

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN

ESCUELA DE POSGRADO



**“NORMATIVIDAD PARA LA INTERRUPCIÓN DEL
EMBARAZO DE 22 O MÁS SEMANAS CUANDO
CONSTITUYE RIESGO DE MUERTE DE LA MADRE
EN LA PROVINCIA DE SATIPO 2016”**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN
DERECHO, MENCION EN CIENCIAS PENALES**

TESISTA: OSCAR FRANCISCO NOVOA ROSADO

ASESOR: DR. WILFREDO ANTONIO SOTIL CORTAVARRÍA

HUÁNUCO- PERÚ

2018

DEDICATORIA

A las personas que en todo momento fueron el sostén subjetivo para continuar con mi superación, como también por el afecto que siempre me brindaron, acto motivante para lograr mis objetivos.

AGRADECIMIENTO

Proclamo los más sinceros agradecimientos a:

- A la Universidad Nacional “Hermilio Valdizán” de Huánuco, mi alma mater, líder del desarrollo científico del centro del Perú, por haberme acogido durante mis estudios de la presente maestría.
- A los doctores y magísteres de la Escuela de Postgrado de la UNHEVAL; en especial a los que dictaron cátedra en la maestría en Derecho en la mención de Ciencias Penales, por haber brindado sus conocimientos científicos y contribuido en mi formación post profesional dentro del claustro universitario durante mis estudios y me inculcaron alcanzar mi meta y cristalizar los objetivos propuestos.
- A mi asesor de tesis Dr. Wilfredo Sotil Cortavarría; quién en todo momento me supo guiar en el presente trabajo de investigación, con un monitoreo permanente, durante el proceso, ejecución y culminación.
- A los trabajadores del Ministerio de Salud de Junín, filial Satipo, por brindarme algunas informaciones valiosas para considerarlo en los instrumentos de mi investigación.
- Finalmente, a mis familiares cercanos, porque en algún momento contribuyeron con su apoyo psicológico y moral, en el presente trabajo.

RESUMEN

La salud de la madre y el niño está contemplada en este momento como una prioridad de orden mundial, su situación de salud y desarrollo son indicadores de las condiciones de vida de la población de un país. La atención del embarazo es un proceso socio histórico, por lo que se requiere conocer y actuar sobre la realidad del presente a partir de un análisis del pasado y de sus circunstancias sociales. En una reciente reunión el Comité Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha puesto de manifiesto que las complicaciones en el embarazo y el parto son la primera causa de muerte de adolescentes de entre 15 y 19 años en los países pobres y en vías de desarrollo.

El presidente de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), José Manuel Bajo Arenas, sostiene que, a partir de la semana 22 de gestación la interrupción del embarazo no se denomina aborto sino "destrucción de un feto viable". Estas declaraciones las dio a conocer durante la presentación de un documento que recoge la postura de esta organización médica frente al aborto. Sabemos que el embarazo comprende en total 40 semanas.

La presente investigación aborda sobre el impacto actual, tratamos de proponer desde el punto de vista jurídico dicha interrupción del embarazo se debe de realizar cuando constituye un inminente riesgo de muerte de la madre se justificaría en resguardo del bien jurídico protegido por el Estado: el derecho concreto de la vida cierta de la madre. Para ello me he planteado la hipótesis: En el Perú existe deficiente reglamentación del Artículo 119 del Código Penal para interrumpir el embarazo de 22 o más semanas cuando

constituye riesgo de muerte de la madre, lo cual genera incertidumbre jurídica para el estricto cumplimiento de la *lex artis* del médico en la provincia de Satipo 2016.

Luego de haber aplicado las diferentes técnicas de investigación se procedió a realizar los análisis de los resultados para poder Analizar la normatividad existente en el Perú para la interrupción del embarazo de 22 o más semanas cuando constituye riesgo de muerte de la madre, para ello se ha combinado el estudio básico, y llegue a las siguientes conclusiones: 1. Mediante el análisis se pudo apreciar que el 90% de aplicación de la normatividad para la interrupción del embarazo de menor de 22 semanas cuando constituye riesgo de muerte de la madre, es efectiva. 2. Al interpretar los gráficos mostrados se pudo constatar que el 10% de aplicación de la normatividad para la interrupción del embarazo de menor de 22 semanas cuando constituye riesgo de muerte de la madre, no es efectiva. 3. Al realizar el estudio se encontró que el 100% de aplicación de la normatividad para la interrupción del embarazo mayor de 22 semanas cuando constituye riesgo de muerte de la madre, no es efectiva. 4. Los médicos al aplicar la normatividad para la interrupción del embarazo menor de 22 semanas cuando constituye riesgo de muerte de la madre, es efectiva porque cumplen con una detallada guía de aplicación y protocolo; por lo que esto no representa una excusa o impedimento para la simple aplicación del principio de doble efecto.

Palabras claves. Normatividad, interrupción, embarazo.

ABSTRACT

The health of the mother and the child is considered at this moment as a world priority, their health and development situation are indicators of the living conditions of the population of a country. The care of pregnancy is a socio-historical process, so it is necessary to know and act on the reality of the present from an analysis of the past and its social circumstances.

In a recent meeting the Executive Committee of the World Health Organization (WHO) has shown that complications in pregnancy and childbirth are the leading cause of death of adolescents between 15 and 19 years in poor countries and in process of development.

The president of the Spanish Society of Gynecology and Obstetrics (SEGO), José Manuel Bajo Arenas, argues that, starting at week 22 of pregnancy, the interruption of pregnancy is not called abortion but "destruction of a viable fetus." These statements were made public during the presentation of a document that includes the position of this medical organization regarding abortion. We know that pregnancy comprises a total of 40 weeks.

The present investigation addresses the current impact, we try to propose from the legal point of view such interruption of pregnancy should be performed when it constitutes an imminent risk of death of the mother would be justified in safeguarding the legal right protected by the State: the right concrete of the certain life of the mother. For this I have raised the hypothesis: In Peru there is poor regulation of Article 119 of the Penal Code to interrupt pregnancy of 22 or more weeks when it constitutes risk of death

of the mother, which creates legal uncertainty for the strict compliance of the lex artis of the doctor in the province of Satipo 2016.

After having applied the different research techniques, we proceeded to analyze the results in order to analyze the existing regulations in Peru for the interruption of pregnancy of 22 or more weeks when it constitutes a risk of death for the mother. combined the basic study, and reach the following conclusions: 1. Through the analysis it was seen that 90% of application of the regulations for the interruption of pregnancy of less than 22 weeks when it constitutes risk of death of the mother, is effective. 2. In interpreting the graphs shown, it was found that the 10% of application of the regulations for the interruption of pregnancy of less than 22 weeks when it constitutes risk of death of the mother, is not effective. 3. When carrying out the study, it was found that 100% of the application of the regulations for the interruption of pregnancy greater than 22 weeks when it constitutes a risk of death of the mother, is not effective. 4. Physicians, when applying the regulations for the interruption of pregnancy less than 22 weeks when it constitutes the risk of death of the mother, is effective because they comply with a detailed application guide and protocol; so this does not represent an excuse or impediment for the simple application of the principle **Keywords**. Normative, interruption, pregnancy.

ÍNDICE

| | |
|----------------|------|
| DEDICATORIA | ii |
| AGRADECIMIENTO | iii |
| RESUMEN | iv |
| ABSTRACT | vi |
| ÍNDICE | viii |
| INTRODUCCIÓN | 1 |

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

| | |
|---|----|
| 1.1. Fundamentación del problema de investigación | 3 |
| 1.2. Justificación | 8 |
| 1.3. Importancia o propósito | 8 |
| 1.4. Limitaciones | 9 |
| 1.5. Formulación del problema de investigación general y específicos. | 9 |
| 1.6. Formulación del objetivo general y específicos | 10 |
| 1.7. Formulación de hipótesis generales y específicas | 11 |
| 1.8. Variables | 11 |
| 1.9. Operacionalización de variables | 12 |
| 1.10. Definición de términos operacionales | 12 |

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

| | |
|--------------------------------|----|
| 2.1. Antecedentes. | 14 |
| 2.2. Bases teóricas | 21 |
| 2.3. Bases epistemológicas | 45 |
| 2.4. Definiciones conceptuales | 65 |

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

| | |
|------------------------------------|----|
| 3.1. Ámbito | 67 |
| 3.2. Población | 68 |
| 3.3. Muestra | 68 |
| 3.4. Nivel y tipo de Investigación | 68 |

| | |
|---|----|
| 3.5. Diseño y Esquema de la Investigación | 68 |
| 3.6. Técnicas e instrumentos | 69 |
| 3.7. Validación y confiabilidad del instrumento | 70 |
| 3.8. Procedimiento | 70 |
| 3.9. Tabulación y análisis de datos | 70 |

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

| | |
|--|----|
| 4.1. Análisis descriptivo | 73 |
| 4.2. Análisis inferencial y contrastación de hipótesis | 75 |
| 4.3. Discusión de resultados | 75 |
| 4.4. Aporte de la investigación | 76 |

| | |
|---------------------|----|
| CONCLUSIONES | 79 |
|---------------------|----|

| | |
|--------------------------------------|----|
| RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS | 80 |
|--------------------------------------|----|

| | |
|-----------------------------------|----|
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 81 |
|-----------------------------------|----|

| | |
|---------------|----|
| ANEXOS | 83 |
|---------------|----|

- Matriz de consistencia
- Consentimiento informado
- Instrumentos
- Validación del instrumento

NOTA BIBLIOGRÁFICA

ACTA DE DEFENSA DE TESIS DE MAESTRO

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICA DE POSGRADO

INTRODUCCIÓN

Los embarazos se consideran de alto riesgo, aunque no hay un acuerdo unánime sobre cuáles deben ser considerados como tal, ya que las causas que provocan un embarazo de alto riesgo son muy variables y pueden ocurrir antes, durante o después de la gestación. El término se refiere a que circunstancias médicas, sociales, ginecológicas u obstétricas puedan poner en riesgo la salud de la madre, del bebé, o de ambos, con una probabilidad superior a la de la población general durante la gestación, el parto o el puerperio.

La atención de la embarazada, no es de ahora, todo esto se remontan a los inicios de la evolución del hombre, su atención, ha variado a lo largo del tiempo y frecuentemente se concibe en un entorno lleno de mitos y tabúes. Los patrones culturales tradicionalmente han asignado a las mujeres el rol de curanderas, y ellas han sido quienes se han encargado de la atención del parto, la cual se realizaba en la casa de la embarazada y se encuentran referidos en múltiples registros, pero nada o muy poco se encuentra escrito sobre los cuidados durante el embarazo.

Tome el caso del La Lex Artis Ad Hoc porque es considerado como el "Módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica, y las circunstancias en que la misma se desarrolle". Para determinar la existencia de responsabilidad, se exige no sólo que se haya producido daño, sino también la infracción de la lex artis. La lex artis no supone la garantía, en todo caso, de la curación del enfermo. También, comprende la adecuación objetiva del servicio prestado, y la información

sobre diagnóstico, pronóstico, medios de curación, riesgos, insuficiencia de medios y alternativas. Para ello con esta investigación trato de proponer que debe existir una normatividad para la protección de estos.

Todo ello me impulso a realizar el presente trabajo de investigación, la cual está conformada de la siguiente manera:

El Capítulo I trata sobre el planteamiento del problema de investigación, el cual comprende la descripción de la realidad problemática, la formulación del problema y la descripción del objetivo general.

El Capítulo II corresponde al marco teórico, donde se presenta los antecedentes de la investigación y las bases o fundamentos teóricos.

El Capítulo III se presenta el marco metodológico, donde se describe el tipo, nivel, diseño y método utilizados en la investigación, se indica las técnicas de recolección de datos y sus instrumentos utilizados, así como la población y la muestra.

El Capítulo IV describe el tratamiento de datos, que incluye la reseña histórica y la descripción general.

Luego se presenta las conclusiones, sugerencias, la bibliografía, la nota biográfica y los anexos.

CAPITULO I. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Fundamentación del problema de investigación.

La salud de la madre y el niño está contemplada en este momento como una prioridad de orden mundial, su situación de salud y desarrollo son indicadores de las condiciones de vida de la población de un país. Como las acciones emprendidas para el mejoramiento de la salud madre-hijo se encuentran todas aquellas concernientes a los cuidados durante el embarazo. La atención del embarazo es un proceso socio histórico, por lo que se requiere conocer y actuar sobre la realidad del presente a partir de un análisis del pasado y de sus circunstancias sociales.

Es un hecho indiscutible el aporte en la disminución de los índices de morbimortalidad que se generan a partir del otorgamiento de servicios institucionales de cuidado al embarazo. Para poder mejorar su accesibilidad, calidad, oportunidad y eficacia, se tendrán que conocer y analizar aspectos relacionados con los servicios, que, hasta ahora, han sido poco abordados desde la perspectiva histórica y la salud pública. Tal es el caso de los cambios surgidos en la atención del embarazo, tipo de prestador e institucionalización del servicio de atención a lo largo del tiempo.

Por tal motivo, mi trabajo de investigación pretende establecer algunas reflexiones sobre la situación actual a partir de algunas notas históricas, reconociendo que esta deberá ser una de las muchas reflexiones que al respecto se establezcan. Con ella pretendo además de contribuir al conocimiento de los hechos, propiciar una seria discusión de todos y cada uno de los integrantes del equipo de salud para mejoramiento del proceso de análisis de la salud materno-infantil.

Los primeros hechos en torno a la atención de la embarazada, se remontan a los inicios de la raza humana, su atención, ha variado a lo largo de la historia y frecuentemente se concibe en un entorno lleno de mitos y tabúes. Los patrones culturales tradicionalmente han asignado a las mujeres el rol de curanderas, y ellas han sido quienes se han encargado de la atención del parto, la cual se realizaba en la casa de la embarazada y se encuentran referidos en múltiples registros, pero nada o muy poco se encuentra escrito sobre los cuidados durante el embarazo.

La interrupción de embarazos y la anticoncepción, son métodos para la regulación de la fecundidad. Su práctica incide en la salud general y reproductiva de la población. La interrupción de embarazos y la anticoncepción son dos determinantes próximos de la fecundidad y constituyen dos métodos utilizados para su regulación. La fecundidad es una variable demográfica de suma importancia por el modo en que interviene en el crecimiento de la población y determina

sus características, y expresa la capacidad de procreación. (Eva París 2012).

El presidente de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), José Manuel Bajo Arenas, sostiene que, a partir de la semana 22 de gestación la interrupción del embarazo no se denomina aborto sino "destrucción de un feto viable". Estas declaraciones las dio a conocer durante la presentación de un documento que recoge la postura de esta organización médica frente al aborto. Sabemos que el embarazo comprende en total 40 semanas.

