. Creo que con eso se curó. La mujer se va a recordar toda la vida, no que tuvo el aborto sino como la tratamos, aquí, y va a decir, así tratan en el hospital”.

(Especialista en salud, Colegio de Obstetras)

Algunos profesionales señalan además que hay un doble discurso en el señalamiento a las mujeres que acceden al aborto, por ejemplo, si identifican que una mujer utilizó alguna medicación para provocarse un aborto, entonces mencionan que esa mujer es una asesina y deben hacer la denuncia, frente a una situación de violencia sexual donde deben reportar y hacer la denuncia, pero evitan hacerlo porque dicen que los procedimientos son muy largos. Estas situaciones sin duda ponen de manifiesto como los valores y las miradas personales afectan la actuación de los prestadores de servicios de salud frente a las mujeres.

### **El apoyo o ayuda que recibió de algún familiar, amigo(a) o institución en este proceso**

La interrupción del embarazo por indicación terapéutica o aborto terapéutico tiene por finalidad salvar la vida de la gestante o evitar en su salud un mal grave. Sin embargo, se le contraponen el peso moral y legal, que ha causado que esta no se visibilice como un procedimiento médico terapéutico, al que cualquier mujer en nuestro país puede acceder en el caso que su situación lo requiera. La poca difusión y entendimiento de este proceso, hace que el proceso sea poco accesible para muchas mujeres en situación de riesgo, convirtiéndose en una barrera que afecta aún más el estado en el que se encuentra la gestante. Si de por sí, esta es una decisión complicada a la que tiene que recurrir con poca información, a todo esto se le suma la presión de amigos o familiares que en su mayoría cuentan con el mismo o menos conocimientos que la gestante y también se sienten complicados en su decisión de apoyar a la mujer, porque muchas veces consideran que es algo incorrecto o ilegal. Por todo ello, muchas de las entrevistadas mencionan que tuvieron un escaso acompañamiento o apoyo por parte de sus familiares, donde la barrera que los limitaba era el desconocimiento o la información errónea.

“He escuchado un par que yo no he visto, donde estaba la sospecha de que más bien la madre estaba dubitativa. Incluso ante el ofrecimiento del sistema de salud de la existencia del aborto terapéutico, esta mamá, esta mujer, hizo una queja contra la profesional de salud que le dio la información del aborto terapéutico, porque considero que estaba ofreciendo algo ilegal. Pero los otros dos casos, que he visto, más bien si han sido de soporte. Bien importante”.

(Especialista legal, Organización No Gubernamental)

Algunos especialistas o prestadores de salud también manifestaron en sus declaraciones que los familiares se han incomodado porque les han ofrecido este procedimiento de interrupción como alternativa de solución ante un evidente riesgo para la gestante si prosigue con la gestación.

“Es clave el acompañamiento, si bien la usuaria es la única que puede decidir sobre ella hay muchas enfermedades y patologías que involucra la salud mental de la mujer y por lo tanto ellas siempre tiene que ir acompañada de algún familiar directo o algún acompañante en caso porque la información tiene que ser compartida. Siempre es importante ante cualquier patología de este tipo que la mujer este acompañada o brindarle información compartida a la familia, porque muchas veces, si bien depende de la mujer, el entorno es importante para darle soporte emocional”.

(Especialista en salud, Ministerio de Salud)

El apoyo por parte de la familia o amigos se menciona como importante para los especialistas entrevistados. En ese sentido, podemos observar que en las declaraciones se menciona la responsabilidad que debe tener el servicio de salud a través de la consejería para respaldar al acompañante y resaltar su importancia, orientándolo de manera adecuada para que en este proceso sea el soporte emocional de la gestante. La importancia de este acompañante, también es porque existen decisiones que se deben de tomar de manera urgente, es decir la gestante puede tener una complicación y no encontrarse en todas sus facultades físicas y emocionales y de esa manera ella tendría un mayor soporte o alguien que la represente en la toma de decisiones.

“Si la paciente estuviera acompañada de un familiar, o la compañía que tenga, Diría: Quiero hablar con el médico. Estoy tantos días acompañando, y yo no veo que ustedes hacen el procedimiento, díganme cuanto va a durar, de que depende, tengo que hablar con el director, que se yo. Ósea es bien importante empoderar a la gente sobre sus derechos, exactamente sobre esto con mayor razón, Es clave”.

(Especialista en salud, colegio de obstetras)

La mayoría de operadores de salud comentan casos en los que la aplicación del procedimiento está presentando muchas complicaciones en tiempos, toma de decisiones por parte de los operadores de salud y en los que la gestante por desconocimiento o por su estado emocional se encuentra sin obtener respuesta y no exige su derecho, las especialistas opinan que, si hubiera un familiar vigilando el proceso o exigiendo, el operador de salud tendría un mayor cuidado o los descuidos administrativos serían menores.

“Los familiares no pueden tener el acceso al servicio durante la atención, durante la hora de trabajo, solo en la hora de visita. No se tiene permitido el acceso de las personas durante el proceso. La consejería si, en consultorios, cuando llegan con la familia, con el esposo, ahí si se hace. Pero en el mismo servicio no tienen acceso, solo en horario de visita, ya es por el reglamento de la institución”.

(Especialista en salud, Ministerio de Salud)

Por otro lado, el acompañamiento por parte de un tercero, ya se familiar o amigo en todo el proceso de la interrupción voluntaria, se encuentra restringida por barreras administrativas dentro del centro de salud, ya que podemos observar según la directiva que cada lugar establezca, que algunos especialistas de salud señalan que el familiar solo acompaña hasta la consejería, pero en los otros pasos del proceso, la paciente se queda sola y sus familiares o amigos ingresan a la hora de visita.

#### **4.3 Resultados sobre las expectativas relacionadas a la atención y los servicios recibidos.**

##### **Expectativas sobre la implementación del protocolo para el aborto terapéutico en los establecimientos públicos.**

“En realidad, no tenía mucha expectativa con el hospital, mi única esperanza es que la doctora me ayudara, la psiquiatra. Mi embarazo había avanzado, tenía como 4 meses,

ya estaba grande y me demore porque mi pareja un día me decía que ya, lo tuviéramos, y el otro se enojaba, me gritaba y además yo no me encontraba bien emocionalmente". (B.T., usuaria del servicio de salud)

Oye de verdad, que en ese momento estaba un poco aturdida, porque me afecto mucho emocionalmente. No tenía expectativa de las cosas. Sólo decía que ojalá me atiendan bien y que todo salga bien que es lo que pido, que no tenga ninguna complicación (L.G., usuaria del servicio de salud)

Las expectativas de las usuarias sobre la atención en los establecimientos de salud están relacionadas a la urgencia de ingresar al servicio y que se resuelva su situación de salud, debido a que por lo general luego de pasar por un proceso burocrático de referencia llegan al servicio después de varias semanas de haber detectado el problema de salud. La atención no se solicita en el marco del derecho a la atención debido a la desinformación, el miedo y la confusión que existe por la interrupción legal del embarazo, generalmente su expectativa está centrada en encontrar apoyo y entender esa atención como "un favor" y no como un derecho. Cuando están en el establecimiento de salud al no contar con información sobre cuál es el proceso a seguir evalúan la atención como como resolutiva sin hacer referencia a la calidad del servicio recibido o si se cumplieron con todos los pasos del proceso como por ejemplo tener citas de seguimiento posteriores al procedimiento.

### **Expectativa sobre el trámite administrativo**

Esperaba que el trámite sea más rápido pero seguro era porque coincidió con las fiestas de fin de año; la doctora me tranquilizaba y me decía que el hospital estaba implementado, pero demoraron mucho en atenderme y el trámite me pareció engorroso (M.A., usuaria del servicio de salud)

Las usuarias entrevistadas manifestaron que cuando acudieron al establecimiento de salud, no se les brindo toda la información que esperaban recibir sobre la interrupción del embarazo, no se les explico sobre los pasos a seguir y el proceso tardo más de lo inicialmente esperado, debido principalmente a la demora en la respuesta al trámite documentario y según sus declaraciones porque observan que los profesionales de salud evaden su compromiso y aún tienen miedo de hacer el procedimiento por los prejuicios relacionados al mismo.

"Muchas mujeres sienten culpa, cuando sabemos que este feto ya no es viable, porque va a nacer y va a morir y va a tener 9 meses que aguantar con la angustia esa mujer de que hay un producto que esta alterado, que realmente es incompatible con la vida". (Especialista en salud – Ministerio de Salud)

Debido al escaso conocimiento sobre el protocolo de interrupción voluntaria del embarazo muy pocas mujeres comentaron que solicitaron directamente la atención debido a la desinformación sobre la norma y al temor o el cuestionamiento si están haciendo lo correcto, surgiendo ideas como si estuvieran quitándole la vida a un ser, con lo cual aparece el sentimiento de culpa.

Se evidencia que en algunos casos el trámite administrativo incluye la admisión al establecimiento de salud, debido a que existe poca disponibilidad de camas, por lo cual ante esta situación y la insistencia de las mujeres y sus familiares o acompañantes son admitidas en camillas hasta que las camas para la atención estén disponibles.

## **Importancia relacionada a que el establecimiento de salud cuente con mecanismos para atender las quejas o reclamos de los pacientes**

Por ejemplo, que, si no lo tome a personal, había una licenciada una obstetra de turno que tenía un genio. Bueno yo entiendo a las personas. La señora un día estaba bien y otro mal. Un día recuerdo que nos fue a tomar la temperatura y nos puso el termómetro a cada una éramos 4 pacientes en la habitación y ella salió de la habitación y habían pasado más de 10 minutos y ella no regresaba y todavía teníamos el termómetro en la boca, entonces nos sacamos el termómetro vimos la temperatura y que cuando llegue le decíamos, porque anteriormente había otra chica nos sacábamos el termómetro y le decíamos. Entonces la obstetra se molestó. Ella nos dijo que ella era la profesional, que ella no estaba jugando, no se había ido a leer periódicos, ni nada por el estilo, así que, si nos dejó el termómetro, nos teníamos que quedar con el termómetro en la boca. no me pareció que fue la mejor forma de decirlo, pero estamos en un hospital público no fue la mejor forma.