1

Desde el punto de vista médico la interrupción del embarazo de 22 o más semanas se realiza mediante la inducción del parto por vía vaginal o por intervención quirúrgica mediante una cesárea, y solamente se justifica cuando constituye un grave riesgo para la vida de la madre, por cuanto a esta edad gestacional (de 22 a 28 semanas) supone casi siempre la muerte inminente del feto o su corta supervivencia, por inmadurez orgánica sistémica especialmente pulmonar.

Desde el punto de vista jurídico dicha interrupción del embarazo realizada cuando constituye un inminente riesgo de muerte de la madre se justificaría en resguardo del bien jurídico protegido por el Estado: el derecho concreto de la vida cierta de la madre.

¹ <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2008/07/03/mujer/1215080479.html>
(03 julio del 2008) José Manuel Bajo Arenas.
Visto: 07/04/2015. 22:30 horas.

En el artículo 119 del Código Penal de Perú, se establece lo siguiente: “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.”

Existe entonces la norma sustantiva para el aborto terapéutico, sin embargo, no existía el protocolo que regule su procedimiento. Hasta que ¡por fin!, después de más de 90 años, el 28 de junio del 2014, se publicó en el Diario Oficial “El Peruano”, la Resolución Ministerial N° 486-2014/MINSA, que contiene 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.”

Mediante esta Guía Técnica ya se cuenta con la reglamentación del procedimiento para la interrupción justificable del embarazo, pero sólo hasta antes de 22 semanas. Sin embargo, a partir de entonces (22 semanas) no existe Reglamento Normativo alguno que regule el procedimiento de la interrupción del embarazo cuando la continuidad de éste supone un riesgo de muerte inminente para la gestante.

Siendo así, el personal médico o la Junta Médica conformada para dicho fin, afrontaría dos alternativas que podrían generarle en

ambos casos, potencial responsabilidad penal, dada la deficiente reglamentación existente:

1.- Si se decide intervenir quirúrgicamente antes de la 28 semana de gestación para interrumpir el embarazo ante el inminente riesgo de muerte de la madre, el pronóstico de sobrevivencia del feto prácticamente es nula, es decir, inclusive con los máximos cuidados terapéuticos hospitalarios, casi siempre el recién nacido fallece por inmadurez orgánica sistémica, especialmente pulmonar, pasible de responsabilidad médica penal.

2.- Si se decide continuar con el embarazo o postergar la intervención quirúrgica para tratar de salvar la vida del feto, puede exponerse a la madre a un potencial grave riesgo de muerte que, si lamentablemente se complica y fallece, el médico a cargo o la Junta Médica que tomó dicha decisión, también podrían ser procesados penalmente por omisión del deber de cuidado de su función profesional.

Todo este dilema se produce por la deficiente reglamentación existente en la actualidad en nuestro país. Es por ello que este tema es muy controvertido y motivo de frecuentes y fragorosas discusiones dogmáticas, doctrinarias, filosóficas y religiosas, que terminan por soslayar su adecuada reglamentación, generando en el personal médico o en la Junta Médica conformada para dicho fin, una gran incertidumbre legal y falta de decisiones rápidas, oportunas, certeras y con pleno respaldo normativo regulador.

1.2. Justificación

Justificó mi trabajo de investigación, porque considero que el principal bien jurídico tutelado por el Estado es la vida, en este contexto, en resguardo de la vida de la madre y del niño, considero indispensable e impostergable en el Perú, que el Estado asuma con responsabilidad inmediata su potestad de regulación normativa que permita estandarizar jurídicamente el procedimiento para la interrupción del embarazo cuando éste constituye grave riesgo de muerte de la madre; en qué casos, cuándo, y cómo se debe intervenir, para que no exista incertidumbre jurídica en la toma de decisiones en la práctica médica hospitalaria específica aplicable al caso. Una adecuada reglamentación permite acciones médicas eficaces, oportunas, ajustadas a la ley y a la *lex artis* del médico, en resguardo de la vida y la salud, disminuyendo de esta forma la mortalidad materna y perinatal.

1.3. Importancia o propósito.

La presente investigación es importante porque los resultados que he logrado me permiten crear un protocolo dentro del área del derecho para la protección a las madres con riesgo de aborto, La salud de la madre y el niño está contemplada en este momento como una prioridad de orden mundial, su situación de salud y desarrollo son indicadores de las condiciones de vida de la población de un país. La interrupción de embarazos y la anticoncepción, son métodos para la regulación de la fecundidad. Su práctica incide en la salud general y

reproductiva de la población. La interrupción de embarazos frente a riesgos de muerte y la anticoncepción son dos determinantes próximos de la fecundidad y constituyen dos métodos utilizados para su regulación

1.4. Limitaciones.

La presente investigación afrontó limitaciones en cuanto a la reticencia del personal médico para brindar la información por lo controvertido del tema, además que es materialmente imposible investigar las estadísticas de las consecuencias si se hubieran tomado decisiones contrarias a la asumida, para contrastar resultados, porque la presente, no es una investigación experimental. Asimismo, existe una escasa información bibliográfica sobre el tema dentro de las 22 semanas de gestación hacia adelante.

1.5. Formulación del problema de investigación

1.5.1. Problema General.

¿Existirá adecuada normatividad para la interrupción del embarazo de 22 o más semanas cuando constituye riesgo de muerte de la madre en la provincia de Satipo 2016?

1.5.2. Problemas Específicos.

¿Qué consecuencias jurídicas produce la deficiente reglamentación y un normativo reglamentario para interrumpir el embarazo de 22 o más semanas cuando constituye riesgo de muerte de la madre en la provincia de Satipo 2016?

¿De qué manera se podría solucionar con una normatividad la interrupción del embarazo por elusión de la lex artis del médico y la casuística para la interrupción del embarazo de 22 o más semanas cuando constituye riesgo de muerte de la madre en la provincia de Satipo 2016?

1.6. Formulación de los objetivos de la investigación.

1.6.1. Objetivo General

Analizar la normatividad existente en el Perú para la interrupción del embarazo de 22 o más semanas cuando constituye riesgo de muerte de la madre en la provincia de Satipo 2016.

1.6.2. Objetivos Específicos.

- Determinar cuáles son las consecuencias jurídicas por la falta de Reglamentación y un normativo para interrumpir el embarazo de 22 o más semanas cuando constituye riesgo de muerte de la madre en la provincia de Satipo 2016.
- Plantear la manera como se podría solucionar con una normatividad la interrupción del embarazo por elusión de la lex artis del médico y la casuística para la interrupción del embarazo de 22 o más semanas cuando constituye riesgo de muerte de la madre en la provincia de Satipo 2016.

1. 7. Formulación de las hipótesis de investigación.

1.7. 1. Hipótesis General.

Existirá una normatividad en el Perú para la interrupción del embarazo de 22 o más semanas cuando constituye riesgo de muerte de la madre en la provincia de Satipo 2016.

1.7.2. Hipótesis Específicos

- Si determinamos las consecuencias jurídicas por la falta de Reglamentación y un normativo, entonces propondremos un protocolo para la interrupción del embarazo de 22 o más semanas cuando constituye riesgo de muerte de la madre en la provincia de Satipo 2016.
- Si planteamos la manera como se podría solucionar con una normatividad la interrupción del embarazo, entonces existirá un tratamiento por elusión de la lex artis del médico y la casuística para la interrupción del embarazo de 22 o más semanas cuando constituye riesgo de muerte de la madre en la provincia de Satipo 2016.

1.8. Variables.

1.8.1.- V₁: NORMATIVIDAD

1.8.2.- V₂: INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO.

1.9.- Operacionalización de las Variables.

| VARIABLE | DEFINICION OPERACIONAL | DIMENSIONES | INDICADORES |
|---|--|---|---|
| V1 NORMATIVIDAD | Falta de protocolo de intervención médica para la interrupción del embarazo de 22 o más semanas cuando constituye riesgo de muerte de la madre. | DEFICIENTE REGLAMENTACIÓN NORMATIVO REGLAMENTARIA O ADJETIVA. | ANÁLISIS DEL CONTENIDO DE LA NORMA ADJETIVA. |
| V2 FALTA DE INTERVENCIÓN MÉDICA | La falta de intervención médica y la incertidumbre jurídica provoca falta de intervención médica en la interrupción del embarazo de 22 o más semanas cuando constituye riesgo de muerte de la madre. | ELUSIÓN DE LA LEX ARTIS DEL MÉDICO. CASUÍSTICA (MÉDICA) | <ul style="list-style-type: none"> ➤ NÚMERO DE CASOS. ➤ NÚMERO DE ABSTENCIONES MÉDICAS. |

1.10. Definición de términos operacionales.

1.10.1. Normatividad.

Dentro de mi investigación he considerado la normatividad, porque están establecidas de reglas o preceptos de carácter obligatorio, emanados de una autoridad normativa, la cual tiene su fundamento de validez en una norma jurídica que autoriza la producción normativa, que tienen por objeto regular las relaciones sociales y cuyo cumplimiento está garantizado por el Estado.

Esto me llevó a investigar porque no existe una normatividad para proteger al médico frente a un acto de poder salvar la vida de

una madre, existen factores para la interrupción del embarazo ya que esta viene acompañada de síntomas, que se establecen, después de realizar un examen obstétrico. Por hemorragias que ocurren durante este período en tres categorías, amenaza de aborto, aborto inevitable y aborto incompleto.

1.10.2. Elusión de la lex artis del médico

No cabe la aplicación de la Lex Artis a situaciones no estudiadas, no conocidas o imprevistas en la ciencia médica, sino todo lo contrario, pues una condición de la Lex Artis es que cualquier médico actuaría de igual forma cuando se dieran las mismas condiciones. Siempre con la salvedad de la libertad profesional.

La lex artis y según ello, los profesionales de la salud han de decidir cuáles de estas reglas y procedimientos y cuáles de esos conocimientos adquiridos en el estudio y la práctica, son aplicables al paciente, cuya salud les ha sido encomendada.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

A NIVEL INTERNACIONAL

❖ **Alarcón A.R.** (Habana 2009) investigo sobre Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. Se realizó un estudio observacional y analítico de casos y control a partir de todas las adolescentes que se embarazaron y parieron (casos) y otro grupo de féminas adolescentes que no se embarazaron (controles), pertenecientes todas al Policlínico José Martí Pérez durante el periodo 2007.

Se demostró que existió asociación causal entre los factores dependientes de la vida familiar y personal de las adolescentes y la incidencia de gestaciones precoces. El no tener relaciones adecuadas con los padres, no recibir apoyo espiritual y económico de la pareja, no mantener relaciones estables de pareja y no conversar con los padres aspectos de sexualidad y reproducción fueron factores que al actuar sobre ellos lograríamos un mayor impacto sobre la población expuesta.

❖ **Oscar Emilio Inostroza Smith y Claudio André Quezada Carreño (2012)** “El aborto terapéutico y su regulación en Chile.” Tesis para optar el Grado de Licenciado en Ciencias

Jurídicas y Sociales. Autores: Universidad de Chile. Facultad de Derecho. Santiago de Chile. Llegaron a las siguientes conclusiones:

El Colegio Médico de Chile no ha quedado ajeno a esta discusión y si bien, ha ido modificando su Código de Ética dependiendo de la legalidad penal y sanitaria vigente, nos parece del todo inadecuado el sumarse al “silencio nacional. con que se aborda el tema, restringiéndose al “respeto de la vida humana desde su inicio y hasta su término” y no mencionar la práctica de abortos como medida racional y ética para aliviar la salud o proteger la vida de la madre embarazada, enmarcándola expresamente como parte de su *lex artis*.”

Es en este último sentido que presentamos además la metodología con que el DFL 226 de 1931 y el DFL 725 de 1967 regularon el aborto hasta hace sólo veintitrés años atrás. Ambos aceptaron históricamente la práctica del aborto terapéutico como una maniobra necesaria en casos de excepción entre las mujeres embarazadas cuya salud o vida estuviesen en grave riesgo por su estado de preñez, el primero de ellos en su artículo 226 y luego el DFL 725 en su artículo 119 depositaban en la *lex artis* médica el criterio suficiente para determinar cuándo dicha maniobra estaría permitida, este pensamiento es recogido en la forma cómo estaban redactados cada una de dichas normas, solicitando para su “justificación” la opinión documentada de los mismos facultativos de la salud.”

“Por todo lo anteriormente dicho, creemos que, la discusión en torno al aborto terapéutico en nuestro país, ha sido planteada sobre la base de supuestos erróneos. Y es que, de un lado, quienes defienden la conveniencia de promulgar una norma que expresamente permita la práctica de un aborto con indicación terapéutica, han sostenido que dicha posibilidad se encuentra vetada en nuestra legislación, por lo que, en este momento, cuando un médico se ve enfrentado a un embarazo con complicaciones que ponen en riesgo la vida o salud de la mujer gestante, no tendría más alternativa que limitarse a un tratamiento paliativo del mal, que no interrumpa el desarrollo del feto, dejando que la condición de la madre se deteriore, aun cuando se provoque así su muerte, o, directamente aconsejarle a la mujer que viaje a otro país donde la interrupción del embarazo en dicho caso sea admitida por ley.”²

Completamente de acuerdo, indiferencia y negligencia para regular este polémico tema en varios países, incluyendo el Perú. Por las contradictorias posiciones, se utiliza a la “*lex artis*” de la medicina como escudo protector para permanecer soslayando una crucial necesidad embebida de mucha hipocresía normativa, y cuando surgen denuncias de *mala praxis* médica, dejar expuesto al personal médico, a una censurable situación de indefensión.

² www.tesis.uchile.cl/handle/2250/113033 (2012). Visto: 23/04/2015. 23:32 horas.

A NIVEL NACIONAL.

- **Carpio C.E.** (Iquitos 2010), investigó los factores de biosocio-demográficos y embarazo precoz en adolescentes gestantes, atendidas en el Hospital Regional de Loreto, mostrando con un comportamiento influyente en la presentación del embarazo precoz, a pesar de que la mayor actividad sexual incluyendo el coito se realiza en la adolescencia tardía, evidenciado embarazos entre las edades de 15 a 19 años. En este contexto se ha realizado el presente estudio con el objetivo general de determinar la asociación entre factores de biosocio-demográficos y embarazo precoz en adolescentes gestantes, atendidas en el Hospital Regional de Loreto, con los objetivos específicos de identificar algunos factores biosocio-demográficos, categorizar el embarazo precoz, y establecer asociación entre factores biosocio-demográfico y embarazo precoz. Utilizó el método cuantitativo, tipo no experimental, transversal, descriptivo, correlacional, retrospectivo; en una muestra de 270 historias clínicas de adolescente. Entre los resultados obtenidos existe relación estadística entre grado de instrucción y embarazo precoz ($p=0.000$); edad de inicio de relaciones sexuales y embarazo precoz ($p=0.000$); procedencia y embarazo precoz ($p=0.008$); así mismo no existe relación estadística entre estado civil y embarazo precoz ($p=0.104$); y número de parejas sexuales y embarazo precoz ($p=0.278$). En conclusión se encontró que existe asociación estadística entre

el grado de instrucción, edad de inicio de relaciones sexuales, procedencia y embarazo precoz.

- **Jorge Humberto Sánchez Pérez. Lima (2011).** “Análisis del aborto derivado de casos de violación sexual dentro del modelo jurídico vigente en el Perú.” Tesis para optar el título de abogado que presenta el bachiller. Pontificia Universidad Católica del Perú. Facultad de Derecho. Llegó a las siguientes conclusiones: “Cuando nos encontramos dentro de un Estado, que en teoría respeta las libertades individuales y que no vulnera el orden constitucional, no cabría alegar un comportamiento que atente contra el ordenamiento, si es que existen otros medios para poder expresar el disenso.

Así, el actual surgimiento de las organizaciones no gubernamentales y asociaciones civiles que respaldan posiciones jurídicamente disidentes, su masificación y creciente capacidad organizacional, debería ser tomado en cuenta como un modo empírico de corroborar la existencia de posturas valorativas contrarias o diferentes a las actuales.”³ Efectivamente en un tema tan polémico, lógicamente existen grupos sociales con posiciones incluso radicalmente contrarias, sin embargo, es función del Estado cumplir con su eminente rol normativo para regular las relaciones y derechos fundamentales de la persona humana.

³ <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/785?show=full> (Elaborado el 2011).
Visto: 23/04/2015. 23:50 horas.

No se pretende con ello perseguir una cultura abortista moderna, sino la regulación normativa del aborto terapéutico dentro de una política de salud abierta y sin dogmatismos extremos conservadores que generan más bien, vacíos legales que perjudican la defensa del principal bien jurídico tutelado por el Estado, como es el derecho a la vida del feto y de la madre. Considero que, cuando existe una situación de grave riesgo materno derivado de su gestación, el Derecho debe proveer al personal médico, la regulación normativa precisa de su actuación, ponderando el derecho concreto a la vida cierta de la madre, versus el derecho de persona en potencia o derecho expectatio del feto en gestación; de esta manera, el médico podría cumplir estrictamente con su *lex artis* enmarcada dentro de la legalidad y sin tener que afrontar el potencial riesgo de ser procesado, en algún momento, por responsabilidad penal, injusta, porque esto está propiciada por la deficiente reglamentación que existe en estos casos de grave riesgo de muerte de la gestante de 22 o más semanas.

Con respecto a la reglamentación para regular el procedimiento de la interrupción del embarazo de 22 o más semanas cuando constituye riesgo de muerte de la madre, no existe tesis precedente. Todas las que se han encontrado corresponden a tesis de aborto terapéutico en una edad gestacional en general, o antes de las 22 semanas de gestación.

- **Pérez M.I.** (Loreto, 2012), refiere que en Loreto, 30 % de las adolescentes ya son madres o están embarazadas, ante eso, a nivel de todo el país. En Iquitos del total de mujeres que han sido madres adolescentes el 49.2 % son de zonas rurales, 66.9 % solo alcanzó estudios primarios y 51.3 % pertenece al quintil inferior de riqueza. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2010) en nuestra región, 3 de cada 10 adolescentes ya son madres y están embarazadas.

Esta cifra es alarmante, pues implica que 30 % de las adolescentes de la zona vive una afectación seria a sus derechos humanos y la salud de la madre, poniendo en riesgo su desarrollo y el de los hijos.

También afecta al capital educativo que los y las jóvenes puedan adquirir; en efecto, sólo 13.1 % de las madres adolescentes asiste al colegio en comparación, 80.4 % de las adolescentes que son madres ya no asisten al colegio. En lo laboral, las adolescentes madres deben realizar un trabajo menor y mal remunerado, lo que afecta la posibilidad de desarrollo de sus hijos, todo esto afecta sus posibilidades de desarrollo y sus planes de vida. El embarazo adolescente configura un problema para el desarrollo nacional, actualmente, 31.7 % (*1) de la población peruana es joven.

Este alto porcentaje de personas con capacidad de trabajo es denominado a nivel económico Bono Demográfico, una suerte de hipo o pico demográfico que potencia las

posibilidades de despegue económico, pues por primera vez la población económicamente activa supera a los dependientes, configurando una realidad que podría impulsar al Perú hacia adelante.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Normatividad.

a) Definición.

Se entiende por normatividad o normativa a las formas institucionales a través de las cuales el comportamiento es configurado socialmente. Estas son normas jurídicas que regulan la conducta y confieren o imponen encuentra la moral, que tiende a la perfección del individuo y al desarrollo de su consciencia, por otro lado, la norma religiosa que vela por la "salud" del ser humano en el reencuentro de amor con su Dios.

Las normas morales persiguen la perfección de cada uno dentro de una sociedad y las religiosas buscan que se cumpla con el "mandato" o "principios" que fija cada religión, sin embargo, ambas coinciden en que se trata de normas internas de los individuos de manera personal en sociedad.

Reglas externas: serán las que normen las conductas de la sociedad de un modo definido cuando dicha regulación sea garantizada efectivamente y conocida como norma jurídica, además poseen un carácter de obligatorio para toda la sociedad y permiten que una o varias personas celebren actos que tengan consecuencias jurídicas, válidas como una adopción.

Estas normas jurídicas pueden ser de origen legislativo, jurisprudencial (sentencias), consuetudinario (contratos), administrativos o consensual. Por esto, se trata de un conjunto de normas que confieren obligaciones y otorgan derechos.

Se conoce por normativa todo consenso establecido de manera social, que toma fuerza sujetando al individuo a la obligatoriedad. Esta normativa puede ser autónoma o heterónoma. Al igual que la ley, ésta posee eficacia o ineficacia/ validez o invalidez, diferenciando que la ley tiene mayor poder y está un escalafón más arriba (partiendo de que el 1ro sería la base, o sea, la "constitución").

b) Embarazo.

El embarazo o gravidez (de grávido, y este del latín gravidus), es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto, en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. En teoría, la gestación es del feto y el embarazo es de la mujer, aunque en la práctica muchas personas utilizan ambos términos como sinónimos.

En la especie humana las gestaciones suelen ser únicas, aunque pueden producirse embarazos múltiples. La aplicación de técnicas de reproducción asistida está haciendo aumentar la incidencia de embarazos múltiples en los países desarrollados.³

El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto (aquel a partir del cual puede sobrevivir extraútero sin soporte médico).

En 2007 el Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) definió al embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del conceptus en la mujer. El embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto. La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación).⁴ Entonces el blastocito atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación.

c) Factores de riesgo:

Son aquellas características o circunstancias detectables en individuos o en grupos, asociados con una probabilidad aumentada de experimentar daño a la salud.

Los factores de riesgo son diversos y complejos por lo cual se clasifican en forma precisa para fines de estudio:

Factores personales: se define como aquellas características o circunstancias detectables en la vida personal con alta probabilidad de embarazo en la adolescente. Incluye los siguientes factores:

1. Menarquía: es el primer periodo menstrual, indica el comienzo de la capacidad reproductiva, el desarrollo de las características sexuales secundarias. La menarquia es el principal marcador psicológico de la transición de la infancia a la edad adulta.

Aparición de la primera regla o principio de la función menstrual, se considera:

- **Precoz:** se considera aquella adolescente que inició su primera menstruación antes de los 12 años.
- **Habitual:** se considera aquella adolescente que inicio su primera menstruación a los 12 – 14 años.
- **Tardía:** se considera aquella adolescente que tuvo su primera menstruación después de los 14 años.

2. Inicio de la actividad sexual: es una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente la edad en que la adolescente tuvo su primera relación sexual o coito, se considera:

- **Temprana:** aquella adolescente que inició su actividad sexual entre los 10 a 13 años.
- **Intermedia:** aquella adolescente que inició su actividad sexual entre los 14 a 16 años.
- **Tardía:** aquella adolescente que inició su actividad sexual entre los 17 a 19 años.

3. Presión del grupo: la adolescente buscando su libertad e intentando continuar con su vínculo afectivo con otras personas que estén desligadas de su núcleo familiar, se refugia en amigos, y por ley natural de ahí progresa hacia una relación amorosa, donde generalmente, inician su vida sexual a temprana edad, de la cual pueden surgir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. Esto se da por la fuerza negativa o positiva que ejerce un determinado grupo hacia una persona (adolescente). En la etapa de la adolescencia, ocurre que en muchas ocasiones los jóvenes se ven expuestos a estas presiones, por lo que adoptan conductas con las cuales no necesariamente están de acuerdo, es decir, se sienten presionados a realizar las cosas que su grupo de amigos dice.

- **Ausente:** cuando el adolescente refiere no haber tenido presión de amigos para iniciar sus relaciones sexuales y/o quedar embarazada.
- **Presente:** cuando el adolescente refiere haber tenido presión de amigos para iniciar sus relaciones sexuales y/o quedar embarazada.

d) El aborto:

Dos abogados constitucionalistas tienen posiciones absolutamente contrarias acerca del aborto, Gregorio Badeni y Daniel Sabsay. Mientras Badeni asegura que la interrupción del embarazo “es matar una persona”, Sabsay está de acuerdo con la “despenalización” del aborto bajo la base de una política de prevención y educación sexual.

“La vida de las personas comienza en el momento de la concepción y así lo reconoce la Argentina porque suscribió la Convención de los Derechos del Niño y la Declaración Universal de los Derechos Humanos. De modo que cuando se produce una colisión entre dos derechos a la vida, no es posible en abstracto reconocer a una de ellas el derecho de privar a la otra de su potestad a vivir”, afirmó el primero al cerrar la dilemática discusión.

En contraposición, el segundo de los constitucionalistas, señaló que, “en defensa de la vida, hay que conservar la vida de la madre, porque analizando la ponderación del objeto de derecho mayor, prevalece la vida cierta y concreta de la madre.” Sabsay entiende que la normativa actual influye en el avance de la mortalidad de la madre gestante y la impunidad de los responsables.

En el caso de Bahía Blanca, la justicia argentina de familia autorizó el aborto a una joven con discapacidades mentales, y en el caso de Mendoza, le negaron la interrupción del embarazo a una niña de doce años con capacidad mental normal. Ambas mujeres

habían sido violadas, sólo que una de ellas presentaba discapacidad mental y se la concedieron.

Si bien el abogado opositor al aborto, Badeni, sostiene que habría que conocer los antecedentes del expediente para emitir su opinión, dejó en claro que, “el que nace como consecuencia de la violación, no tiene culpa alguna de la forma a través de la que fue concebido, y que reconocer esta causa como eximente de la pena - como así lo establece el artículo 86 del Código Penal- significa invocar una razón material que beneficia a la madre, pero que perjudica a la sociedad que respeta el derecho a la vida.”

“Badeni observa que las excepciones del artículo 86 se remiten a una concepción racista de la década del 20 que imperaba en el derecho penal. Se facultó el aborto a una mujer demente o idiota porque se creía que tendrían hijos con esas características y eso no era bueno para la sociedad,” dijo el abogado Sabsay. “Con ese criterio podemos autorizar la cláusula para personas nacidas deformes,” concluyó.

Frente a esta cuestión Sabsay sostuvo que “en las circunstancias actuales debe respetarse el artículo” y que “el tema debe dirimirse en el ámbito de la salud.” “No es posible que los hospitales pidan autorización judicial cuando la ley los habilita para practicar la interrupción del embarazo. Creo que esta actitud resulta como consecuencia de la presión fuerte de grupos ligados a

agrupaciones religiosas sumamente fundamentalistas o que evidentemente ejercen mucho poder.”

El constitucionalista observa una “situación de desigualdad” sobre la aplicación de la norma porque “hay jurisdicciones en las que se aplica correctamente y hay algunas otras en las que no lo hacen de manera igualitaria. Debería haber una política de Estado que exija a los jueces cumplir con la ley con equidad.”⁴

Evidentemente observamos que existen posiciones sumamente diversas y a veces radicalmente antagónicas sobre este crucial tema, sin embargo debemos tener presente que legislar al respecto es establecer normativamente la defensa de la vida que merecen tanto la madre como el feto, pero que en situaciones críticas, donde la gestante enfrenta un peligro de muerte inminente que no le permita continuar con su gestación, debe ponderarse el derecho concreto de vida cierta de la gestante, en contraste con el derecho expectatio del feto, que incluso en tal circunstancia, médicamente se le debe brindar absolutamente todas las atenciones hospitalarias posibles para preservar su vida, hasta donde lo permita su grado de madurez orgánica en dicho momento gestacional.

“En el Perú y el resto del mundo, pocos temas son tan controversiales como el aborto. Nuestro país tiene un Código Penal que prohíbe el aborto, salvo cuando la vida de la madre corre

⁴ http://www.diariojudicial.com/contenidos/2008/10/02/noticia_0006.html. Visto el 12/04/2015, 21:45.

peligro. Europa, Rusia, China, Norteamérica y países latinoamericanos como Brasil, Argentina y Uruguay tienen una posición más liberal.”⁵

“El aborto legal se realiza en el 74% de la población mundial y comprende a 117 países, en ellos se permite en tres situaciones diferentes: en casos seleccionados sucede en 53 países (45%), el aborto es liberal fundamentando las causas en 14 países (12%) y se realiza de manera absolutamente liberal en 50 países (43%). El aborto ilegal se realiza en el restante 26% de la población, que comprenden 74 países. En América Latina el aborto es ilegal con excepción de Cuba y Puerto Rico. La tasa de aborto en el mundo es de 13 por mil mujeres en edad fértil (MEF); en América Latina es de 37 y en el Perú es de 55 por mil.”

“En América Latina la práctica del aborto está regulada jurídicamente por el sistema de las indicaciones. Éste señala que el aborto es punitivo, salvo que sea autorizado por la concurrencia de determinadas indicaciones. Estas indicaciones son terapéuticas o médicas por riesgo para la vida de la mujer (en Argentina, Bolivia, Brasil, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Haití, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay, Venezuela); por enfermedad fetal grave o incurable (en Panamá, Trinidad y Tobago, Uruguay); por violación sexual (en Argentina, Bolivia, Brasil, Ecuador, México, Uruguay); por precaria situación familiar (en Uruguay).”

⁵ <http://www.perupolitico.com/?p=1101>. Visto el 12/04/2015, 22:30 horas.

“En el Perú se produce aproximadamente un millón de embarazos al año, de los cuales un tercio termina en aborto clandestino. En eventos internacionales se ha concluido que el Perú es el país latinoamericano con el mayor número de abortos, seguido de Brasil y Argentina. Por cada mujer que muere por aborto hay 10 ó 15 mujeres que quedan incapacitadas para procrear o sufren de procesos crónicos dolorosos. Hay referencias anecdóticas que indican una alta tasa de complicaciones por aborto entre las mujeres de las zonas urbano-marginales, que por temor a las consecuencias legales y personales no llegan al hospital a solicitar tratamiento para las complicaciones.”