(L.T., usuaria del servicio de salud)

En el hospital hay un área que se llama área de calidad, pero hay quejas de pacientes, hay reclamos, pero hay tantos reclamos también porque hay alta demanda, hay pocos recursos humanos, que hasta la oficina de calidad que lo que hace es simplemente mandar un documento, ha llegado tantos reclamos, los hace observaciones y punto.

(Especialista en salud – Ministerio de Salud)

Una posibilidad frente a la demora, la burocracia para la atención y los maltratos recibidos en el servicio, es presentar una queja o reclamo en el libro de reclamaciones del establecimiento de salud, donde las mujeres pueden dejar evidencia de las dificultades que están atravesando para su atención. No existe mucha confianza de las mujeres en los resultados que puedan darse al realizar el reclamo y ejercer el derecho como usuarias de los servicios, pero según lo manifestado por los prestadores de servicios de salud, el libro es revisado por el director del establecimiento, su asesor y el área de calidad y se solicita al personal que realice un seguimiento y emita un reporte de cada caso, buscando como resolver las situaciones denunciadas. En el caso no se reciba atención frente al reclamo presentado se puede acudir a la dirección a exponer la situación y buscar que el problema se resuelva. El libro de reclamaciones es una herramienta que tienen las usuarias para plantear su caso y exigir que se les dé una respuesta a la brevedad.

El Ministerio de Salud presenta una estructura jerárquica, en donde debería transparentarse en la normatividad existente las sanciones administrativas como legales para aquellos jefes de servicios y personal de salud que no cumplen con la implementación de las normas y protocolos de atención.

En procesos denunciados por no cumplir con la atención según lo indicado en el protocolo, la acción ha recaído contra el establecimiento en general y no contra las personas implicadas directamente en la denuncia, porque la acción ocurrió en el establecimiento y es esta instancia que debe responder. Internamente es importante hacer seguimiento si el establecimiento sancionó a las personas directamente involucradas.

En algunas ocasiones las usuarias en búsqueda de justicia y que se les responda frente a la urgencia de su atención en salud acuden a otras instancias como la Defensoría del Pueblo, en donde la Defensoría solicita información a la Dirección del establecimiento y recomienda acciones para la resolución del problema de las usuarias.

Otra instancia mencionada es la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) que es la institución encargada de proteger los derechos de salud de los usuarios, por lo que debería orientar acciones a informar y empoderar a los ciudadanos para su ejercicio al derecho a la salud sin importar donde se atienda o el tipo de seguro que tenga. Según

lo reportado por las usuarias y las especialistas en salud de las Organizaciones No Gubernamentales, SUSALUD está desbordado, el personal que atiende en los temas de quejas y reclamos no es gente formada en derechos. Son mayoritariamente prestadores de salud que no entiende el enfoque de derechos.

Hace un tiempo atrás, cuándo se presentaba un caso de mala atención en una clínica se presentaba una acción ante INDECOPI y funcionaba mejor que SUSALUD porque había más claridad para entender la salud en el marco de los derechos de las personas. INDECOPI funcionaba mejor porque con un servicio privado, las normas del mercado están claras en este país. Entonces, como el mercado funciona mejor cuando te quejabas por un tema prestacional te iba mejor que ahora que tienes que ir a SU SALUD, donde se resuelve con estándares de salud y no con estándares de derechos.

“Por eso ocurre con las compañeras de las ONGs, frente a las cuales de alguna manera están protegidas, en el sentido, los del poder judicial dicen “uy no , guarda porque”, ya sean las Manueles, las PROMSEX, LAS DEMUS , etc. Estas me hacen una marcha, me tumban el quiosco, me sacan en la prensa, no lo sé. De alguna manera hay cierto temor cuando hay una institución ahí litigando”.

(Especialista legal, Organización No Gubernamental)

El Poder Judicial es otra instancia donde se pueden iniciar procesos frente a un tema de abuso y vulneración de derechos en salud, pero se observan situaciones donde la corrupción es muy fuerte y sino litigas con el apoyo de una corporación o una institución el sistema impregnado por la corrupción te hace desistir del proceso.

### **Importancia relacionada a que durante la atención se respete su privacidad**

“Tú compartes una habitación compartes un cuarto, y nosotras conversábamos sobre lo que nos pasaba. Fue tanto así, que no tenía dinero para comprar toallas clínicas, pañales que necesitaba y las chicas que estaban allí me regalaban y me ayudaban, no me quejo”.

(L.V., usuaria de los servicios de salud)

Las usuarias valoran de forma importante la privacidad en el espacio de atención, esto les da mayor sensación de comodidad, aunque a partir de las limitaciones del sistema de salud, encuentran muy valioso cuando comparten el espacio entre varias mujeres el poder conversar de la situación que cada una estaba atravesando y brindarse compañía y apoyo.

### **Importancia relacionada a que el médico le brinde el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas**

“Si es importante eso, que el medico pueda tomarse el tiempo. Eso sí que fue algo muy rápido aquí, al menos con el ginecólogo. Un poco, no sé cómo catalogarlo al doctor, entonces era como que intentarle preguntarle algo al doctor, porque el quería explicarme quizás a su modo y no me terminaba de entender lo que yo quería saber, lo que yo le quería explicar. Comenzaba a explicarle algo y el comenzaba a hablar”.

(M.A., usuaria de los servicios de salud)

Existen situaciones donde las mujeres preguntan y vienen con una lista para que el médico absuelva sus inquietudes, eso demuestra un claro ejercicio de derechos pero según lo reportado por los especialistas de salud entrevistados son los casos menores, frecuentemente sucede que la usuaria pregunta por su situación de salud y el médico al explicarle lo hace con palabras demasiado técnicas que no alcanzan a ser comprendidas del todo por las mujeres o les dejan mayores dudas que al inicio y muchas veces no continúan preguntando por la vergüenza o el temor a no ser comprendidas.

Algunos profesionales de salud manifiestan que no tienen suficiente tiempo para explicarles a las usuarias sobre el procedimiento, porque el sistema plantea que atienda a un número de personas por turno y muchas veces el tiempo dedicado a cada una es muy corto para atender a todas sus dudas. Se observa aquí una clara vulneración del derecho a contar con toda la información posible para decidir sobre su salud.

En otros casos los profesionales de salud no brindan la información a las mujeres y no continúan con la atención amparándose en la objeción de conciencia, pero tampoco se responsabilizan que otro profesional asuma la responsabilidad, esto es una clara barrera de atención del aborto terapéutico el cual debe resolverse y manejar al interior del establecimiento de salud considerando el derecho a la salud y la atención oportuna de la beneficiaria.

“Había un caso un poco complicado y dos médicos están a los pies de la paciente, ella esta acostadas, están los residentes, internos, todos. Y empiezan a discutir, a mi parece acá, por los resultados parece tal cosa. La señora los mira y al final les dice: Dr. y que es lo que yo tengo y él responde Sra. esto es cosa de médicos”.  
(Especialista en salud, Colegio de Obstetras)

Se observa además que los profesionales de salud no consideran como sujetos de derechos a las usuarias sino como receptoras pasivas de sus decisiones e indicaciones, negándose en algunos casos a brindar la información por la suposición que la persona no entenderá lo que él quiere explicar y poniéndose en una posición de esto solo lo discutimos entre profesionales, vulnerando el derecho a transmitir la información de forma clara y sencilla a la usuaria.

Existen además desacuerdos al interior del servicio sobre quien debe informar a la usuaria sobre el procedimiento realizado, muchas veces el médico que realiza las visitas diarias es distinto al que realizó la intervención y se niega a brindar la información a la usuaria sobre su caso, argumentando que quien debe darla es el médico que realizó el procedimiento. Esta situación genera que en varias ocasiones tenga que intervenir el jefe del servicio para brindar la información a la usuaria o los familiares.

Se manifiesta además que en las situaciones donde se realizó un mal diagnóstico las usuarias y sus familiares no son informadas sobre lo que está pasando y no se explica de manera clara sobre la situación en particular, lo cual genera confusión y malestar en la usuaria y su familia que no tienen la información correcta sobre lo que está sucediendo y cuáles son las acciones a seguir. Muchas veces esta situación se resuelve ante la denuncia del caso en la prensa y el jefe o director del servicio deben salir a aclarar la situación.

En este contexto es importante entender la lógica de pasar de “pacientitos a ciudadanos” que ejercen su derecho a la salud utilizando todos los recursos posibles para este fin, en muchos casos al querer recibir una mejor atención se acude a los servicios de salud privados, pasando de “pacientitos a consumidores” lo cual permite resolver la necesidad de atención actual, pero no resuelve el problema de fondo relacionado al sistema y la estructura del sector salud.

### **Importancia relacionada a que el médico u otro profesional que la atendió le realice un examen completo y minucioso**

“Sí es importante, porque quizás a veces vas a un hospital por una razón y resulta que tienes una serie de cosas que ni sabes. Debería ser implementado eso”.  
(P.L., usuaria de los servicios de salud).



Es muy importante realizar un examen completo y minucioso porque si no se corre el riesgo de no realizar un diagnóstico adecuado y tampoco un manejo oportuno lo cual pondría e riesgo la vida y la salud de las mujeres.

### **Importancia relacionada a que el médico u otro profesional que le atendió le inspire confianza**

La confianza es clave en la atención, las usuarias señalan que es importante que el profesional de salud inspire confianza, porque están poniendo en sus manos su vida y su salud.