“La polémica del aborto ha polarizado el mundo de tal manera que existen globalmente dos corrientes de opinión contrapuestas que se identifican con los nombres de *“pro life”* y *“pro choice”*. En un extremo están quienes creen que el embrión o el feto tienen prioridad absoluta sobre las decisiones personales de la mujer y parecen ignorar por completo los derechos de ésta. El extremo opuesto privilegia resueltamente los derechos de la mujer a decidir por sí misma, ya sea la continuación o la interrupción del embarazo, y parece hacer caso omiso de cualquier valor posible del embrión o feto.”

“Es necesario conocer que el Código Penal aprobado en 1991, en los artículos 114 al 120, establece sanciones contra las mujeres que se practican el aborto y contra las personas que lo realizan. La Constitución del Perú del año 1993 ratifica la prohibición

del aborto en el Artículo 2, inciso 1, cuando señala: “El concebido es sujeto de derecho en todo cuanto le favorece.” Igualmente, la Ley General de Salud (N° 26842) establece en su artículo 30, la obligación de que los establecimientos de salud y los médicos tratantes, informen a la autoridad policial sobre los casos en los que exista sospecha de aborto provocado.”

“Sin embargo en el artículo 119 del Código Penal dice: “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 de salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente.”⁶

Según la RAE (2001), el aborto se define como, la “interrupción del embarazo por causas naturales o deliberadamente provocadas. Puede constituir eventualmente un delito.”⁷ Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) aborto es, “la interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno. Lo más frecuente es que el aborto ocurra antes de la vigésima semana de gestación; si la interrupción tiene lugar entre el primero y tercer mes se habla de aborto precoz, denominándose aborto tardío entre el tercero y sexto mes de embarazo.”⁸

⁶ <https://milagritos24.wordpress.com/la-realidad-del-aborto-en-el-peru>. Visto el 17/04/2015. 22:35 horas.

⁷ <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?id=3NnaYC6S0DXX2N5leX24>. Visto el 19/04/2015. 23:20 horas.

⁸ <http://es.scribd.com/doc/162636131/La-OMS>. Visto el 19/04/2015. 23:45 horas.

e) Tipos de aborto.

Según Barrantes (2003) menciona que existen dos grandes grupos de aborto desde el punto de vista médico:

- **ABORTO ESPONTÁNEO:** Que son todos aquellos que sobreviene por factores fisiológicos o patológicos ajenos a la voluntad de la madre y que no han sido desencadenados por persona alguna.
- **ABORTO PROVOCADO:** Es aquel aborto que ha sido inducido deliberadamente por la madre o por otra persona con el consentimiento o no de la madre.⁹
- **ABORTO EUGENÉSICO:** Deriva de dos vocablos griegos: Eu, que significa bueno, correcto; y Génesis, que significa inicio o formación. Etimológicamente significaría “buena formación”. Es el aborto provocado por haberse certificado la presencia de una o más malformaciones congénitas en el embrión o feto.
- **ABORTO TERAPÉUTICO:** Es aquel aborto provocado por un profesional médico con el consentimiento de la mujer gestante cuando es el único medio posible para salvar la vida de la madre o para evitar en su salud un mal grave y permanente.
- **VACIO LEGAL:** Es la ausencia de reglamentación legislativa en una determinada materia. Es la omisión jurídica la regulación concreta de una determinada situación legal, parte o negocio que no encuentra respuesta legal específica.

⁹ <http://elabortoue.blogspot.com/2013/05/marco-teorico.html>. Visto el 26/03/2015. 22:30 horas.

- DEFICIENTE REGLAMENTACIÓN: Cuando la normativa de reglamentación existe, pero que no es suficiente para discernir todas las situaciones jurídicas que dentro de ellas se subsumen.¹⁰

f) Mortalidad materna.

“Es un término estadístico que describe la muerte de una mujer durante o poco después de un embarazo.”¹¹

La mortalidad materna, muerte materna o de mujeres gestantes es un término estadístico que describe la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o el posparto. La muerte materna es un indicador claro de injusticia social, desigualdad de género y pobreza: el que un embarazo o parto desemboque en la muerte de la mujer refleja problemas estructurales, tanto de acceso al control de natalidad como de atención a la salud.

Naciones Unidas estima que en 2015 se producirán unas 303 000 muertes maternas —aproximadamente una defunción materna cada dos minutos¹— de las cuales, menos del 1% se producirán en países desarrollados. Sin embargo, un estudio de The Lancet señala que la cifra ha descendido continuamente desde 526.300 en 1980 hasta 342.900 en 2008, y que en este último año el número sería de 281.500 si no se incluyen las causadas por el VIH.² La mayoría de estas muertes son médicamente prevenibles desde hace décadas, ya que existen

¹⁰ http://es.wikipedia.org/wiki/Laguna_jur%C3%ADdica. Visto el 23/04/2015. 20:30 horas.

¹¹ <http://es.wikipedia.org/wiki/mortalidadmaterna>. Visto el 30/04/2015. 19:40 horas.

tratamientos y terapias que se conocen y aplican en todo el mundo desde los años 1950.

La Organización Mundial de la Salud define la defunción materna como «la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales».³ Por lo general se hace una distinción entre «muerte materna directa» que es resultado de una complicación del propio embarazo, parto o su atención, y una «causa de muerte indirecta» que es una muerte asociada al embarazo en una paciente con un problema de salud preexistente o de reciente aparición. Otras defunciones ocurridas durante el embarazo y no relacionadas con el mismo se denominan *accidentales, incidentales o no obstétricas*.

La mortalidad materna es un evento centinela que vigila la calidad de los sistemas de salud en los estados y países del mundo. Hay factores asociados a la muerte materna que no implican un buen o mal estado de salud general, como son el aborto clandestino y las muertes relacionadas a la violencia contra la mujer. El índice de muerte materna vinculado al aborto clandestino es 2,95 veces más elevado que el de embarazos que llegan al parto. Se ha reportado además que cerca del 10% de las muertes maternas ocurren más allá que los 42 días del puerperio,

por lo que algunas definiciones se extienden más allá del puerperio tardío e incluyen hasta un año tras el parto. Se reconoce que los datos recibidos de mortalidad materna son incompletos, ya que menos del 40% de los países miembros de la OMS reportan de manera correcta, sistemática y en forma verificable sus niveles de mortalidad materna.

2.2.2. Lex artis del médico.

a) Definición.

Pedro Montaña Gómez (2011) dice: “Determinadas las profesiones cualificadas por su especialización y preparación técnica, cuentan para su ejercicio con unas reglas que, en consonancia con el estado del saber de esa misma ciencia, marcan las pautas dentro de las cuales han de desenvolverse los profesionales.

Lex Artis o Ley del Arte médico consiste en el conjunto de reglas científicas para el ejercicio médico universalmente aceptadas, en las cuales se establecen los medios ordinarios para la atención médica y los criterios para su empleo. Conocimientos científicos que el profesional ha de mantener actualizados en todo momento. En consecuencia, al profesional sanitario se le exige: atención, diligencia, pericia, cautela asistencial y prudencia.

La Lex Artis Ad Hoc es el “Módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica, y las circunstancias en que la misma se desarrolle”.

Para determinar la existencia de responsabilidad, se exige no sólo que se haya producido daño, sino también la infracción de la *lex artis*. La *lex artis* no supone la garantía, en todo caso, de la curación del enfermo.

La *Lex Artis* comprende la adecuación objetiva del servicio prestado, y la información sobre diagnóstico, pronóstico, medios de curación, riesgos, insuficiencia de medios y alternativas.

Concepto de *Lex Artis* es indeterminado, cuya concreción depende del caso concreto y de las concretas circunstancias de tiempo y lugar. Exige que se actúe como lo haría un profesional medio y se han de tener en cuenta las circunstancias concretas (estado de salud precedente, presión asistencial condicionante, medios disponibles, etc.). La responsabilidad deriva no del resultado, sino de la puesta a disposición de los medios razonablemente exigibles. Obliga a utilizar cuantos medios conozca la ciencia médica y estén a disposición del profesional en el momento y en el lugar en que se produce la asistencia al paciente. Incluye técnicas de salud usuales, en aplicación de la deontología médica y del sentido común humanitario. No incluye las técnicas punta o más avanzadas, si no están disponibles en ese momento y lugar de la asistencia. No obstante, considero que la falta de disposición de las técnicas de las que se conoce su existencia no afecta a la responsabilidad del profesional, pero sí de la Administración, al considerar que dichas técnicas deben estar a disposición de los Servicios Sanitarios públicos.

Para la consideración de la pérdida de oportunidad ha de producirse una actuación médica contraria a *lex artis* y que esa actuación incorrecta haya determinado que la evolución del enfermo hubiera podido ser distinta y mejor. Generalmente implica un retraso diagnóstico y/o de tratamiento que obvia la probabilidad de haber obtenido otro resultado. La Responsabilidad es proporcional a dicha probabilidad, al igual que la indemnización.

La información incompleta de riesgos supone infracción de la *lex artis* formal y genera responsabilidad cuando se produzca un resultado lesivo como consecuencia de actuaciones médicas realizadas sin consentimiento, con independencia de que se haya cumplido la *lex artis* material (Encarnación Suárez).

b) Pronunciamiento tc. sobre el *lex artis*.

En relación con esta cuestión el Tribunal Supremo se ha pronunciado en los siguientes términos:

- ✓ La actividad médica y obligación profesional es de medios y no de resultados:

«En relación con la prestación sanitaria, ha de tenerse en cuenta igualmente la constante jurisprudencia (Ss. 3-10-2000, 21-12-2001, 10-5-2005 y 16-5-2005, entre otras muchas) en el sentido de que la actividad médica y la obligación del profesional es de medios y no de resultados, de prestación de la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo, de manera que los facultativos no están obligados a prestar servicios que aseguren la salud de los

enfermos, sino a procurar por todos los medios su restablecimiento, por no ser la salud humana algo de que se pueda disponer y otorgar, no se trata de un deber que se asume de obtener un resultado exacto, sino más bien de una obligación de medios, que se aportan de la forma más ilimitada posible» (STS de 12-9-2006).

✓ La doctrina de la llamada «pérdida de la oportunidad»:

La STS de 25-6-2010 en relación con esta doctrina ha señalado que en la jurisprudencia de esta Sala la pérdida de oportunidad se define como «la privación de expectativas, y constituye un daño antijurídico, puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación), los ciudadanos deben contar, frente a sus servicios públicos de la salud, con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las administraciones sanitarias; tienen derecho a que, como dice la doctrina francesa, no se produzca una “falta de servicio”».

En la Sentencia de 21-2-2008 se dice «en el caso de autos no se ha dejado de practicar actuación médica alguna ni se ha omitido tampoco ningún tratamiento posible, en eso consiste la pérdida de oportunidad». Y, de igual forma, en la Sentencia de 13-7-2005, se afirma que «sin que conste la

relevancia causa - efecto de un diagnóstico precoz porque para que la pérdida de oportunidad pueda ser apreciada debe deducirse ello de una situación relevante, bien derivada de la actuación médica que evidencie mala praxis o actuación contra protocolo o bien de otros extremos como pueda ser una simple sintomatología evidente indicativa de que se actuó incorrectamente o con omisión de medios.

Y la STS de 28-2-2012 dice que la privación de expectativas, denominada por nuestra jurisprudencia de “pérdida de oportunidad”, se concreta en que basta con cierta probabilidad de que la actuación médica pudiera evitar el daño, aunque no quepa afirmarlo con certeza para que proceda la indemnización, por la totalidad del daño sufrido, pero sí para reconocerla en una cifra que estimativamente tenga en cuenta la pérdida de posibilidades de curación que el paciente sufrió como consecuencia de ese diagnóstico tardío de su enfermedad, pues, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación) los ciudadanos deben contar frente a sus servicios públicos de la salud con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica posee a disposición de las administraciones sanitarias.

c) Elementos del lex artis.

La Lex Artis presupone unos elementos característicos que los podemos enmarcar igualmente dentro de la normatividad vigente en nuestro país, especialmente nos referimos a la Ley 23 de 1981 y al Decreto 3380 de 1981, como son:

1. Un profesional idóneo. Entendida la idoneidad como una cualidad de aplicación de lo que tiene las condiciones necesarias para un cierto servicio, y en este caso la persona con las cualidades específicas para ejercer un arte o una actividad. Esta idoneidad, en principio, podrá evidenciarse con los respectivos títulos que acrediten los estudios realizados por el profesional de la salud en las condiciones y con el cumplimiento de los requisitos legalmente establecidos para el ejercicio de la profesión.

2. Un estudio y análisis previo del paciente. Nos establece el artículo 10 de la ley 23 de 1981, que “el médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente. El diagnóstico es un acto médico complejo, resultado de un examen pormenorizado y su posterior evaluación, que conforme al nivel profesional del médico emite un resultado que es la base de una actuación médica individual o en equipo.

El diagnóstico es una pieza fundamental en la posterior evaluación jurídica de la responsabilidad, un error en el diagnóstico produce, inevitablemente, una actuación también errónea en cascada que, en ocasiones, puede desvirtuar la verdadera responsabilidad de acciones las cuales ajustándose a la Lex Artis devienen en procesos judiciales. La prescripción de la terapéutica correspondiente o adecuada, será dada libremente por el profesional, de acuerdo a lo que dicte su ciencia y conciencia.

3. Empleo de técnicas o medios convenientes con aceptación universal. Según el artículo 12 de la Ley 23 de 1981, “El médico solamente empleará medios diagnósticos o terapéuticos debidamente aceptados por las instituciones científicas legalmente reconocidas. Y en su párrafo nos relata: “Si en circunstancias excepcionalmente graves un procedimiento experimental se ofrece como la única posibilidad de salvación, éste podrá utilizarse con la autorización del paciente o sus familiares responsables y, si fuere posible, por acuerdo en junta médica.

4. El consentimiento del paciente. Consiste en la autorización que da el paciente al médico para que efectúe el acto médico propuesto, teniendo como base la información veraz recibida del galeno sobre la enfermedad y sus opciones de diagnóstico y tratamiento, con sus riesgos y beneficios.

Esta manifestación de voluntad puede ser emitida directamente por el paciente y ante su imposibilidad física o mental puede ser realizada por sus familiares o representantes legales, e incluso en casos de emergencias el médico puede intervenir unilateralmente. Es conveniente destacar que toda persona tiene libertad para decidir si se somete o no a un acto médico y por ello su consentimiento siempre debe obtenerse y respetarse, salvo en aquellos casos donde esté en juego su vida y no sea posible pedir autorización.

d) Fundamento legal para la valoración de la ley del arte.

Ese fundamento se obtiene a través de los peritajes médicos. El juez ha de valerse de quienes tengan conocimientos técnicos y científicos sobre el particular para establecer si el médico actuó bien o no de conformidad, es decir, si faltó o no al deber objetivo de cuidado.

La peritación médica en el enjuiciamiento de la Lex Artis ha estado en continua actividad a lo largo del tiempo. Ya en 1920, en Inglaterra, con motivo de un parto en el que el médico que lo atendió asistió impotente a la expulsión del feto y del útero, con posterior fallecimiento de la embarazada a los tres días. Se hizo necesaria la peritación del propio ginecólogo de la Reina de Inglaterra, siendo el resultado final de no condena, aunque sí de reproche por no haber pedido ayuda a algún compañero. (J.J. Jiménez. La peritación médica en los casos de lex artis. II).

Pero resulta que esta situación es de carácter estrictamente relativo por varias circunstancias:

1. Dentro de la actividad deben existir diferentes posiciones en relación con la conveniencia o inconveniencia de un tratamiento determinado o de llevar a cabo una intervención, es decir, debe haber posiciones distintas con base en postulados científicos y académicos distintos.
2. Han de tener en cuenta las circunstancias en las que se llevó a cabo el comportamiento. No se le puede exigir el mismo deber de cuidado, es decir cumplir con ese deber de cuidado a un médico rural que no tiene elementos suficientes para efectos de llevar a cabo una intervención quirúrgica, que al médico que se encuentra en una ciudad, absolutamente con todos los medios para ello.

e) Marco de juzgamiento.

No cabe la aplicación del *lex artis* a situaciones no estudiadas, no conocidas o imprevistas en la ciencia médica, sino todo lo contrario, pues una condición de la *lex artis* es que cualquier médico actuaría de igual forma cuando se dieran las mismas condiciones. Siempre con la salvedad de la libertad profesional, tal como lo explicábamos anteriormente. Se admite cierta desviación, que en ocasiones da como fruto el avance de la ciencia médica, es tanto como un riesgo permitido dentro del buen criterio de la buena actuación de un padre de familia.

El deber del médico es procurar al enfermo los cuidados que requiera según el estado de la ciencia, para ello aplicará las normas o principios de la experiencia médica científica, entendiendo todo lo anterior con un criterio va valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el médico. Ello obliga a una actuación de los profesionales, muy semejante con las lógicas y prudentes desviaciones del caso. Si el médico actúa conforme a lo anterior, podemos afirmar que actúa y se ciñe a la lex artis. Para que se cumpla la lex artis se debe tener en cuenta en el acto médico:

- Que este haya aplicado la técnica correcta.
- Buena técnica médica.
- Respeto a los principios esenciales que tienden a su normal desenvolvimiento.
- Ceñimiento a normas deontológicas, que es la ciencia o el tratado de los deberes, es una rama eminentemente práctica de la ética, que se ocupa de plantear los deberes y derechos de los diferentes profesionales. Es la llamada MORAL PROFESIONAL, y ésta se presenta en una serie de códigos y normas sobre determinada conducta. (Jurisprudencia, Tribunal Supremo Español, Sentencia del 16 de abril de 1970).

2.3. BASES EPISTEMOLÓGICAS.

Posición de Benjamín Forcano 20/02/2009: "El aborto: por un consenso ético-científico"

Llevamos años con la disputa del aborto, marcada por una tendencia a favor y otra en contra: conservadores y progresistas. Y, en la lid, con postura contundente y radicalmente conservadora, la Iglesia Católica. De esta manera, ciudadanos e instituciones agitan la bandera de una causa que a nadie deja indiferente.

Este es un caso concreto de cómo el comportamiento de los ciudadanos, cuando se refiere a aspectos importantes de la vida, queda supeditado a la legislación del Estado, el cual, como procurador del bien común, trabaja por evitar toda suerte de arbitrariedad, subjetivismo o dogmatismo. Y, para llegar a tal efecto, es bueno que surja el debate y se expliciten las posturas con sus diversos argumentos. La democracia real se ejercita en el cotidiano compromiso por la verdad, pudiendo exponer, argumentar y contrastar. La verdad no la posee nadie en exclusiva, sino que ella como sinónimo de realidad "nos puede y se nos impone a todos." La cuestión está en que, cuando de realidad se trata, nos acercamos a ella más para cubrirla con el manto de nuestra ideología que para verla en su propia realidad.

¿Cuál es, pues, la verdad real del aborto?

Muchos estamos convencidos de que, en este punto, puede haber un acuerdo racional, científico y ético político, porque la base

de que disponemos para entrar en esa "realidad" es común a todos. Se trata de un problema humano, del que no se ocupa la Biblia y al que hoy podemos acercarnos por la puerta de la ciencia, de la filosofía y de la ética.

Todos apostamos por la vida, pero, ¿cuándo esa vida comienza a ser un individuo?

“Todo individuo tiene derecho a la vida”, proclama la Declaración universal de los Derechos Humanos (Art. 3). Y todo individuo tiene el deber de respetar ese derecho. Y, sobre este derecho-deber, reposa la posibilidad, el hecho y el futuro de la convivencia humana.

Sin embargo, no goza al parecer de esta evidencia lo que constituye el proceso embrionario del preñado: ¿se puede afirmar con seguridad que ese proceso es desde el inicio un individuo humano? Nos movemos sobre una duda, que nadie puede atreverse a despejar a priori diciendo que, el embrión es individuo o no lo es; el embrión anuncia la presencia de algo que desborda el contorno y naturaleza de la vida misma de la madre. La cuestión se plantea simple y agudamente porque si no se paraliza el proceso, éste acabaría con un hijo que no se pensó o no se desea y puede representar ciertos inconvenientes o complicaciones. Es entonces cuando, frente a ese límite surge la pregunta: ¿puede la mujer impedir el proceso del embrión por determinados motivos o dentro de un plazo determinado?

Es cierto que los motivos para impedirlo no van a convencer si se supone que el embrión es un individuo, y la solución de los plazos tampoco si se lo da como existente desde el principio.

Resulta, por tanto, crucial averiguar si el proceso del embrión, variante en su desarrollo, admite establecer dentro de él un antes en que no es individuo y un después en que lo es.

El estatuto epistemológico del embrión:

Se trata simplemente de saber cuándo, en el desarrollo evolutivo del embrión, hay una vida humana.

La puerta que nos lleva a descubrir ese cuándo está abierta para todos, también para los que se profesan creyentes. La fe, del tipo que sea, no sirve aquí para resolver el problema del aborto. "No está en el ámbito del Magisterio de la Iglesia el resolver el problema del momento preciso después del cual nos encontramos frente a un ser humano en el pleno sentido de la palabra" (Bernhard Haring, autor de la famosa "La ley de Cristo", célebre y acaso el más reconocido moralista en la Iglesia Católica).

No vale salir aquí diciendo que los católicos tenemos una ética distinta que nos diferencia de la ética común. La Iglesia Católica ha defendido siempre -y es de loar- la vida del prenacido. Pero, antes de llegar a las valoraciones, hay que señalar el contorno preciso de esa realidad. El Concilio Vaticano II tuvo, respecto a este tema, unas palabras acertadas: "La vida desde su concepción ha de ser salvaguardada con el máximo cuidado." (GS, 51) Texto fundamental

para los católicos, pues fue puesto con toda deliberación para dejar bien claro que sobre el "cuándo" se da la concepción de una vida humana, la Iglesia no tiene palabra o respuesta propia, por ser algo que pertenece a las ciencias humanas.

Por supuesto, también los católicos pueden pronunciarse sobre el tema, pero con los métodos propios de las ciencias humanas. El Nuevo Testamento no aborda este tema y sobre él la Iglesia no tiene autoridad para resolverla como si de una verdad de fe se tratara.

El Concilio, al tratar el tema de la cultura, reconoció la autonomía e inviolabilidad del saber humano, dejando superada la posición anterior de sostener que la Iglesia Católica tiene autoridad para interpretar como nadie las verdades incluso de la ética natural.

La lección histórica debiera servir para distinguir entre lo que es la fe y lo que son los conceptos o representaciones que la misma Iglesia utiliza como vehículo para su conocimiento y explicación. Una cosa es la explicación cultural del momento y otra la verdad de la realidad, nunca formulada definitivamente.

Nadie hoy queda perturbado en su fe porque la tierra gire alrededor del sol (cosa que al científico Galileo no se le permitía afirmar en nombre de la fe), ni porque no acepte la visión de una cosmología antigua, o acepte la teoría de la evolución de las especies o niegue la interpretación literal de la Biblia hasta aceptar el método histórico-crítico o no haga profesión del juramento antimodernista tal como lo impuso en 1910 Pío X a todo profesor de Seminario. La

verdad la vamos desvelando a través de los nuevos conocimientos que van surgiendo en la historia. El saber humano es evolutivo y no está en exclusiva en manos de la Iglesia Católica.

Entonces, queda resuelta una primera dificultad: los católicos, al tratar del aborto, deben asumir como parte del anuncio evangélico las verdades científicamente avaladas, aun cuando luego puedan incrementar o reforzar la estima de la vida desde otras perspectivas o motivaciones. La ciencia y la fe están "una y otra al servicio de la única verdad", "vuestros senderos son los nuestros" (Mensaje del concilio a los hombres del pensamiento y de la ciencia). Cuando no hay convergencia en ese servicio es porque la ciencia es falsa o es falsa la fe. Los católicos han defendido -y siguen haciéndolo- con especial énfasis el derecho a la vida del preñado, pero el énfasis se ha convertido en exceso al haberlo hecho "desde el primer instante de la fecundación," lo cual no deja de ser una teoría discutida y discutible, no un dogma.

De hecho, siempre existieron en la tradición cristiana teorías diferentes (teoría de la animación sucesiva defendida por Santo Tomás y teoría de la animación simultánea, defendida por San Alberto Magno), sobre el momento de constitución de la vida humana. Pero, la teología posttridentina a la hora de resolver los problemas de la moral práctica ha partido siempre de la animación inmediata.

¿Cuál es, pues, el estatuto epistemológico del aborto?

Podríamos resumir las posiciones respecto a esta cuestión en dos: las teorías antiguas y las más clásicas que afirman que el embrión es vida humana desde el principio, por la simple fusión de los gametos, y las teorías más modernas que afirman que el embrión no es propiamente individuo humano hasta después de algunas semanas.

1. Las primeras se apoyan en el hecho de que un embrión lo es por la clave genética de sus 46 cromosomas, específica y originaria del individuo humano, que contendría y caracterizaría toda su posterior evolución. El desarrollo del embrión sería un proceso continuo, sin rupturas, pues estaría en él desde el comienzo toda la potencialidad de su desarrollo. El inicio, desarrollo y destino del embrión serían sus genes.
2. Las teorías modernas reconocen como factor determinante del embrión los genes, pero no bastarían ellos para constituir un individuo humano, es decir, una estructura clausurada, suficiente, que se convertiría en realidad sustantiva. Los genes por sí solos no son suficientes ni acaban constituyendo un individuo humano, se necesitan otros factores extragenéticos -las hormonas maternas, los externamente operativos- para que la realidad del embrión pueda activarse y completarse. Sólo en torno a las ocho semanas esa realidad

pasa a ser sujeto humano, con una sustantividad propia, capaz de regir y asegurar todo el desarrollo posterior.

Esta teoría se opone a las que podríamos llamar proformacionista, precisamente porque deja a un lado una visión más bien mecanicista u organicista de la biología. Y es que, como escribe el catedrático Diego Gracia: "En biología aún no se ha producido la revolución de pensamiento que se produjo a propósito de la física."

Para esta teoría, los enfoques reduccionistas de la genética o de la embriología han quedado hoy superados por el enfoque de la biología molecular, la cual integra uno y otro para determinar el momento constitutivo de la individuación humana.

Desde este nuevo enfoque se habla más bien de una nueva sustantividad humana al modo de una estructura clausurada, integrada por el genoma y otras estructuras celulares. El genoma se considera un sistema abierto que, para ser operativo, necesita ser activado por otros factores:

"La mentalidad clásica, que sobrevalora el genoma como esencia del ser vivo, de tal manera que todo lo demás sería mero despliegue de las virtualidades allí contenidas, es la responsable de que la investigación biológica se haya concentrado de modo casi obsesivo en la genética, y haya postergado de modo característico el estudio del desarrollo, es decir, la embriología. Este estado de cosas no ha venido a

resolverlo más que la biología molecular. La biología molecular ha llevado a su máximo esplendor el desarrollo de la genética, en forma de genética molecular. Pero, a la vez, ha permitido comprender que el desarrollo de las moléculas vivas no depende sólo de los genes.”

El aserto clásico de que "todo está en los genes" es verdad sólo en parte y se hizo en detrimento de los factores morfológicos y espaciales, tan importantes en el desarrollo del embrión. Sin estos factores, los genes quedarían sin efecto. Los genes tienen capacidad para formar determinados órganos, pero no si no hay inducción, lo cual viene a demostrar que el embrión actúa como un gran campo de fuerzas, en el que cada parte es un momento que está codeterminado por otros y a la vez los codetermina.

Se entiende pues que, desde este enfoque, el embrión no se halle constituido desde el primer momento como realidad sustantiva. “No es fácil decir cuándo aparece la sustantividad humana, pero probablemente no antes de que el sistema neuro-endocrino inicie sus funciones de formalización. Esto tiene que producirse en algún momento de la organogénesis llamada secundaria, no antes.” Pero con eso, no quiero decir más que una cosa: que no parece posible que el momento constitucional sea “anterior” a las ocho semanas. Mi tesis es que es mucho posterior y que, en cualquier caso, el momento es “difícil” de precisar.

El Dr. Gracia hace referencia sobre este punto a su amigo el filósofo Zubiri: “Hay que decir que para el último Zubiri la suficiencia constitucional se adquiere en un momento del desarrollo embrionario, que bien puede situarse, de acuerdo con los últimos datos de la literatura, en torno a las ocho semanas” (Idem, pp.131-2). Y añade también: “Trabajos como los de Grobstein, Byrne y Alonso Bedate (y con ellos otros muchos) hacen pensar que el cuándo (de la constitución individual) debe acontecer en torno a la octava semana del desarrollo, es decir, en el tránsito entre la fase embrionaria y la fetal. En cuyo caso habría que decir que el embrión no tiene en el rigor de los términos el estatuto ontológico propio de un ser humano, porque carece de suficiencia constitucional y de sustantividad, en tanto que el feto sí lo tiene. Entonces sí tendríamos un individuo humano estricto, y a partir de ese momento las acciones sobre el medio sí tendrían carácter causal, no antes.”