### **Importancia sobre que el médico u otro profesional que le atendió le trate con amabilidad, respeto y paciencia**

Se valora de forma importante que el profesional de salud atienda de forma amable que tengan paciencia y el tiempo suficiente para responder las dudas y consultas de las mujeres. Asimismo, es importante el respeto a las necesidades de las usuarias cuando el medico plantea la objeción de conciencia, la cual puede plantearse como una posibilidad desde el profesional de salud, pero no hay objeción de conciencia institucional y solo se puede ejercer cuando eso no coloca en riesgo de la persona y hay otro profesional con las mismas competencias a quien derivar.

### **Importancia relacionada a comprender la explicación que le brindó el médico u otro profesional sobre su salud o resultado de la atención**

“La explicación es necesaria, yo no sabía cómo sería el proceso, solo me dijeron te va a doler un poco”.  
(L.A., usuaria de los servicios de salud).

La información que comparten los profesionales de salud con las usuarias debe ser completa y transmitida en términos sencillos y con paciencia, mencionando todo lo que le está pasando en relación a sus resultados, a todas las etapas de procedimiento, cuántos días va a estar aproximadamente en el establecimiento de salud y los controles posteriores a los que debe asistir.

### **Importancia relacionada a que el establecimiento de salud se encuentre limpio y cuente con mobiliario suficiente para la comodidad de los pacientes**

“La buena limpieza evita infecciones, enfermedades”.  
(S.C., usuaria de los servicios de salud).

La limpieza del establecimiento de salud incluyendo el manejo de los residuos sólidos es importante para evitar contaminación intrahospitalaria y así disminuir los riesgos de contraer infecciones y enfermedades distintas a los que la persona ingreso a los servicios. Es importante que la limpieza del establecimiento sea acompañada de una limpieza constante del personal, siendo necesario que cumplan con los protocolos que establecen la necesidad de lavarse las manos antes y después de atender a los usuarios. Según lo reportado por algunas especialistas de los centros de salud existe resistencia principalmente de los médicos de cumplir con este procedimiento.

### **Importancia relacionada a que el establecimiento de salud cuente con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención**

Los equipos para la atención en los establecimientos de salud son claves para cumplir con las indicaciones mencionadas en el protocolo y así evitar que las mujeres corran riesgo en su salud y puedan ser tratadas a tiempo por ejemplo en las hemorragias que podrían presentarse u otras complicaciones que pudieran surgir.

Los especialistas del sector salud indican que existen diferencias marcadas en el equipamiento de los establecimientos de salud, en establecimientos del tercer nivel como la Maternidad de Lima se cuenta con todo lo necesario, de la parte de laboratorio, de centro quirúrgico, banco de sangre, cuidados intensivos. En otros establecimientos en regiones o Lima los equipos son insuficientes para la cantidad de abortos terapéuticos que deben ser atendidos en los servicios. Por ejemplo, no todos los hospitales tienen equipos de AMEU y personal entrenado para su uso, en algunos casos no los tienen porque no los han pedido, tampoco se cuenta con disponibilidad de la sala de operaciones porque están entrando otras emergencias. Entonces el aborto terapéutico lo van posponiendo.

### **Importancia relacionada a no sentirse juzgada por el personal que la atiende**

“A nadie nos gusta que nos miren de forma diferente en ninguna parte, que nos discriminen o estigmaticen ni que nos estén llamando por la enfermedad que tenemos, por ejemplo, mientras estaba internada escuche que pase la del aborto terapéutico, entonces te pones a decir quién es la del aborto terapéutico, no a la que le iban a hacer el procedimiento y medio hospital se entera o que pase a la que le han puesto Misoprostol anoche, entonces ya se olvidan del nombre del paciente”.

(M.P., usuaria de los servicios de salud)

Las usuarias identificaron diversas formas por las cuales son juzgadas por el personal de salud, en algunos casos identifican que debido a sus creencias, prejuicios y posturas ideológicas algunos profesionales de salud declaran objeción de conciencia o rechazan sus casos en los comités y les niegan la atención para la interrupción legal del embarazo. Para evitar esta situación la dirección de algunos hospitales ha resuelto que los casos sean vistos por otros profesionales que muestran disponibilidad para atender los casos.

Otras situaciones descritas evidencian el maltrato y señalamiento en el servicio al mencionar y comentar con otras personas sobre el procedimiento que se está realizando y expresar su total rechazo a las atenciones para interrupción voluntaria del embarazo. Es importante precisar que las usuarias acuden al personal de salud por sus conocimientos, habilidades y destrezas en relación con el tema de salud y no tienen porque aplicar sus creencias y opiniones personales sobre los problemas de salud de las mujeres. El personal de salud, tiene que mostrar disponibilidad para atender a una persona que lo necesita y dentro de la ética profesional está el no juzgamiento.

#### **4.4 Oportunidades de mejora identificadas en el servicio que brindan los establecimientos de salud, sobre la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas**

“Bueno me gustaría que las personas que tienen ya ese problema y les dan ese diagnóstico, de una vez, las refieran de una vez a la maternidad, porque si ellos son los únicos que cumplen el protocolo, para que no te estén refiriendo de un hospital al otro. En mi caso me refirieron de un hospital a otro. Salí del hospital Carrión, luego me fui a la posta de San Miguel y de allí me refirieron al Hospital Santa Rosa”.

(R.L., usuaria de servicios de salud)

El personal de los diferentes establecimientos de salud tiene la responsabilidad de prestar un servicio de calidad, sin embargo, en esta investigación se identificaron acciones que deben ser mejoradas con la finalidad de brindar una atención que cumpla con lo planteado en el protocolo. Estas acciones están principalmente relacionadas a que las mujeres puedan ser atendidas oportunamente en los establecimientos de salud y plantear sus consultas y dudas sobre los distintos procesos que involucran la interrupción voluntaria del embarazo, que la atención se realice en un ambiente seguro y de respeto donde se resguarde la confidencialidad y su intimidad. Asimismo, la información debe ser comunicada en un lenguaje entendible, que posibilite que las mujeres tengan toda la información antes de realizar el procedimiento, como las complicaciones que podría acarrear el mismo o cómo será la etapa de recuperación y así ejerzan su derecho a contar con una atención de calidad.

Las acciones identificadas que deben ser consideradas por el personal de salud y que están orientadas a mejorar la relación con las usuarias, podrían ser abordadas desde la formación de los profesionales de salud, involucrando a otras disciplinas como el derecho y el trabajo social, que son disciplinas que suelen estar involucradas en el abordaje de los casos. El desafío es involucrar el tema del protocolo en las facultades y en el currículo.

Por otro lado, está el tema de la exigibilidad de la aplicación del protocolo, los prestadores de salud tienen que comprender la realidad de nuestro país y específicamente en este caso, que ellos no están por encima de la ley, no pueden sobre regular y poner más requisitos que los que ya están establecidos y que si lo hacen van a tener que afrontar procesos al ser denunciados.

“Fortalecer en la falta de infraestructura, algunos hospitales no cuentan con todos los instrumentales y creo que son muy pocos, pero la mayoría de los hospitales regionales están con la capacidad inmediata de implementar el protocolo”.  
(Especialista en salud, Ministerio de Salud)

Un tema necesario a revisar en la normatividad es la infraestructura que se requiere de los establecimientos de salud, el protocolo se implementa en establecimientos que tienen una categorización mínima de I-3, por lo cual muchas veces las mujeres son referidas de un establecimiento a otro, siendo necesario que los prestadores de servicios de salud tengan claridad de a donde referir a las usuarias para que la atención se brinde de manera oportuna.

“Hay que comenzar a difundir de forma más horizontal la información, no es cuestión solo de médicos y obstetras, el tema de los derechos es de todos, es clave entenderlo. Si la información sigue siendo solo cuestión de la elite, no avanzamos”.  
(Especialista en salud, especialista del Colegio de Obstetras)

La información sobre la interrupción voluntaria del embarazo podría ser compartida a través de charlas informativas que se brindan en los establecimientos de salud en los servicios relacionados a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

“El acompañamiento es muy importante ya sea un acompañamiento institucional o que consiga una red de apoyo, ya sea familiar o amigos, pero que estén enterados y que de verdad sea un acompañamiento no solo estar presente, sino es alguien que te anima te apoya”.  
(Especialista en salud, Organización No Gubernamental)

El acompañamiento a las mujeres que atraviesan por el proceso de interrupción del embarazo es clave para lograr mayor seguridad y tranquilidad. Las mujeres reportan sentirse más aliviadas si alguien las está acompañando y pueden manifestarle a esta

persona sus sentimientos o solicitar algún apoyo durante los distintos pasos del procedimiento.

“El protocolo esta judicializado, la suerte ha sido que toda esta corrupción se ha desatado, entonces esto como que ha frenado un poco los fallos absurdos que podrían salir del sistema donde más bien el derecho retrocedía cuando los derechos son progresivos y nunca regresivos”.

(Especialista legal, Organización No Gubernamental)

Las oportunidades de mejora contempladas pasan por la progresividad en la implementación del protocolo, para lo cual se debe incrementar el presupuesto considerado para garantizar su implementación en todos los establecimientos de salud en el país que cumplen con la categoría considerada en la norma.

“El director de la Diresa, o el director del hospital que medianamente está interesado en que la norma se aplique, lo que hace es jalarse del presupuesto global de capacitación de salud materna, que es el presupuesto más grueso, le jala un puchito, en el marco de la capacitación sobre la atención de emergencias obstétricas le mete el protocolo, pero si quiere, si le parece importante, si hay por ahí alguien que le dice: oye mira hay que difundir esto” porque si no viene asignado para eso, no se hace”.