El Dr. Gracia añade: “No parece posible evitar la conclusión de que esa nota estructural aparece tarde. El momento preciso no lo sabemos y quizás no lo sabremos nunca. No está dicho en ningún lado que la razón humana pueda resolver todas las cuestiones, y en concreto ésta.”

Una más que probable conclusión se sigue de estas consideraciones: los genes no son una miniatura de persona. La biología molecular deja claro que, para el desarrollo y la

ética del embrión, la información extragenética es tan importante como la información genética, que ella es también constitutiva de la sustantividad humana y que la constitución de esa sustantividad no se da antes de la organización (organogénesis) primaria e incluso secundaria del embrión, es decir, hasta la octava semana.

Quiere esto decir que, si la individualidad es nota irrenunciable de la sustantividad, el embrión antes de su constitución como sustantividad, pasa por una organización constituyente, pero no tiene sustantividad propia, sino que es parte de la sustantividad de la madre y, por lo tanto, no es sujeto humano.

Queda claro de esta manera que quien siga esta teoría puede sostener razonablemente que la interrupción del embrión antes de la octava semana no puede ser considerada como atentado contra la vida humana, ni pueden considerarse abortivos aquellos métodos anticonceptivos que impiden el desarrollo embrionario antes de esa fecha. Esto es lo que, por lo menos, defienden no pocos científicos de primer orden (Grobstein, Alonso Bedate, J.M. Genis-Gálvez, etc.).

Esta hipótesis, suficientemente demostrada permite, a quien se apoya en ella, defender como no atentatorias contra la vida y como respetuosas de la vida aquellas acciones que se

producen en el proceso constituyente del embrión antes de constituirse en feto, es decir, en estructura clausurada.

La teoría expuesta modifica notablemente muchos puntos de vista y establece un punto de partida común para orientar la conciencia de los ciudadanos, para fijar el momento del derecho a la vida del prenatal y para legislar con un mínimo de inteligencia, consenso y obligatoriedad para todos.

BASES LEGALES.

NACIONAL:

“La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad es el fin supremo de la sociedad y el Estado.” Const. Art 1.

“Toda persona tiene derecho a la vida, a su identidad, a su integridad moral, psíquica y física, y a su libre desarrollo y bienestar. El concebido es sujeto de derecho en todo cuanto le favorece.” Const. Art.2. Inc.1.

“La persona humana es sujeto de derecho desde su nacimiento. La vida humana comienza con la concepción. El concebido es sujeto de derecho para todo cuanto le favorece. La atribución de derechos patrimoniales está condicionada a que nazca vivo.” CC.Art.1.

“El derecho a la vida, a la integridad física, a la libertad, al honor y demás inherentes a la persona humana son

irrenunciables y no pueden ser sujetos de cesión. (...)”
CC.Art.5.

“Está exento de responsabilidad penal el que, ante un peligro actual y no evitable de otro modo, que signifique una amenaza para la vida, la integridad corporal o la libertad, realiza un hecho antijurídico para alejar el peligro de sí mismo o de una persona con quien tiene estrecha vinculación. No procede esta exención si al agente pudo exigírsele que aceptase o soportase el peligro en atención a las circunstancias; especialmente, si causó el peligro o estuviese obligado por una particular vinculación.” CP.Art.20. Inc.5.

“El que obra por disposición de ley, en cumplimiento de un deber o en el ejercicio legítimo de un derecho, oficio o cargo.”
CP.Art.20. Inc.8.

“Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.” D.U.D.H.Art.3.

“Toda persona tiene derecho a exigir que los bienes destinados a la atención de su salud correspondan a las características y atributos indicados en su presentación y a todas aquellas que se acreditaron para su autorización. Asimismo, tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares; de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales.” Ley General de Salud. Ley 26842. Art.2.

“Toda persona tiene derecho a recibir, en cualquier establecimiento de salud, atención médico-quirúrgica de emergencia cuando la necesite y mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida o su salud. El reglamento establece los criterios para la calificación de la situación de emergencia, las condiciones de reembolso de gastos y las responsabilidades de los conductores de los establecimientos.”
Ley GS. 26842. Art.3.

“Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo. Se exceptúa de este requisito las intervenciones de emergencia. La negativa a recibir tratamiento médico o quirúrgico exime de responsabilidad al médico tratante y al establecimiento de salud, en su caso.” Ley GS 26842. Art.4.

En el Perú: La legalidad del aborto terapéutico se contempla, desde el Código Penal de 1924. Posteriormente, en el Código Penal de 1991, en su artículo 119 se establece lo siguiente: “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.” Existe entonces la norma sustantiva para el aborto terapéutico, sin embargo, no existía el protocolo

que regule su procedimiento. Hasta que ¡por fin!, después de más de 90 años, el 28 de junio del 2014, se publicó en el Diario Oficial “El Peruano”, la Resolución Ministerial N° 486-2014/MINSA, que contiene 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.”

Mediante esta Guía Técnica ya se cuenta con la reglamentación del procedimiento para la interrupción justificable del embarazo, pero sólo hasta antes de la 22^o semana. Sin embargo, a partir de entonces, a partir de la 22^o semana no existe Reglamento Normativo que regule el procedimiento de la interrupción del embarazo cuando la continuidad de éste supone un riesgo de muerte para la madre. El Colegio Médico del Perú ya se ha pronunciado en reiteradas oportunidades que se dejen de lado los prejuicios religiosos y que se respete el derecho de la mujer a abortar cuando esté en riesgo su vida, cuando el feto tenga malformaciones congénitas “incompatibles con la vida” o cuando el embarazo haya sido fruto de una violación.

Actualmente en el Perú, todo tipo de aborto es ilegal, excepto el aborto terapéutico, es decir, ante la amenaza a la vida o a la salud de la gestante (artículo 119 del Código Penal). La pena para una mujer que consiente un aborto puede ser

hasta de dos años de prisión, pero esto no sucede en la práctica, ya que no existe, ni ha existido ningún caso de mujer alguna que haya sido sentenciada por abortar. La pena para una persona que en forma activa realiza un aborto ilegal puede ser hasta de diez años de prisión, si sobreviene la muerte de la gestante y el agente pudo prever el resultado. Sin embargo, el último estudio estimado de Delicia Ferrando (2010) nos habla de 410,000 abortos al año, aquellos que son denunciados y, los que terminan en procesos judiciales; revela que, si bien la práctica del aborto es ilegal, el Estado y la sociedad, de diferentes maneras con su silencio, indiferencia y/o su negativa a la técnica reglamentación parece amparar su práctica y ser cómplices de la muerte de muchos miles de mujeres.

INTERNACIONAL:

En Alemania: El Código Penal alemán regula las causales de no punibilidad por interrumpir un embarazo en su artículo 218, permitiendo que la mujer gestante solicite la práctica de un aborto por encontrarse en una situación de angustia y conflicto, siempre y cuando éste sea realizado por un médico, dentro de las doce primeras semanas de embarazo, y que la mujer acredite haber asistido a un “Centro de consulta autorizado por la ley de embarazo conflictivo”, por lo menos tres días antes de la práctica del aborto. La idea de estos Centros de Consulta, es asistir a la madre, brindarle asesoramiento y alentarla a que continúe con el embarazo.

En cuanto al aborto terapéutico, el artículo 218, lo declara ajustado a derecho bajo el siguiente tenor:

“La interrupción del embarazo practicada por un médico con consentimiento de la embarazada no es antijurídica cuando de acuerdo con el conocimiento médico sea necesaria la interrupción para eliminar un peligro para la vida de la embarazada y el peligro de un perjuicio muy grave para su salud física o anímica, y este peligro no pueda ser eliminado de otra manera exigible para ella.” No establece el Código un plazo máximo para la práctica de este tipo de aborto.

En Francia: El aborto terapéutico se encuentra regulado en el artículo L-2213-1 de la siguiente forma:

“La interrupción voluntaria de embarazo puede ser efectuada en cualquier momento (sin límite de tiempo) si dos médicos, dentro de un equipo pluridisciplinario, certifican que el embarazo crea un riesgo grave para la salud de la mujer, o que existe una probabilidad fuerte de que el niño nacerá con una patología particularmente grave, reconocida como incurable al momento del diagnóstico.”

Se acoge de esta forma la indicación terapéutica y eugenésica, sin límite de tiempo y con la certificación de dos médicos miembros de un equipo multidisciplinario.

En Estados Unidos: El principal hito en la regulación del aborto en Estados Unidos es la sentencia de la Corte Suprema

de 1973 *Roe vs. Wade*, que estableció que las mujeres poseen derecho a la privacidad o autodeterminación, emanado de la Cláusula de Debido Proceso de la Decimocuarta Enmienda, que les permite decidir libremente si desean o no llevar a término un embarazo. Sin embargo, este derecho debe equilibrarse con el interés del Estado en proteger la vida en potencia, que, a medida que avanza el embarazo, va adquiriendo mayor relevancia. Es así, que, se reconoce a las mujeres la facultad de decidir si abortan o no hasta el punto de la viabilidad fetal. La viabilidad fue definida por el fallo, como la capacidad del feto de sobrevivir fuera del vientre materno, con o sin ayuda de instrumentos artificiales, localizando la viabilidad fetal en los siete meses (28 semanas). De acuerdo a este sistema, los Estados no podían prohibir el aborto dentro del primer trimestre, y sólo pueden regularlo a partir del segundo trimestre (13 semanas), pudiendo incluso prohibirlo totalmente, pero autorizando en todos los Estados y en cualquier momento del embarazo, al aborto terapéutico, cuando su práctica sea la única forma de salvar la vida o la salud de la mujer gestante. La legalización del aborto en Estados Unidos redujo enormemente la tasa de mortalidad materna asociada a interrupciones voluntarias del embarazo, que antes de *Roe vs. Wade*, eran realizadas de manera clandestina, insegura y por personas técnicamente sin los mínimos estándares médico sanitarios.

En Colombia: Se adscribían al sistema de prohibición absoluta del aborto, hasta que, en el año 2006, el Tribunal Constitucional, en la sentencia C-355/2006, despenalizó parcialmente su práctica en determinados casos. La sentencia, que constituye un hito histórico en el tratamiento penal del aborto, fue pronunciada el 10 de mayo de 2006, y despenaliza el aborto en tres circunstancias, de la siguiente forma:

“No se incurre en delito de aborto, cuando con la voluntad de la mujer, la interrupción del embarazo se produzca en los siguientes casos: (i) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; (ii) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y, (iii) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas , o de incesto.”

En la actualidad comparten los mismos presupuestos que en Argentina y Brasil, sin que exista en ellos además un plazo para su ejecución, es decir, el aborto terapéutico se puede efectuar en cualquier etapa del embarazo, tratando de garantizar, hasta donde permita la ciencia médica, la preservación de la vida del feto, en relación a su condición de viabilidad o no.

BASES JURISPRUDENCIALES:

En octubre del 2005, el Comité de Derechos Humanos de la Corte Interamericana, dictó la paradigmática decisión conocida como K.L vs. Perú, determinando la responsabilidad de Estado peruano por no asegurar el acceso a servicios de aborto a una mujer: K.L. era una joven peruana de 17 años que quedó embarazada de un feto anencefálico. Los médicos confirmaron que el embarazo, de continuar, pondría en riesgo la vida de K.L. Si bien Perú permite el aborto cuando la vida o la salud de la mujer están en riesgo, los hospitales públicos rechazaron la solicitud de K.L. a fin de que se le practicara el aborto terapéutico, sosteniendo que no existía el derecho explícito de abortar en caso de graves alteraciones fetales. Como se suponía, el bebé murió a los cuatro días de nacido y K.L. cayó en una grave depresión que requirió tratamiento psiquiátrico. Considerando la petición individual enviado a nombre de K.L., de acuerdo al Protocolo Opcional del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Comité falló que, Perú había violado los siguientes Artículos del Pacto: Artículo 2 (respetar y garantizar los derechos); Artículo 7 (estar libre de tortura y tratos crueles, inhumanos o degradantes); Artículo 17 (derecho a la intimidad); y Artículo 24 (medidas especiales para los menores de edad), por el hecho de negar el acceso a un aborto terapéutico, permitido por sus propias leyes internas. El Comité ordenó al Estado peruano el pago a K.L. de

una reparación indemnizatoria efectiva, incluida compensación, así como tomar medidas correctivas para prevenir en el futuro violaciones de Derechos Humanos similares.

El Estado Peruano fue sancionado al pago de indemnización y a la rehabilitación de una menor de 13 años que quedó inválida debido a que no la sometieron a procedimiento abortivo legal: El Gobierno peruano fue sancionado por el Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer de la ONU (Cedaw) por negarse a aprobar el aborto terapéutico en una niña que, producto de ello, quedó en silla de ruedas. La pena se refiere al caso de L.C., una menor de 13 años que en el 2007 quedó embarazada debido a una violación y que intentó suicidarse por un síndrome depresivo severo, lanzándose del techo de su casa. La pequeña sobrevivió, pero quedó con graves lesiones en la columna cervical que requería ser operada, pero los médicos se negaron a intervenirla quirúrgicamente debido a su embarazo, aduciendo que, se podía poner en riesgo de muerte o de malformaciones congénitas al feto. Sus representantes legales solicitaron el aborto terapéutico pero su pedido no fue aceptado. Tres meses después L.C. presentó aborto espontáneo, y recién los médicos accedieron a operarla de la columna, sin embargo, ya se habían producido graves lesiones neurológicas quedando hasta la actualidad, postrada en silla de ruedas, por la pérdida de la capacidad para caminar.

“Una vez más, la ONU ha dejado claro que negar el acceso a servicios médicos esenciales, incluyendo el aborto legal, constituye una violación de los derechos humanos”, señaló Rossina Guerrero, directora de la ONG Promsex (Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos). El Comité CEDAW decidió que el Estado peruano debe “indemnizar adecuadamente y brindar medidas de rehabilitación a la víctima”, establecer un mecanismo para el acceso efectivo al aborto terapéutico, adoptar los protocolos para garantizar la disponibilidad y el acceso de servicios públicos de salud reproductiva para las/los adolescentes y revisar la legislación que criminaliza a las mujeres que interrumpen sus embarazos producto de una violación, informó Promsex.

2.4. DEFINICIONES CONCEPTUALES

- **Norma.** - Principio que se impone o se adopta para dirigir la conducta o la correcta realización de una acción o el correcto desarrollo de una actividad.
- **Norma jurídica.** - es una regla dirigida a la ordenación del comportamiento humano prescrita por una autoridad cuyo incumplimiento puede llevar aparejado una sanción. Generalmente, impone deberes y confiere derechos.
- **Leyes.** - Son disposiciones o norma que nos dicta reglas a las cuales debemos someternos todos los habitantes del país. La ley nos dice lo que es permitido y prohibido, establece la forma en la

que debemos comportarnos en la sociedad para evitar conflictos y vivir en armonía y paz.

- **Lex Artis.-** Llamada también Ley del Arte médico consiste en el conjunto de reglas científicas para el ejercicio médico universalmente aceptadas, en las cuales se establecen los medios ordinarios para la atención médica y los criterios para su empleo.
- **Interrupción.** - Acción de interrumpir o interrumpirse. suspensión temporal de la ejecución de un proceso "la interrupción del embarazo; la interrupción de la carrera a nueve vueltas del final, no empañó el triunfo del boliviano; a la tercera interrupción pareció impacientarse, sin llegar a perder el compás ni la apostura"
- **Riesgo.-** Posibilidad de que se produzca un contratiempo o una desgracia, de que alguien o algo sufra perjuicio o daño.
- **Embarazo.-** Estado de la mujer gestante. Tiempo que dura este estado, desde la concepción hasta el parto.
- **Aborto.-** Interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo antes de que el embrión o el feto estén en condiciones de vivir fuera del vientre materno.

CAPITULO III. METODOLOGÍA

3.1. Ámbito

El ámbito de estudio se realizó en las diferentes redes del Ministerio de Salud de la región de Junín. El distrito de Satipo se encuentra ubicada en el Departamento de Junín, bajo la administración del Gobierno regional de Junín, en la parte central del Perú. Desde el punto de vista jerárquico de la Iglesia católica, forma parte de la Vicariato apostólico de San Ramón.

Limita por el norte con el Departamento de Pasco; por el este con el Departamento del Ucayali y el Departamento del Cuzco; por el sur con el Departamento de Ayacucho; y, por el oeste con las provincias de Chanchamayo, Jauja, Concepción y Huancayo.

Según **(Armijos, 2012)**. La investigación comprende un conjunto de actividades destinadas a recopilar, organizar, elaborar, evaluar, analizar y difundir los datos referente a todas las unidades de un universo específico en un área y un momento determinado, a su vez señala que el ámbito de estudio es el conjunto total de individuos, objetos o medidas que poseen algunas características comunes observables en un lugar y en un momento determinado de los cuales se desea conocer algo en una investigación, al que posteriormente se generalizan los hallazgos.

3.2. Población.

Está constituido por las Redes del Ministerio de Salud de la región de Junín.

3.3. Muestra

La muestra del trabajo de investigación ha sido seleccionada a la Red del MINSA de la provincia de Satipo. Y para realizar el estudio a 20 personas.

3.4. Nivel y Tipo de investigación.

Mi trabajo es de nivel básico descriptivo, este estudio busca especificar las propiedades importantes de las personas, grupos, comunidades o cualquier fenómeno que sea sometido a un análisis. Tomando como referencia los tipos de investigación que presenta Roberto Hernández R. "Metodología de la Investigación" (1994).

Tipo descriptivo-explicativo. Según Hernández Sampieri, señala que esta investigación se da con el propósito de describir situaciones y eventos, es decir cómo es y se manifiesta determinado fenómeno; como también descubrir suposiciones relacionados entre sí de manera organizada sistemática; estos supuestos deben ser coherentes a los hechos relacionados con el tema de estudio.

3.5. Diseño y esquema de la investigación

Según Roberto Hernández Sampieri, el diseño no experimental la que se realiza sin manipular deliberadamente variables, es decir, se

trata de una investigación donde no hacemos variar intencionalmente las variables independientes, observaremos los fenómenos tal como y como se dan en su contexto natural, para después analizarlo. A través del siguiente esquema:



3.6. Técnicas e instrumentos.

Estadística. - Esta técnica me permitió la recopilación, ordenación, sistematización y procesamiento de datos; así como la determinación de mis indicadores y la presentación de los datos primarios y secundarios convertidos en una información estadística para la comprobación de mis hipótesis. Como instrumento para la recolección de datos en la parte descriptiva de la tesis, se utilizó los cuadros estadísticos y gráficos del comportamiento de las variables estudiadas, mientras que, en la parte analítica y explicativa, se aplicó las tablas y gráficos resultantes de las corridas en el SPSS Y EN EXCEL.

Análisis documental. – La aplicación de esta técnica consistió en acumular, analizar y resumir, en forma muy selectiva e inteligente, un conjunto de textos, artículos de revistas médicas, estudios de organismos relacionados a mi tema, y otros documentos sobre el tema materia de mi investigación. Los instrumentos utilizados en mi trabajo de investigación fueron las fichas bibliográficas y hemerográficas, resúmenes, fotocopias, recortes de revistas, periódicos, etc.

3.7. Validación y confiabilidad del instrumento.

Los instrumentos de recolección de datos primarios que fueron la revisión documentaria, las encuestas, entrevistas, que fueron validados por los expertos, a quienes se les entregó para su revisión y su aprobación que fueron tres profesionales metodológicos.

3.8. Procedimiento.

Se siguió el presente procedimiento solicitando el permiso a la red del Ministerio de Salud de la región Junín – Satipo, se realizó encuestas y entrevistas a los médicos y / o trabajadores técnicos, sobre si existía o no la normatividad motivo de mi trabajo de investigación, para finalmente hacer un trabajo de gabinete cumpliendo con el informe final de la presente investigación.

Los datos a obtenerse mediante la aplicación de las técnica e instrumentos antes indicados y recurriendo a las fuentes citadas en el apartado anterior, se procesó utilizando la hoja de cálculo Microsoft Excel y con ello se elaboraron las informaciones las cuales estoy presentando en forma de cuadros y gráficos.

3.9. Tabulación.

Se procedió de la siguiente manera:

a) La Revisión y Consistenciación de la Información: Este paso consistió básicamente en depurar la información revisando los datos contenidos en los instrumentos de trabajo de campo, con el propósito de ajustar los llamados datos primarios.

b) Clasificación de la Información: Se llevó a cabo con la finalidad de agrupar datos mediante la distribución de frecuencias de las variables 1 y 2.

c) La Codificación y Tabulación: La codificación es la etapa en la que se formó un cuerpo o grupo de símbolos o valores de tal manera que los datos fueron tabulados, generalmente se efectuó con números y letras. La tabulación manual se realizó ubicando cada uno de las variables en los grupos establecidos en la clasificación de datos, o sea en la distribución de frecuencias. También se utilizó la tabulación mecánica, aplicando programas o paquetes estadísticos de sistema computarizado.

Técnicas Para el Análisis e Interpretación de Datos

a) Estadística Descriptiva para Cada Variable

Medidas de Tendencia Central: Se calculó la media, mediana y moda de los datos agrupados de acuerdo a la escala valorativa.

Medidas de Dispersión: Se calculó la desviación típica o estándar y coeficiente de variación de los datos agrupados de acuerdo a la escala valorativa.

b) Estadística Inferencial para Cada Variable

Se aplicó la prueba de hipótesis mediante PEARSON.

Técnicas Para la Presentación de Datos

a) Cuadros Estadísticos Bidimensionales: Con la finalidad de presentar datos ordenados y así facilitar su lectura y análisis, se elaboró cuadros estadísticos de tipo bidimensional, es decir, de doble

entrada porque en dichos cuadros se distingue dos variables de investigación.

b) Gráficos de Columnas o Barras: Sirvió para relacionar las puntuaciones con sus respectivas frecuencias, es propio de un nivel de medición por intervalos, es el más indicado y el más comprensible.

Técnicas Para el Informe Final

a) La Redacción Científica: Se llevó a cabo siguiendo las pautas que se fundamenta con el cumplimiento del reglamento de la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco. Es decir, cumpliendo con un diseño o esquema del informe, y para la redacción se tuvo en cuenta: el problema estudiado, los objetivos, el marco teórico, la metodología, técnicas utilizadas, el trabajo de campo, análisis de los resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones propuestas.

b) Sistema Computarizado: Asimismo, el informe se elaboró utilizando distintos procesadores de textos, paquetes y programas, insertando gráficos y textos de un archivo a otro. Algunos de estos programas son: Word, Excel (hoja de cálculo y gráficos) y SPSS.

CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Análisis descriptivo.

TABLA 01

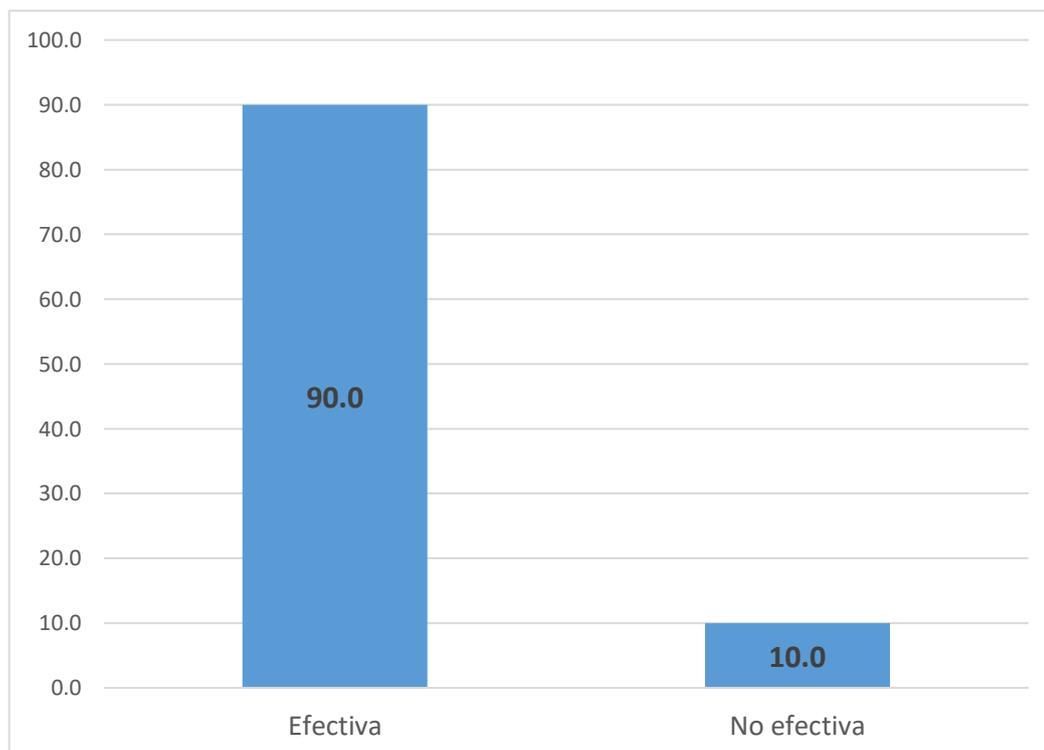
APLICACIÓN DE LA NORMATIVIDAD PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO DE MENOR DE 22 SEMANAS CUANDO CONSTITUYE RIESGO DE MUERTE DE LA MADRE, PROVINCIA DE SATIPO 2016.

| APLICACIÓN DE LA NORMATIVIDAD | N° | % |
|--------------------------------------|-----------|--------------|
| Efectiva | 18 | 90.0 |
| No efectiva | 2 | 10.0 |
| Total | 20 | 100.0 |

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO 01

APLICACIÓN DE LA NORMATIVIDAD PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO DE MENOR DE 22 SEMANAS CUANDO CONSTITUYE RIESGO DE MUERTE DE LA MADRE, PROVINCIA DE SATIPO 2016.



Fuente: Elaboración propia

TABLA 02

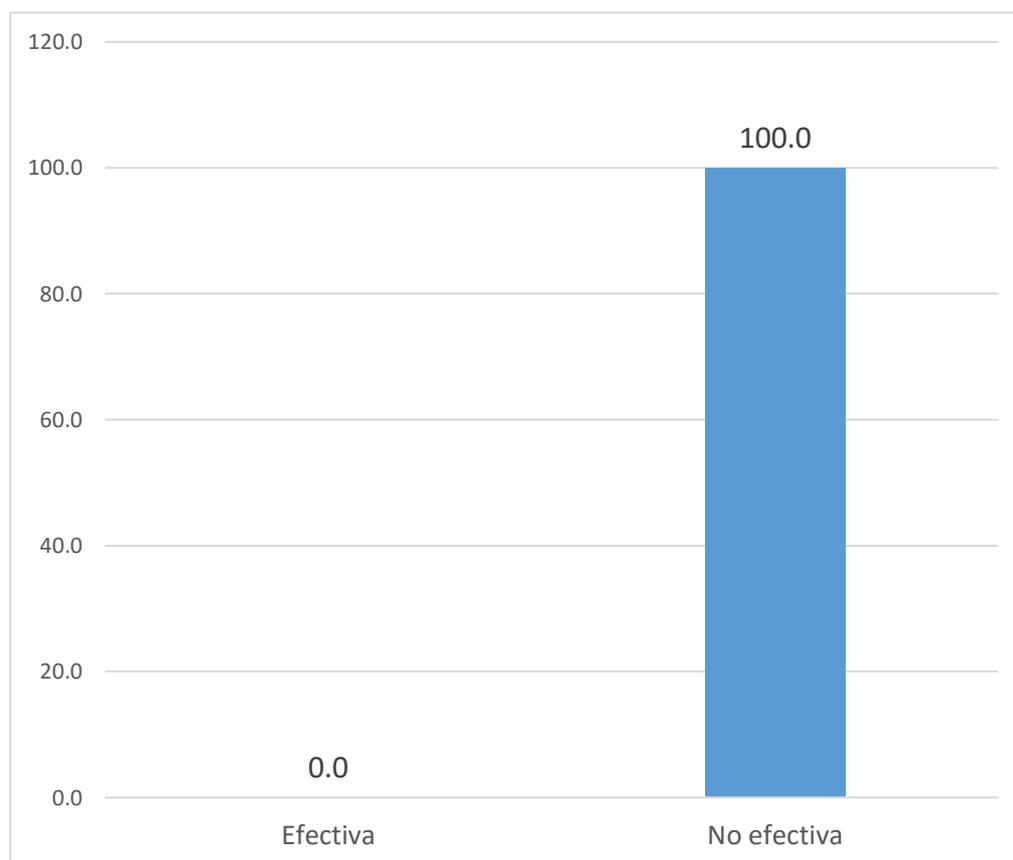
APLICACIÓN DE LA NORMATIVIDAD PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO MAYOR DE 22 SEMANAS CUANDO CONSTITUYE RIESGO DE MUERTE DE LA MADRE, PROVINCIA DE SATIPO 2016.

| APLICACIÓN DE LA NORMATIVIDAD | N° | % |
|--------------------------------------|-----------|--------------|
| Efectiva | 0 | 0 |
| No efectiva | 20 | 100.0 |
| Total | 20 | 100.0 |

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO 02

APLICACIÓN DE LA NORMATIVIDAD PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO DE MENOR DE 22 SEMANAS CUANDO CONSTITUYE RIESGO DE MUERTE DE LA MADRE, PROVINCIA DE SATIPO 2016.