(Especialista en salud, Foro Salud)

El trabajo de promoción de la salud debe ampliarse y revalorizarse la información que se brinda a través de la consejería, podría incluirse la información sobre la interrupción del embarazo como parte de la información de consejería en los servicios prenatales. La consejería es la puerta de ingreso de las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva en donde se da el abanico de opciones que tendría frente a los controles en una situación de embarazo y el momento clave para informar sobre el aborto terapéutico es el control pre natal y los primeros controles, porque es la oportunidad en la cual frente a una complicación las mujeres deberían tener la información y la atención oportuna.

“Lo que yo veo, lo que yo observo es que las obstetras y los médicos inclusive agotan sus energías en eso, en que tomen el sulfato ferroso, en que hagan no sé cuántos controles, en que no se olvide que venir a dar su parto en la posta porque si no la pasa mal. Entonces ya no queda para asegurar que venga a planificación familiar después. Entonces, faltaría eso revalorizar la consejería”.

(Especialista en salud, Foro Salud)

Otra posibilidad de mejora es en el control pre natal, porque según lo reportado por las usuarias y especialistas, no se diagnostican los problemas colaterales que podría afectar la salud de las mujeres durante el embarazo o se diagnostican tarde, por lo cual las mujeres no tienen información ni opción de interrumpir el embarazo y eso sucede en el grupo que pasa por una atención en el establecimiento de salud, las mujeres que no están gestando y que están en edad reproductiva, tienen menor posibilidad de acceder a información.

“El personal de salud te dice: ahora creen que tiene derecho a todo y lo ven como un elemento negativo, ah! Ahora a las mujeres creen que todo se les tiene que dar, ahora con el SIS ahora la gente cree que se lo merece todo. Te doy lo que buenamente yo pueda, el sistema te puede, y te quiera dar, y el personal de salud siempre va a jalar para menos, que para más, no sé porque, como si la plata fuera de su bolsillo, siempre te jala para menos, que para más, para no complicarse, y lo cierto es bien burocrático también”.

(Especialista en salud, Foro Salud)

El enfoque de derechos debe ser abordado con el personal de salud, sin ese enfoque el personal de salud usa su discrecionalidad para definir que informa y como procede con las mujeres, no las reconoce como usuarias con derechos. Entonces combinar el

conocimiento del protocolo con la ley sobre los derechos de los usuarios de los servicios de salud, es importante para que los derechos de las usuarias sean reconocidos y garantizados en el centro de salud, porque todavía es muy clara la relación vertical, jerárquica, de poder, entre prestadores de servicios de salud y usuarias.



## CONCLUSIONES

1. Los conocimientos de las mujeres relacionados a la interrupción del embarazo son escasos, observándose confusión entre diferentes términos como implantación, feto y embrión, no existiendo claridad sobre que hacer frente a un embarazo no deseado. La información que encuentran las mujeres sobre el aborto es diversa, exponiéndose a algunas publicaciones en la web sobre procedimientos no regulares, que pueden afectar su salud y en muchos casos estos pueden ser mortales.
2. La legalidad del aborto es un tema que genera confusión en las usuarias entrevistadas en principio porque tienen mucho temor para hablar del tema, por la criminalización asociada al aborto y porque no tienen claridad sobre cuando es posible hacerlo en nuestro país. Cuando se menciona específicamente el aborto terapéutico, lo consideran como una interrupción legal del embarazo debido a que afecta la salud de la mujer, se presenta malformación del feto o en mujeres menores de catorce años, donde el embarazo es de alto riesgo y producto de una violación y afecta la salud física y mental. Asimismo, los prestadores de servicios de salud no cuentan con información suficiente y clara para dar alternativas de solución a las usuarias, que presentan casos en los que el embarazo no es viable, esto es una limitante que genera que no se entregue información clara y precisa a las usuarias y así puedan decidir libremente sobre continuar o no un embarazo de alto riesgo.
3. La guía técnica establece un grupo de consideraciones clínicas específicas que permiten al prestador de salud proceder con la interrupción voluntaria del embarazo, debido a que estas afectan la salud de la gestante o la ponen en eminente peligro. Las mujeres entrevistadas no conocen con certeza cuales son todas las causales planteadas en la guía, muchas de ellas hacen referencia a que se mencionan múltiples aspectos relacionados a su vida y su salud, principalmente mencionan la causal once, la cual considera a cualquier patología materna que ponga en riesgo la vida de la gestante, en la cual se debe entender que comprende tanto a la salud física, como la mental.
4. Los procedimientos administrativos relacionados al aborto terapéutico pueden ser muy engorrosos y aturdir a la gestante que se encuentra en un estado de vulnerabilidad debido a su salud física y emocional, además el procedimiento no se aplica en todos los establecimientos de salud y hasta que la paciente sea derivada a una institución donde puedan revisar su caso, el plazo de los tiempos puede cambiar y perjudicar su proceso. Si el procedimiento es negado en una primera instancia, es imprescindible que la gestante tenga un acompañamiento de consejería que maneje el área médica y legal para que pueda orientarla en todo el proceso de manera integral.
5. En cuanto al proceso de recuperación podemos observar que la mayoría de las usuarias manifiesta que no recibieron información acerca del proceso de recuperación a pesar de que se encuentra normado en la guía. Este tipo de servicio requiere de un monitoreo más exhaustivo, que brinde información precisa y oportuna acerca de su importancia, debido a que de este depende la recuperación óptima de la usuaria después de haberse realizado el procedimiento.
6. La implementación del aborto terapéutico en los establecimientos públicos es aún limitada y se realiza en los establecimientos a partir del segundo nivel de atención, los especialistas en salud reconocen que es importante la difusión de la guía para su implementación, no obstante, también identifican que a este

proceso se le contraponen barreras de tipo: moral, promovida principalmente por sectores fundamentalistas y económicos, este último relacionado al presupuesto insuficiente para la implementación del protocolo. Ante el desconocimiento varios profesionales optan por no atender el procedimiento o si lo hacen lo sub registran como aborto incompleto u otra causa para evitar realizar los trámites administrativos. El registro inadecuado de los casos genera la pérdida de información de mujeres que acuden a los servicios y requieren ser atendidas en el marco del protocolo, lo que no permite contar con cifras exactas sobre el número de atenciones. Los abortos terapéuticos muchas veces se codifican como aborto incompleto o embarazo ectópico.

7. La negación de la atención a la gestante ocasiona que el tiempo estipulado en el protocolo se dilate y no se brinde una atención oportuna, lo cual genera que las mujeres desistan del proceso poniendo en riesgo su vida o si logran reunir los recursos suficientes acuden a servicios privados que en algunos casos no cumplen con los estándares para brindar una atención de calidad, según la categorización establecida por el Ministerio de Salud.
8. Los especialistas en salud reconocen que el protocolo les resulta complejo de implementar porque no conocen todos los pasos a seguir en el proceso. Según la norma técnica es el médico tratante quien debe de informar a la gestante que su embarazo no es viable y este, es quien debe de presentar la solicitud del procedimiento. Sin embargo, en muchos casos es la mujer la que tiene que hacer la presentación de esta solicitud. Asimismo, no todas las mujeres que se acercaron a los establecimientos de salud a solicitar atención relacionada al aborto terapéutico, fueron aceptadas, en algunos casos la razón fue porque el embarazo era mayor de 22 semanas y esto sucede muchas veces porque no llegaron a obtener una atención previa debido a que cuando acuden a un centro de salud del primer nivel y son atendidas pueden pasar varias semanas hasta determinar que existe un problema de salud y luego se le refiere a un establecimiento del segundo nivel de atención, la referencia toma más tiempo si las mujeres están en una capital de provincia o una zona rural.
9. Debido a las demoras y barreras que encuentran las mujeres en la atención, en algunas ocasiones los profesionales sugieren que para tener una atención más rápida y oportuna podrían atenderlas en sus clínicas o consultorios particulares; siendo un tema de corrupción que es necesario resolver. Se menciona que varios profesionales realizan estas atenciones con recursos del establecimiento de salud, como insumos médicos, personal o lo hacen en las horas en las que deberían estar trabajando en el hospital.
10. Las usuarias no sienten un trato empático por parte del personal que las atiende, lo cual se evidencia en la forma de expresarse hacia ellas, señalando algunas veces que una mujer se tiene que sacrificar por tener a sus hijos, lo cual se relaciona con el constructo de la maternidad como producto del proyecto de vida de las mujeres, lo que genera presión en su decisión con respecto a continuar o no un embarazo.
11. El servicio de salud tiene la responsabilidad a través de la consejería de respaldar al acompañante y resaltar su importancia, orientándolo/a de manera adecuada para que en este proceso sea el soporte emocional de la gestante. La importancia de este acompañante también radica en que existen decisiones que se deben de tomar de manera urgente, es decir la gestante puede tener una complicación y no encontrarse en todas sus facultades físicas y emocionales y de esa manera tendría un mayor soporte en la toma de decisiones. Por otro lado, el acompañamiento por parte de un tercero en todo el proceso se encuentra

restringido por barreras administrativas dentro del centro de salud, ya que podemos observar que cada establecimiento define si el acompañante puede estar presente o no en todo el proceso.

12. Las expectativas de las usuarias sobre la atención en los establecimientos de salud están relacionadas a la urgencia de ingresar al servicio y que se resuelva su situación de salud, debido a que por lo general luego de pasar por un proceso burocrático de referencia llegan al servicio después de varias semanas de haber detectado el problema de salud. Cuando están en el establecimiento al no contar con información sobre cuál es el proceso a seguir evalúan la atención como resolutive sin hacer referencia a la calidad del servicio recibido o si se cumplieron con todos los pasos del proceso como tener citas de seguimiento posteriores al procedimiento.
13. Los profesionales de salud manifiestan que no tienen suficiente tiempo para explicarles a las usuarias sobre el procedimiento, porque el sistema plantea que atienda a un número de personas por turno y muchas veces el tiempo dedicado a cada una es muy corto para atender a todas sus dudas. En otros casos los profesionales de salud no brindan la información a las mujeres y no continúan con la atención amparándose en la objeción de conciencia, pero tampoco se responsabilizan que otro profesional asuma la responsabilidad, esto es una clara barrera de atención del aborto terapéutico el cual debe resolverse y manejar al interior del establecimiento de salud considerando el derecho a la salud y la atención oportuna de la usuaria.
14. La información que comparten los profesionales de salud con las usuarias debe ser completa y transmitida en términos sencillos y con paciencia, mencionando todo lo que le está pasando en relación a sus resultados, a todas las etapas del procedimiento, cuántos días va a estar aproximadamente en el establecimiento de salud y los controles posteriores a los que debe asistir.
15. Las usuarias identificaron diversas formas por las cuales son juzgadas por el personal de salud, en algunos casos identifican que debido a sus creencias, prejuicios y posturas ideológicas algunos profesionales de salud declaran objeción de conciencia o rechazan sus casos en los comités y les niegan la atención para la interrupción legal del embarazo. Para evitar esta situación la dirección de algunos hospitales ha resuelto que los casos sean vistos por otros profesionales que muestran disponibilidad para atender los casos.
16. La implementación de la guía técnica nacional para la estandarización del procedimiento de la atención integral de la gestante en la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de 22 semanas, aún no logra implementarse en su integralidad en los establecimientos de salud, evidenciándose a partir del seguimiento realizado en dos establecimientos que las mujeres no son atendidas considerando todos los procedimientos y tampoco se les informa de todo lo que incluye la atención integral. Como parte del proceso de seguimiento a la implementación de las políticas públicas desde la gerencia social, es importante evidenciar esta situación para incidir con los actores clave como directores y funcionarios del Ministerio de salud, para que el personal sea capacitado y se tengan todos los implementos necesarios para proceder como se establece en la guía.
17. Las instancias del Ministerio de Salud que impulsan y resguardan el derecho de las personas al acceso de un servicio de salud de calidad, como SUSALUD, no están realizando un seguimiento integral sobre la implementación de esta política



pública. Se evidencia en los casos consultados, que es necesario realizar un mayor acompañamiento a las mujeres en todo el proceso, en la pre atención, durante el procedimiento y la post atención, aplicando una evaluación continua de la calidad del servicio, conforme a lo establecido en la guía.



## RECOMENDACIONES

1. La información sobre la interrupción voluntaria del embarazo debería ser compartida a las usuarias a través de charlas informativas que se brinden en los establecimientos de salud en los servicios relacionados de salud sexual y reproductiva, como la consejería, planificación familiar y ginecología y de esa manera ellas tendrán información para hacer respetar o exigir el cumplimiento de sus derechos, solicitar el aborto terapéutico si lo requieren y evitar un factor de riesgo en el embarazo.
2. Para lograr mayor difusión del protocolo, es necesario que se informe a través de diferentes medios de comunicación, redes sociales, charlas en todos los niveles del sector salud y se fortalezcan las capacidades de los profesionales para que difundan la norma, identifiquen los casos y den la adecuada información a quien lo necesite. Otra posibilidad para su difusión es trabajar con organizaciones de la sociedad civil, que estén trabajando temas de derechos sexuales y reproductivos para que se informen del protocolo y luego repliquen la información en la comunidad.
3. Se debe coordinar con las universidades para que el conocimiento del protocolo de aborto terapéutico sea incluido como parte de un curso en la malla curricular de formación de las carreras de ciencias de la salud.
4. Es importante que se establezcan metas en los establecimientos de salud relacionadas a incrementar los conocimientos del personal sobre la implementación del protocolo de aborto terapéutico.
5. Los establecimientos de salud deben de contar con fichas de evaluación de atención que contengan indicadores que midan el tipo de atención post aborto que se brinda a la mujer que ha sido tratada con el procedimiento de interrupción voluntaria, es decir que señale específicamente que tipo de información se le ha brindado, como califica la atención durante el procedimiento, el tiempo que se ha otorgado para la consejería post aborto e identificar si este ha sido claro y oportuno.
6. El cumplimiento del proceso y la posibilidad que las mujeres accedan al aborto terapéutico debe ser un indicador de calidad de los servicios de salud. Asimismo, se deben incluir indicadores de eficiencia en el procedimiento y cuidado emocional a las pacientes, lo cual demostraría el respeto a los derechos de las mujeres.
7. Es necesario afrontar el tema de la corrupción y denunciar los casos donde el profesional obstruye la atención de la usuaria en el hospital, para atenderla en su consultorio o clínica privada utilizando además recursos públicos para la atención.
8. Es necesario para facilitar la atención de las usuarias que se cuente con un flujograma detallado de todo el proceso en el establecimiento de salud y que el mismo sea de conocimiento de todo el personal, incluyendo el administrativo. Asimismo, las usuarias al tener clara la ruta de la atención incluyendo quienes son los responsables pueden hacer mejor ejercicio de su derecho a contar con una atención oportuna y de calidad.
9. Las oportunidades de mejora contempladas pasan por la progresividad en la implementación del protocolo, para lo cual se debe incrementar el presupuesto

considerado para garantizar su implementación. El presupuesto debe considerar acciones para mejorar el equipamiento y mobiliario donde se brinda el servicio, la sensibilización del personal de salud, la difusión del protocolo tanto al personal del establecimiento de salud como a las mujeres en el marco de su derecho a contar con toda la información necesaria para lograr el estándar más alto de salud posible.

10. Incluir la implementación del aborto y todas las posibles complicaciones que se puedan presentar en el marco de las coberturas que brinda el Seguro Integral de Salud – SIS.
11. Se debe ampliar el marco legal para que las mujeres puedan acceder al aborto, una primera opción sería analizar la ampliación de las causales para acceder al aborto legal y luego revisar la legislación para aprobar un marco normativo que posibilite el acceso sin restricciones al aborto hasta determinado periodo de embarazo, con lo cual se mejoraría el acceso a servicios de aborto seguro y disminuirían los procedimientos clandestinos que ponen en riesgo la salud y la vida de las mujeres.
12. Se debe mantener la confidencialidad y privacidad de las usuarias durante todo el proceso de atención, por lo cual es necesario que los directores y jefes de servicio consideren ofrecer un lugar de descanso idóneo para las mujeres a las que se les ha realizado un aborto.
13. Una posibilidad frente a la demora, la burocracia para la atención y los maltratos recibidos en el servicio es presentar una queja o reclamo en el libro de reclamaciones del establecimiento de salud, donde las mujeres pueden dejar evidencia de las dificultades que están atravesando para su atención. No existe mucha confianza de las mujeres en los resultados que puedan darse al realizar el reclamo y ejercer el derecho como usuarias de los servicios, pero según lo manifestado por los prestadores de servicios de salud, el libro es revisado por el director del establecimiento, su asesor y el área de calidad y se solicita al personal que realice un seguimiento y emita un reporte de cada caso, buscando como resolver las situaciones denunciadas.
14. Otra posibilidad es realizar la denuncia en SUSALUD o la Defensoría del Pueblo, pero las usuarias no tienen muchas expectativas que estas instancias puedan apoyarlas a resolver los diferentes procesos que están atravesando.

## BIBLIOGRAFÍA

CATOLICAS PARA EL DERECHO A DECIDIR

2018 *Monitoreo social a los compromisos asumidos por el Estado peruano en el Consenso de Montevideo: Laicidad y salud sexual y reproductiva*. Lima. Consulta: 28 de julio de 2020

[https://www.cddperu.org/sites/default/files/monitoreo\\_social\\_al\\_consenso\\_de\\_montevideo\\_0.pdf](https://www.cddperu.org/sites/default/files/monitoreo_social_al_consenso_de_montevideo_0.pdf)

CENTER FOR REPRODUCTIVES RIGHTS

Center for Reproductives Rights. *The World's Abortion Laws*. Consulta 17 de septiembre del 2020.

<https://reproductiverights.org/worldabortionlaws>

CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES.

2017 "Situación Epidemiológica Mortalidad Materna en el Perú". *Boletín Epidemiológico del Perú*. Lima, 2017, volumen 26 SE 52-2017, pp. 1648 – 1651. Consulta 8 de junio de 2018.

<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2017/52.pdf>

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

1997 *Ley N° 26842. Ley General de Salud*. Lima 15 de julio. Consulta: 17 de septiembre 2020.

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/284868/ley-general-de-salud.pdf>

COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ

2018 *Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú*. Lima. Consulta: 15 de septiembre 2020.

<https://www.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2020/01/CODIGO-DE-ETICA-Y-DEONTOLOG%20C3%8DA.pdf>

DECIDO YO

Decido Yo: *El Aborto en Perú*. Consulta: 10 de agosto del 2021.

<https://decidoyo.org/aborto/marco-legal/>

FERRANDO Delicia

2006 *El aborto clandestino en el Perú, revisión*. Lima. Consulta: 5 de junio de 2018.

<https://www.inppares.org/sites/default/files/Aborto%20clandestino%20Peru.pdf>

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA)

2021 *El enfoque basado en los derechos humanos*. Consulta: 15 de mayo de 2021.

<https://www.unfpa.org/es/el-enfoque-basado-en-los-derechos-humanos>

FORO DE LA SOCIEDAD CIVIL EN SALUD - FORO SALUD

2018 *Vigilancia ciudadana en salud, aplicación del protocolo de aborto terapéutico en los establecimientos públicos de salud a nivel nacional*. Lima.

GANATRA B, Tunçalp Ö, Johnston HB, Johnson BR, Gülmezoglu A, Temmerman M.  
2014 “From concept to measurement: operationalizing WHO’s definition of unsafe abortion”. *Boletín Organización Mundial de la Salud*. Geneva, p.155. Consulta: 15 de abril de 2020.

<https://www.who.int/bulletin/volumes/92/3/14-136333.pdf>

GANATRA B, et al.

2017 “Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model”. *The Lancet*. Reino Unido, volumen 390, pp. 2372-2381. Consulta: 02 de mayo de 2020.

<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2817%2931794-4>

GUEVARA E.

2015 “Aborto”. Consulta: 10 de Agosto del 2021.

[https://www.mpfm.gob.pe/escuela/contenido/actividades/docs/4044\\_2015\\_07\\_14\\_complicaciones\\_aborto.pdf](https://www.mpfm.gob.pe/escuela/contenido/actividades/docs/4044_2015_07_14_complicaciones_aborto.pdf)

GUTTMACHER INSTITUTE

Guttmacher institute: News release. Consulta: 04 de mayo del 2018

<https://www.guttmacher.org/es/news-release/2017/en-todo-el-mundo-se-producen-aproximadamente-25-millones-de-abortos-peligrosos-al>

2018 *Abortion Worldwide 2017 uneven progress and unequal access*. Nueva York. Consulta: 11 de enero del 2020.

[https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report\\_pdf/abortion-worldwide-2017.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/abortion-worldwide-2017.pdf)

2018 “Aborto en América Latina y el Caribe”. *Hoja Informativa Instituto Guttmacher*. Nueva York, pp.1 y 2. Consulta: 15 de octubre de 2020.

<https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fs-aww-lac-es.pdf>

HERNÁNDEZ -Vásquez Akram et al

2019 “Satisfacción del usuario externo con la atención en establecimientos del ministerio de salud de Perú y sus factores asociados”. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*. Lima, volumen 36. Consulta 28 de julio de 2020.

<https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/4515/3458>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA  
2017 *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).*

[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1525/index.html](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html)

INTERNATIONAL COMMITTEE FOR MONITORING ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY (ICMART) Y LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)  
2010 *Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA).* Consulta 14 de abril 2018.

[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art\\_terminology\\_es.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology_es.pdf)

INTERNATIONAL WOMEN'S HEALTH COALITION Y MUJER Y SALUD EN URUGUAY – MYSU  
2018 *No es conciencia, cuando los proveedores niegan la atención del aborto.* New York. Consulta: 23 de julio 2020.

[https://31u5ac2nrwj6247cya153vw9-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2018/08/IWHC\\_CO\\_Report\\_ESP-low\\_res.pdf](https://31u5ac2nrwj6247cya153vw9-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2018/08/IWHC_CO_Report_ESP-low_res.pdf)

JIMÉNEZ, Elena  
2020 "El aborto, la eterna deuda con las mujeres latinoamericanas". *El Orden Mundial.* pp. 1-8. Consulta: 22 de agosto de 2020.

<https://elordenmundial.com/aborto-en-america-latina/>

LA LEY EL ÁNGULO LEGAL DE LA NOTICIA  
La Ley el ángulo legal de la noticia: La criminalización de las mujeres por aborto. Consulta: 12 de septiembre del 2020.

<https://laley.pe/art/4207/la-criminalizacion-de-las-mujeres-por-aborto->

LA MESA POR LA VIDA Y LA SALUD DE LAS MUJERES  
2016 *Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia.* Consulta: 18 de agosto de 2020.

[https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/996/Barreras\\_IVE\\_vf\\_WEB.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/996/Barreras_IVE_vf_WEB.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS (MINJUS)  
1991 *Decreto Legislativo N° 635 Código penal.* Lima, 8 de abril. Consulta 08 de marzo de 2018.

<https://diariooficial.elperuano.pe/pdf/0034/codigo-penal-29.07.2020.pdf>

2004 *Decreto Legislativo N° 957 Nuevo Código Procesal Penal*. Lima 29 de julio. Consulta: 16 de septiembre del 2020.

[http://spij.minjus.gob.pe/content/publicaciones\\_oficiales/img/CODIGOPROCESALPENAL.pdf](http://spij.minjus.gob.pe/content/publicaciones_oficiales/img/CODIGOPROCESALPENAL.pdf)

#### MINISTERIO DE SALUD

2011 *Resolución Ministerial N° 527/MINSA*. Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo. Lima, 11 de julio. Consulta 09 de septiembre del 2020.

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2252.pdf>

2014 *Resolución Ministerial N° 486-2014/MINSA*. Guía Técnica Nacional para la Estandarización del Procedimiento de la Atención Integral de la Gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del código penal". Lima, 27 de junio. Consulta 15 de marzo 2018.

[https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/201667/198435\\_RM486\\_2014\\_MINSA.pdf20180926-32492-173opqg.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/201667/198435_RM486_2014_MINSA.pdf20180926-32492-173opqg.pdf)

2006 *Resolución Ministerial N° 695*. Resolución que aprueba La Guía Técnica: Guías de práctica clínica para la atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva. Lima, 26 de julio. Consulta: 18 de septiembre 2020.

[http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/dGuias\\_practica\\_clinica\\_para\\_atencion\\_de\\_emergencias\\_obstetricas\\_nivel\\_capacidad\\_resolutiva.pdf](http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/dGuias_practica_clinica_para_atencion_de_emergencias_obstetricas_nivel_capacidad_resolutiva.pdf)

2009 *Resolución Ministerial N° 727 2009/MINSA*. Política Nacional de Calidad en Salud. Lima. Consulta 18 de septiembre de 2020.

[http://www.hma.gob.pe/calidad/NORMAS-MINSA-15/SIST-GESTION-14/politica\\_nacional\\_calidad.pdf](http://www.hma.gob.pe/calidad/NORMAS-MINSA-15/SIST-GESTION-14/politica_nacional_calidad.pdf)

#### MUJER Y SALUD EN URUGUAY (MYSU)

2017 *Seguimiento a la implementación de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto en 10 de los 19 departamentos del país, Sistematización de resultados*. Uruguay. Consulta 24 de julio 2020.

[http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2018/04/Folleto-OBS\\_6-4-2018.pdf](http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2018/04/Folleto-OBS_6-4-2018.pdf)

#### ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

2012 *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Segunda edición. Montevideo, Uruguay: Organización Mundial de la Salud. Consulta: 23 de julio 2020.

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf?sequence=1)

1946 *Constitución de la organización mundial de la salud*. Nueva York. Consulta: 17 de noviembre de 2020.

<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1>

2011 *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*. Sexta edición, Ginebra. Consulta: 12 de mayo del 2020.

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44529/9789241501118\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44529/9789241501118_eng.pdf?sequence=1)

*Organización Mundial de la Salud: Las leyes restrictivas van asociadas a tasas elevadas de abortos peligrosos*. Consulta: 10 de septiembre de 2020.

<https://www.who.int/es/news-room/detail/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>

#### ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS

2021 La ONU y el Estado de derecho. Consulta: 1 de julio del 2021.

<https://www.un.org/ruleoflaw/es/thematic-areas/human-rights/equality-and-non-discrimination/>.

SINGH S, Maddow-Zimet I.

2015 “Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries”. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. New York, pp. 1489–1498. Consulta: 11 de noviembre de 2020.

<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/1471-0528.13552>

TAYPE-Rondan Á, Merino-Garcia N.

2016 “Hospitalizaciones y muertes por aborto clandestino en Perú: ¿Qué dicen los números?”. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. Lima, volumen 33, número 4, pp. 829 – 830. Consulta: 13 de diciembre de 2019.

<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v33n4/a32v33n4.pdf>

TORRES Samuel, Maritza y Vásquez Stanescu, Carmen Luisa

2015 “Modelos de evaluación de la calidad del servicio: caracterización y análisis”. *Compendium*. Caracas, volumen 18, número 35, pp. 57-76.

<https://www.redalyc.org/pdf/880/88043199005.pdf>

UPADHYAY, Ushma D y otros.

2014 “Denial of Abortion Because of Provider Gestational Age Limits in the United States”. *American Journal of Public Health Washington*. Washington, tomo 104, número 9, pp. 1687-1694. Consulta: 23 de julio de 2020.

<https://search.proquest.com/docview/1560670707?accountid=28391>



## **ANEXOS**

### **Anexo 1: Instrumento I – Guía de entrevista semiestructurada para usuarias del servicio.**

#### **INSTRUMENTO I**

#### **GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA USUARIAS DEL SERVICIO**

##### **Aspectos Generales**

Las entrevistas son realizadas por el investigador/a quien la conduce de forma objetiva facilitando la libre expresión de la persona entrevistada. Al iniciar se explicarán los objetivos de la entrevista y se pedirá que se acepte y firme el “formato de consentimiento informado” que indica la aceptación del/la entrevistado/a para brindar información con la condición de que solo será utilizada para los fines de la presente investigación, y que sus declaraciones no serán difundidas en ningún formato o plataforma.

La guía de preguntas está dividida en variables que buscan recoger información acerca de los conocimientos y percepciones de las mujeres sobre la implementación de la Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas en Lima Metropolitana.

##### **Propósito**

Determinar los conocimientos y percepciones de las mujeres sobre la implementación de la Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas en Lima Metropolitana.

##### **Objetivos**

- a) Identificar el nivel de conocimiento de las mujeres sobre la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas.
- b) Conocer la percepción de las mujeres en relación a la calidad de los servicios que reciben en los establecimientos de salud sobre la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas.
- c) Conocer las expectativas y demandas de las mujeres con relación a la implementación de la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas.

- d) Identificar áreas de mejora en el servicio que brindan los establecimientos de salud sobre la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas.

### **Condiciones de trabajo**

Para el desarrollo de la entrevista se deberá contar con las siguientes condiciones:

- Se deberá identificar previamente a la entrevistada.
- Se deberá coordinar previamente a la entrevista y confirmar con el/la entrevistado/a la disponibilidad de tiempo para su participación. Se considerarán entrevistas realizadas solo a las que hayan completado como mínimo el 80% de las preguntas consignadas.
- Las entrevistas son personales, por lo que se deberá contar con un espacio confidencial y sin interrupciones posibles. Es necesario que éstas se realicen en un solo período, solo en casos excepcionales y previa evaluación se considerarán entrevistas desarrolladas y completadas en partes.
- La firma del formato del consentimiento informado se realizará antes de iniciar la entrevista y es condición indispensable para la utilización de citas en el informe a presentarse.
- El/la entrevistador/a tomará notas de las ideas específicas vertidas durante la entrevista de manera objetiva y sin ningún sesgo, a la par se contará con apoyo de la grabación del audio de las entrevistas. Para esto último se solicitará el permiso explícito de cada entrevistado/a.
- La entrevista deberá desarrollarse de la manera más fluida posible, por lo que el entrevistador deberá manejar con suficiente precisión el cuestionario, hacer repreguntas para asegurar el recojo del dato y no solo suponerlo, no sacar conclusiones y motivar a que sea el/la entrevistado/a quien puntualice sus ideas.
- Se deberá revisar con anticipación el instructivo de la guía que se utilizará para la entrevista.

### **Materiales**

- Identificación para el entrevistador
- Marcadores, lapiceros
- Grabadora, cinta de audio, pilas para el registro de soporte
- Tableros
- Cámara fotográfica
- Impresión del formato del consentimiento informado
- Impresión del cuestionario de la guía de entrevista
- Impresión del instructivo

## ENTREVISTA PARA USUARIAS QUE SE ATIENDEN EN LOS SERVICIOS

### 1. DATOS DE LA ENTREVISTA

1. Código de la entrevista		2. Fecha de aplicación	
3. Hora de inicio		4. Hora de término	
5. Lugar donde se realizó la entrevista			

### Questionario

#### 1.- Cuáles son sus conocimientos sobre:

- Conocimiento sobre la fecundación.
- Conocimiento sobre métodos anticonceptivos.
- Conocimientos sobre las opciones frente a un embarazo no deseado.
- Conocimientos del protocolo de aborto terapéutico.
- Conocimientos sobre la legalidad del aborto.
- Conocimientos sobre los causales para la aplicación del protocolo.
- Conocimientos sobre los riesgos del embarazo.
- Conocimientos de la viabilidad fetal.
- Conocimientos de las malformaciones congénitas.
- Conocimientos sobre los procedimientos usados para la implementación del protocolo.
- Conocimientos sobre la atención Post Aborto.
- Conocimientos sobre el proceso de recuperación.
- Conocimientos sobre el tiempo de retorno a la fertilidad.

#### 2.-Cuál es su percepción sobre:

- La implementación del protocolo de aborto terapéutico en los establecimientos públicos.
- La atención del personal de salud en el proceso.
- El equipamiento disponible para la atención.
- Los trámites que se requieren para acceder al protocolo de aborto terapéutico.
- Los tiempos de espera para acceder a la solicitud de atención.
- La atención post aborto.
- El manejo de posibles complicaciones.
- Situaciones relacionadas a estigma y discriminación antes, durante o después de la implementación del protocolo.
- El apoyo o ayuda que recibió de algún familiar, amigo(a) o institución en este proceso.

### **3.- Cuáles son sus expectativas sobre:**

- ¿Cómo esperaba que sea la implementación del protocolo para el aborto terapéutico en los establecimientos públicos?
- ¿Cómo esperaba que sea el trámite administrativo?
- ¿Cuál es la importancia que el establecimiento cuente con mecanismos para atender las quejas o reclamos de los pacientes?
- ¿Cuál es la importancia que durante su atención se respete su privacidad?
- ¿Cuál es la importancia que el médico le brinde el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas?
- ¿Cuál es la importancia que el médico u otro profesional que le atenderá le realice un examen completo y minucioso?
- ¿Cuál es la importancia que el médico u otro profesional que le atenderá le inspire confianza?
- ¿Cuál es la importancia que el médico u otro profesional que le atenderá le trate con amabilidad, respeto y paciencia?
- ¿Cuál es la importancia que usted comprenda la explicación que le brindará el médico u otro profesional sobre su salud o resultado de la atención?
- ¿Cuál es la importancia que el establecimiento de salud se encuentre limpio y cuente con mobiliario suficiente para la comodidad de los pacientes?
- ¿Cuál es la importancia que el establecimiento de salud cuente con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?
- ¿Cuál es la importancia de no sentirse juzgada por el personal que la atiende?

### **4.- Finalmente para concluir, ¿Qué áreas de mejora identifica en el servicio que brindan los establecimientos de salud sobre la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas?**

***Al terminar, dar palabras de agradecimiento a la entrevistada y despedirse***

## **Anexo 2: Instrumento II – Guía de entrevista semiestructurada para personal de salud.**

### **INSTRUMENTO II**

#### **GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA PERSONAL DE SALUD**

#### **Aspectos Generales**

Las entrevistas son realizadas por el investigador/a quien la conduce de forma objetiva facilitando la libre expresión de la persona entrevistada. Al iniciar se explicarán los objetivos de la entrevista y se pedirá que se acepte y firme el “formato de consentimiento informado” que indica la aceptación del/la entrevistado/a para brindar información con la condición de que solo será utilizada para los fines de la presente investigación, y que sus declaraciones no serán difundidas en ningún formato o plataforma.

La guía de preguntas está dividida en variables que buscan recoger información acerca de los conocimientos y percepciones de las mujeres sobre la implementación de la Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas en Lima Metropolitana.

#### **Propósito**

Determinar los conocimientos y percepciones de las mujeres sobre la implementación de la Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas en Lima Metropolitana.

#### **Objetivos**

- e) Identificar el nivel de conocimiento de las mujeres sobre la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas.
- f) Conocer la percepción de las mujeres en relación a la calidad de los servicios que reciben en los establecimientos de salud sobre la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas.
- g) Conocer las expectativas y demandas de las mujeres con relación a la implementación de la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas.
- h) Identificar áreas de mejora en el servicio que brindan los establecimientos de salud sobre la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas.

#### **Condiciones de trabajo**

Para el desarrollo de la entrevista se deberá contar con las siguientes condiciones:

- Se deberá identificar previamente a la entrevistada.
- Se deberá coordinar previamente a la entrevista y confirmar con el/la entrevistado/a la disponibilidad de tiempo para su participación. Se considerarán entrevistas

realizadas solo a las que hayan completado como mínimo el 80% de las preguntas consignadas.

- Las entrevistas son personales, por lo que se deberá contar con un espacio confidencial y sin interrupciones posibles. Es necesario que éstas se realicen en un solo período, solo en casos excepcionales y previa evaluación se considerarán entrevistas desarrolladas y completadas en partes.
- La firma del formato del consentimiento informado se realizará antes de iniciar la entrevista y es condición indispensable para la utilización de citas en el informe a presentarse.
- El/la entrevistador/a tomará notas de las ideas específicas vertidas durante la entrevista de manera objetiva y sin ningún sesgo, a la par se contará con apoyo de la grabación del audio de las entrevistas. Para esto último se solicitará el permiso explícito de cada entrevistado/a.
- La entrevista deberá desarrollarse de la manera más fluida posible, por lo que el entrevistador deberá manejar con suficiente precisión el cuestionario, hacer repreguntas para asegurar el recojo del dato y no solo suponerlo, no sacar conclusiones y motivar a que sea el/la entrevistado/a quien puntualice sus ideas.
- Se deberá revisar con anticipación el instructivo de la guía que se utilizará para la entrevista.

### **Materiales**

- Identificación para el entrevistador
- Marcadores, lapiceros
- Grabadora, cinta de audio, pilas para el registro de soporte
- Tableros
- Cámara fotográfica
- Impresión del formato del consentimiento informado
- Impresión del cuestionario de la guía de entrevista
- Impresión del instructivo

## ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA PERSONAL DE SALUD

### 1. DATOS DE LA ENTREVISTA

<b>1. Código de la entrevista</b>		<b>2. Fecha de aplicación</b>	
<b>3. Hora de inicio</b>		<b>4. Hora de término</b>	
<b>5. Lugar donde se realizó la entrevista</b>			

### Questionario

#### De acuerdo a su experiencia y su conocimiento del tema:

- 1.- ¿Cuánto cree que las mujeres conocen sobre el protocolo de aborto terapéutico?
- 2.- ¿Por qué cree que sucede esto?
- 3.- ¿Qué podría hacerse para que las mujeres conozcan más sobre este tema y ejerzan sus derechos?
- 4.- ¿Cuál es su percepción sobre la implementación del protocolo de aborto terapéutico en los establecimientos de salud públicos?
- 5.- ¿Por qué cree que se está dando esta situación?
- 6.- ¿En qué fase del proceso cree que existen situaciones difíciles o barreras para que las mujeres accedan a la atención?
- 7.- ¿Cómo observa usted que se realiza el trámite administrativo?
- 8.- ¿Cuál cree usted que es la importancia que el establecimiento cuente con mecanismos para atender las quejas o reclamos de los pacientes?
- 9.- ¿De su experiencia, cómo ve el respeto la privacidad durante la atención de las mujeres?
- 10.- ¿Cree usted que el médico brinda el tiempo necesario para poder contestar las dudas o preguntas con las mujeres?
- 11.- ¿Cuál es la importancia que el médico u otro profesional que atiende a las mujeres realice un examen completo y minucioso?
- 12.- ¿Cuál es la importancia que el médico u otro profesional que atendió a las mujeres inspire confianza?
- 13.- ¿Cuál es la importancia que el médico u otro profesional que atendió a las mujeres brinde un trato con amabilidad, respeto y paciencia?
- 14.- ¿Cuál es la importancia que las mujeres comprendan la explicación que le brinda el médico u otro profesional sobre su salud o resultado de la atención?
- 15.- ¿Cuál es la importancia que el establecimiento de salud se encuentre limpio y cuente con mobiliario suficiente para la comodidad de los pacientes?
- 16.- ¿Cuál es la importancia que el establecimiento de salud cuente con equipos disponibles y materiales necesarios para la atención?
- 17.- ¿De su experiencia, usted cree que el personal del establecimiento de salud, juzga a las mujeres? Comente.

18.- ¿Usted cree que se den situaciones de estigma y discriminación en los servicios, hacia las mujeres que acceden al aborto terapéutico? ¿Por qué cree que se den estas situaciones?

19.- ¿Cree usted que el apoyo de algún familiar o amiga(o) o institución en el proceso es importante para las mujeres? ¿Por qué?

20.- Finalmente, ¿Qué áreas de mejora identifica en el servicio que brindan los establecimientos de salud sobre el aborto terapéutico?

***Al terminar, dar palabras de agradecimiento a la entrevistada y despedirse***





### **Anexo 3: Instrumento III – Guía de entrevista semiestructurada para expertas/os en el tema.**

#### **INSTRUMENTO III**

#### **GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA EXPERTAS/OS EN EL TEMA**

##### **Aspectos Generales**

Las entrevistas son realizadas por el investigador/a quien la conduce de forma objetiva facilitando la libre expresión de la persona entrevistada. Al iniciar se explicarán los objetivos de la entrevista y se pedirá que se acepte y firme el “formato de consentimiento informado” que indica la aceptación del/la entrevistado/a para brindar información con la condición de que solo será utilizada para los fines de la presente investigación, y que sus declaraciones no serán difundidas en ningún formato o plataforma.

La guía de preguntas está dividida en variables que buscan recoger información acerca de los conocimientos y percepciones de las mujeres sobre la implementación de la Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas en Lima Metropolitana.

##### **Propósito**

Determinar los conocimientos y percepciones de las mujeres sobre la implementación de la Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas en Lima Metropolitana.

##### **Objetivos**

- i) Identificar el nivel de conocimiento de las mujeres sobre la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas.
- j) Conocer la percepción de las mujeres en relación a la calidad de los servicios que reciben en los establecimientos de salud sobre la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas.
- k) Conocer las expectativas y demandas de las mujeres con relación a la implementación de la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas.
- l) Identificar áreas de mejora en el servicio que brindan los establecimientos de salud sobre la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas.

##### **Condiciones de trabajo**

Para el desarrollo de la entrevista se deberá contar con las siguientes condiciones:

- Se deberá identificar previamente a la entrevistada.

- Se deberá coordinar previamente a la entrevista y confirmar con el/la entrevistado/a la disponibilidad de tiempo para su participación. Se considerarán entrevistas realizadas solo a las que hayan completado como mínimo el 80% de las preguntas consignadas.
- Las entrevistas son personales, por lo que se deberá contar con un espacio confidencial y sin interrupciones posibles. Es necesario que éstas se realicen en un solo período, solo en casos excepcionales y previa evaluación se considerarán entrevistas desarrolladas y completadas en partes.
- La firma del formato del consentimiento informado se realizará antes de iniciar la entrevista y es condición indispensable para la utilización de citas en el informe a presentarse.
- El/la entrevistador/a tomará notas de las ideas específicas vertidas durante la entrevista de manera objetiva y sin ningún sesgo, a la par se contará con apoyo de la grabación del audio de las entrevistas. Para esto último se solicitará el permiso explícito de cada entrevistado/a.
- La entrevista deberá desarrollarse de la manera más fluida posible, por lo que el entrevistador deberá manejar con suficiente precisión el cuestionario, hacer repreguntas para asegurar el recojo del dato y no solo suponerlo, no sacar conclusiones y motivar a que sea el/la entrevistado/a quien puntualice sus ideas.
- Se deberá revisar con anticipación el instructivo de la guía que se utilizará para la entrevista.

### **Materiales**

- Identificación para el entrevistador
- Marcadores, lapiceros
- Grabadora, cinta de audio, pilas para el registro de soporte
- Tableros
- Cámara fotográfica
- Impresión del formato del consentimiento informado
- Impresión del cuestionario de la guía de entrevista
- Impresión del instructivo

## ENTREVISTA PARA PARA EXPERTAS/OS EN EL TEMA

### 1. DATOS DE LA ENTREVISTA

1. Código de la entrevista		2. Fecha de aplicación	
3. Hora de inicio		4. Hora de término	
5. Lugar donde se realizó la entrevista			

### Questionario

De acuerdo a su experiencia y conocimiento del tema:

- 1.- ¿Cuánto cree que las mujeres conocen sobre el protocolo de aborto terapéutico?
- 2.- ¿Por qué cree que sucede esto?
- 3.- ¿Qué podría hacerse para que las mujeres conozcan más sobre este tema y ejerzan sus derechos?
- 4.- ¿Cuál es su percepción sobre la implementación del protocolo de aborto terapéutico en los establecimientos de salud públicos?
- 5.- ¿Por qué cree que se está dando esta situación?
- 6.- ¿En qué fase del proceso cree que existen situaciones difíciles o barreras para que las mujeres accedan a la atención?
- 7.- ¿Usted cree que se den situaciones de estigma y discriminación en los servicios, hacia las mujeres que acceden al aborto terapéutico? ¿Por qué cree que se den estas situaciones?
- 8.- ¿Cree usted que el apoyo de algún familiar o amiga(o) o institución en el proceso es importante para las mujeres? ¿Por qué?
- 9.- ¿Tienen las mujeres este apoyo?
- 10.- Finalmente, ¿Qué áreas de mejora identifica en el servicio que brindan los establecimientos de salud sobre el aborto terapéutico?

***Al terminar, dar palabras de agradecimiento a la entrevistada y despedirse***

## **Anexo 4: Consentimiento informado**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Antes de iniciar le pido que revise el siguiente documento que le brindará información exacta acerca de su participación en el presente estudio, de estar de acuerdo con los términos, sírvase firmar y colocar sus datos en señal de conformidad de su participación.

---

**Título del estudio:** “CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIONES DE LAS MUJERES SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA TÉCNICA NACIONAL, PARA LA ESTANDARIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA GESTANTE EN LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA POR INDICACIÓN TERAPÉUTICA DEL EMBARAZO MENOR DE 22 SEMANAS EN DOS HOSPITALES DE LIMA METROPOLITANA”.

#### **1. Aspectos Generales**

Las entrevistas son realizadas por el investigador/a quien la conduce de forma objetiva facilitando la libre expresión de la persona entrevistada. Al iniciar se explicarán los objetivos de la entrevista y se pedirá que se acepte y firme el “formato de consentimiento informado” que indica la aceptación del/la entrevistado/a para brindar información con la condición de que solo será utilizada para los fines de la presente investigación, y que sus declaraciones no serán difundidas en ningún formato o plataforma.

La guía de preguntas está dividida en variables que buscan recoger información acerca de los conocimientos y percepciones de las mujeres sobre la implementación de la Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas en Lima Metropolitana.

#### **2. Investigador:**

Alejandro Fernando Cisneros Dávila.

Teléfono: 964576394 / Email: fernando.cisneros.davila@gmail.com

#### **Entrevistadoras:**

- Betsy Ramos
- Milagritos Honorio

#### **3. Introducción / Propósitos:**

La presente investigación es importante, porque determinar los conocimientos y percepciones de las mujeres sobre la implementación de la Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas en Lima Metropolitana.

#### **4. Objetivos**

- m) Identificar el nivel de conocimiento de las mujeres sobre la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas.

- n) Conocer la percepción de las mujeres en relación a la calidad de los servicios que reciben en los establecimientos de salud sobre la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas.
- o) Conocer las expectativas y demandas de las mujeres con relación a la implementación de la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas.
- p) Identificar áreas de mejora en el servicio que brindan los establecimientos de salud sobre la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas.

**5. Participación:** La participación se calcula aproximadamente que será de 60 minutos, en los cuales brindarán libremente sus apreciaciones a partir de un cuestionario definido.

**6. Procedimientos:** El procedimiento a seguir será el siguiente: (i) el investigador o entrevistadora la contactará como posible entrevistada. En este contacto se programa la fecha y el horario para realizar la entrevista dando alcances previos sobre los objetivos de la misma. (ii) En la fecha programada, el investigador o entrevistadora se presenta ante usted y previamente explica los objetivos de la entrevista, la modalidad y los componentes de este documento (conocimiento informado) y con su aceptación se inicia la entrevista.

**7. Riesgos / Incomodidades:** El desarrollo y su participación en esta investigación no tiene ningún riesgo para su persona.

**8. Beneficios:** De la misma manera no se contempla beneficio específico por su participación.

**9. Alternativas:** La participación en la investigación se realizará solo con el procedimiento descrito en este documento, donde el investigador o entrevistadora se contacta a cada informante, concuerda horarios y recoge la información usando el cuestionario específico. No se contempla otra modalidad de participación.

**10. Compensación:** Al no haber riesgos por su participación en la investigación no se contempla ninguna compensación.

**11. Confidencialidad de la información:** La información que usted brinde es confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los explicados en esta investigación sin su consentimiento. La entrevista podrá ser grabada solo para el uso de síntesis y análisis del equipo investigador y no será difundida.

**12. Problemas o preguntas:** Puede hacer preguntas durante la entrevista y el investigador o la entrevistadora tiene que resolverlas. Además puede retirarse de la misma cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para su persona. Si hubiera necesidad de parar la entrevista, esta podrá ser retomada en un nuevo momento previamente coordinado.

**13. Consentimiento / Participación voluntaria:** La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y se realiza a partir de la revisión y aceptación de este Consentimiento Informado.

Una copia de esta hoja de consentimiento le será entregada, y podrá pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puede contactar al investigador o la entrevistadora.

*A continuación declaró estar conforme con lo descrito anteriormente y con mi firma acepto y confirmo mi participación*

Firma: \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