Fuente: Elaboración propia

4.2. Análisis inferencial y contrastación de Hipótesis.

La presente investigación no incluye análisis inferencial y contrastación de la hipótesis (prueba de hipótesis) debido a que es una investigación descriptiva (una sola variable), considerando solamente discusión de resultados.

4.3 Discusión de resultados.

Los resultados presentados y analizados a través de la estadística descriptiva en el capítulo anterior tienden a evidenciar estadísticos y parámetros altos de que no existe adecuada normatividad para la interrupción del embarazo de 22 o más semanas cuando constituye riesgo de muerte de la madre, de esta manera se demuestra y verifica en todos sus extremos los objetivos e hipótesis formulados en la investigación.

Estos resultados se evidencian en las tablas 01 y 02 en las que se muestra que la aplicación de la normatividad es efectiva sólo para la interrupción del embarazo menor de 22 semanas cuando constituye riesgo de muerte de la madre en la provincia de Satipo, no siendo así cuando el embarazo es mayor a 22 semanas. Al respecto, en el año 2014, según la Resolución Ministerial N° 486-2014/MINSA, la Dirección General de Salud de las Personas del 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 en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal”, cuya finalidad es asegurar la Atención Integral

de la gestante en los casos de Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de veintidós (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, en el marco de los derechos humanos, con enfoque de calidad, género e interculturalidad. Además, plantea el procedimiento administrativo-asistencial solamente aplicable en los casos de Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas.

4.4 Aporte de la investigación.

El resultado y producto de nuestra investigación tiene una importancia teórico científico, como la existencia de una normatividad establecido en el artículo 119 del Código Penal. Además, existe su reglamentación solamente hasta menos de las 22 semanas, a través de la Resolución Ministerial N° 486-2014/MINSA, que contiene 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.” Y por último desde las 22 semanas no existe reglamentación, por lo tanto, el personal médico o la Junta Médica conformada para dicho fin, afrontaría dos alternativas que podrían generarle en ambos casos, potencial responsabilidad penal, dada la deficiente reglamentación existente:

- 1.- Si se decide intervenir quirúrgicamente antes de la 28 semana de gestación para interrumpir el embarazo ante el inminente riesgo de

muerte de la madre, el pronóstico de sobrevivencia del feto prácticamente es nula, es decir, inclusive con los máximos cuidados terapéuticos hospitalarios, casi siempre el recién nacido fallece por inmadurez orgánica sistémica, especialmente pulmonar, pasible de responsabilidad médica penal.

2.- Si se decide continuar con el embarazo o postergar la intervención quirúrgica para tratar de salvar la vida del feto, puede exponerse a la madre a un potencial grave riesgo de muerte que, si lamentablemente se complica y fallece, el médico a cargo o la Junta Médica que tomó dicha decisión, también podrían ser procesados penalmente por omisión del deber de cuidado de su función profesional.

Entonces qué hace el médico: NO ARRIESGA. Deja transcurrir el embarazo y solamente cuando existe una grave o evidente complicación de la vida del feto (sufrimiento fetal agudo) o ya murió el feto, recién operan (cesárea) o inducen (provocan médicamente) el parto. Conducta defensiva del médico, que se aparte de la *lex artis* (conducta idónea) provocado por deficiente respaldo normativo regulador.

De acuerdo a la investigación realizada, puedo proponer que el Estado y el derecho debe proveer la regulación normativa para la interrupción del embarazo de 22 a más semanas, a fin de que se garantice la idoneidad de la *lex artis* (técnica y arte del trabajo médico) en defensa de la vida y la salud de la gestante y del feto. Asimismo, esto serviría para que no se abuse de la interrupción gestacional

cuando todavía es posible mantener al feto por mayor tiempo tratando de alcanzar la viabilidad fetal con mayores posibilidades de vida extrauterina.

CONCLUSIONES

1. Mediante el análisis se pudo apreciar que el 90% de aplicación de la normatividad para la interrupción del embarazo de menor de 22 semanas constituye riesgo de muerte de la madre, es efectiva. Como también Al interpretar los gráficos mostrados se pudo constatar que el 10% de aplicación de la normatividad para la interrupción del embarazo de menor de 22 semanas cuando constituye riesgo de muerte de la madre, no es efectiva.
2. Se pudo Determinar que existen consecuencias jurídicas por la falta de Reglamentación y un normativo para interrumpir el embarazo de 22 o más semanas cuando constituye riesgo de muerte de la madre en la provincia de Satipo 2016, por lo cual se propone un protocolo que puede ser estudiado y estipulado.
3. Se Plantea la manera como se podría solucionar con una normatividad la interrupción del embarazo por elusión de la lex artis del médico y la casuística proponiendo que se deben cumplir con una detallada guía de aplicación y protocolo; por lo que esto no representa una excusa o impedimento para la simple aplicación del principio de doble efecto, para la interrupción del embarazo de 22 o más semanas cuando constituye riesgo de muerte de la madre en la provincia de Satipo 2016.

SUGERENCIAS

1. Se sugiere a los médicos exigir la aplicación de una normatividad para la interrupción del embarazo de 22 a más semanas cuando constituye riesgo de muerte de la madre, porque es efectiva, ya que constituye el protocolo que estandariza la conducta médica idónea en dichas circunstancias.
2. Se recomienda al Ministerio de Salud promover una norma según el marco de lo dispuesto en el artículo 119º del código penal, que vele por el fiel cumplimiento de la aplicación prioritaria y generalizada 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 de 22 a más semanas.
3. Se recomienda promover la difusión entre los médicos de los hospitales de la provincia de Satipo los resultados de la presente investigación, a fin de incentivar una cultura legal para la estandarización del procedimiento de la atención integral de la gestante en la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo de 22 a más semanas con consentimiento, para que se contribuya al mejoramiento de la calidad en el servicio médico, por existir indicios más que suficientes como para aceptar la efectividad de la presente guía.
4. Se recomienda al Ministerio de Salud reglamentar la interrupción del embarazo de 22 o más semanas cuando constituye riesgo de muerte para la madre, por cuanto existe vacío legal en este periodo, que genera incertidumbre en la conducta idónea del médico, que incluso es posible de ser procesado penalmente.

BIBLIOGRAFÍA.

- ALARCÓN, A. (2009). Embarazo en la adolescencia. La Habana-Cuba: Editorial AAR S.A.
- DIEGO GRACIA GUILLÉN. (2004). Ética y vida. Lima – Perú: Tercera Edición.
- GACETA PENAL & PROCESAL PENAL. (2014). Lima – Perú: Tomo 61. Primera edición.
- GARCÍA HERNÁNDEZ, Tomas (1999). Manual del médico clínico para evitar demandas judiciales. La ley actualidad S.A.
- GIOVANNI VALENCIA PINZÓN (1998) “LA LEY ATIS” Jefe Departamento Jurídico SCARE.
- HERNANDEZ, NELSON. (1999). De la responsabilidad jurídica del médico. Editorial Ateproca.
- J.J. JIMÉNEZ, CARMENZA; C. GONZALEZ-CASCOS (2000). La peritación médica en los casos de lex artis. III Congreso nacional de derecho sanitario. Jurisprudencia, Tribunal Supremo Español, Sentencia del 16 de abril de 1970.
- “LA LEY” (2014). Revista. Número 1. Año 1. Julio.

WEB GRAFÍAS.

- <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2008/07/03/mujer/1215080479.html>.
- www.tesis.uchile.cl/handle/2250/113033 (2012).
- <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/785?show=full>. 2011.

- http://www.diariojudicial.com/contenidos/2008/10/02/noticia_0006.html
- .
- <http://www.perupolitico.com/?p=1101>.
- <https://milagritos24.wordpress.com/la-realidad-del-aborto-en-el-peru>.
- <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?id=3NnaYC6S0DXX2N5leX24>
- <http://es.scribd.com/doc/162636131/La-OMS>
- <http://elabortoue.blogspot.com/2013/05/marco-teorico.html>.
- http://es.wikipedia.org/wiki/Laguna_jur%C3%ADdica.
- <http://es.wikipedia.org/wiki/mortalidadmaterna>.
- <http://www.alainet.org/es/active/29097>.
- http://www.repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/.../de-inostroza_o.pdf
- <http://www.reproductiverights.org>.
- <http://elcomercio.pe/lima/sucesos/comite-onu-sanciono-al-peru-negarse-aborto-terapeutico-noticia-1329994> de fecha 07 de noviembre del 2011

ANEXOS

ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Normatividad para la interrupción del embarazo de 22 a más semanas cuando constituye riesgo de muerte de la madre en el Perú.

| PROBLEMA | OBJETIVOS | HIPOTESIS | VARIABLES | DIMENSIONES | INDICADORES | TIPO, DISEÑO Y NIVEL | POBLACIÓN Y MUESTRA |
|--|--|---|---|---|--|--|--|
| <p>GENERAL: ¿Existirá adecuada normatividad para la interrupción del embarazo de 22 o más semanas cuando constituye riesgo de muerte de la madre en la provincia de Satipo 2016?</p> <p>ESPECÍFICOS: ¿Qué consecuencias jurídicas produce la deficiente reglamentación y un normativo reglamentario para interrumpir el embarazo de 22 o más semanas cuando constituye riesgo de muerte de la madre en la provincia de Satipo 2016?</p> <p>¿De qué manera se podría solucionar con una normatividad la interrupción del embarazo por elusión de la lex artis del médico y la casuística para la interrupción del embarazo de 22 o más semanas cuando constituye riesgo de muerte de la madre en la provincia de Satipo 2016?</p> | <p>GENERAL: Analizar la normatividad existente en el Perú para la interrupción del embarazo de 22 o más semanas cuando constituye riesgo de muerte de la madre en la provincia de Satipo 2016.</p> <p>ESPECÍFICOS: Determinar cuáles son las consecuencias jurídicas por la falta de Reglamentación y un normativo para interrumpir el embarazo de 22 o más semanas cuando constituye riesgo de muerte de la madre en la provincia de Satipo 2016.</p> <p>Plantear la manera como se podría solucionar con una normatividad la interrupción del embarazo por elusión de la lex artis del médico y la casuística para la interrupción del embarazo de 22 o más semanas cuando constituye riesgo de muerte de la madre en la provincia de Satipo 2016.</p> | <p>GENERAL: Existirá una normatividad en el Perú para la interrupción del embarazo de 22 o más semanas cuando constituye riesgo de muerte de la madre en la provincia de Satipo 2016.</p> <p>ESPECÍFICAS: Si determinamos las consecuencias jurídicas por la falta de Reglamentación y un normativo, entonces propondremos un protocolo para la interrupción del embarazo de 22 o más semanas cuando constituye riesgo de muerte de la madre en la provincia de Satipo 2016.</p> <p>Si planteamos la manera como se podría solucionar con una normatividad la interrupción del embarazo, entonces existirá un tratamiento por elusión de la lex artis del médico y la casuística para la interrupción del embarazo de 22 o más semanas cuando constituye riesgo de muerte de la madre en la provincia de Satipo 2016.</p> | <p>V₁ NORMATIVIDAD</p> | <p>DEFICIENTE REGLAMENTACIÓN</p> <p>NORMATIVO REGLAMENTARIA O ADJETIVA.</p> | <p>Análisis del contenido de la norma adjetiva.</p> | <p>TIPO: Descriptivo-explicativo.</p> <p>DISEÑO: No experimental.</p> <p align="center"> 1</p> | <p>POBLACIÓN: Está constituido por las redes del Ministerio de Salud de la región de Junín.</p> <p>MUESTRA: La muestra del trabajo de investigación ha sido seleccionada a la Red del MINSA de la provincia de Satipo. Y para realizar el estudio a 20 personas.</p> |
| | | | <p>V₂ INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO</p> | <p>ELUSIÓN DE LA LEX ARTIS DEL MÉDICO.</p> <p>CASUÍSTICA (MÉDICA)</p> | <p>➤ NÚMERO DE CASOS.</p> <p>➤ NÚMERO DE ABSTENCIONES MÉDICAS.</p> | | |

ANEXO 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Oscar Francisco NOVOA ROSADO, he leído y escuchado satisfactoriamente las explicaciones sobre este estudio y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Estoy enterado de los riesgos y beneficios potenciales de participar en este estudio y sé que puedo retirarme de él en cualquier momento.

Por lo tanto, autorizo el uso de la información para los propósitos de la investigación, y **ACEPTO** participar voluntariamente en el estudio de "NORMATIVIDAD PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO DE 22 O MÁS SEMANAS CUANDO CONSTITUYE RIESGO DE MUERTE DE LA MADRE EN LA PROVINCIA DE SATIPO 2016", del cual fui informado y no me causara daño alguno, contra mi persona. En fe de lo manifestado, firmo la presente.

Fecha, 15, marzo del 2019

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized loop at the top and a smaller, more complex scribble below it.

.....
Firma

INSTRUMENTOS

Indicadores de la aplicación efectiva de la Guía Técnica Nacional para 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

| N° | Ítems de | SI | NO |
|----|--|----|----|
| | Antes de IVITE | | |
| 01 | Médico tratante considera IVITE e informa a gestante. | | |
| 02 | Médico ofrece Orientación/Consejería a la gestante. | | |
| 03 | Gestante solicita IVITE. | | |
| 04 | Médico presenta solicitud a Dpto. de Ginecobstetricia (GO). | | |
| 05 | Jefe de Dpto. o servicio de GO convoca a Junta médica e Informa a Dirección. | | |
| 06 | Junta médica opina que procede IVITE. | | |
| 07 | Médico tratante informa a gestante y solicita firma de consentimiento informado. | | |
| 08 | Jefe de dpto. o servicio de GO designa médico que hará procedimiento. | | |
| | Después de IVITE | | |
| 09 | Se realiza el procedimiento | | |
| 10 | Orientación/consejería en MAC | | |
| 11 | Jefe de Dpto. o servicio de GO informa a dirección | | |
| 12 | Alta Gineco Obstétrica | | |
| 13 | Seguimiento post IVITE | | |

Aplicación efectiva: 26 pts.

Aplicación no efectiva: 13 -25 pts.

TABLA 01. APLICACIÓN



"UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN"
ESCUELA DE POST GRADO



VALIDACION DEL INSTRUMENTO

Nombre del experto: Haiber P. Echevarría Rodríguez Especialidad: Gr. Fisiología

Indicadores de la aplicación efectiva de la Guía Técnica Nacional para 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.

| DIMENSION | ITEM | RELEVANCIA | COHERENCIA | SUFICIENCIA | CLARIDAD |
|------------------|--|------------|------------|-------------|----------|
| Antes de Ivite | Médico tratante considera IVITE e informa a gestante. | 4 | 4 | 3 | 4 |
| | Médico ofrece Orientación/Consejería a la gestante. | 4 | 3 | 4 | 4 |
| | Gestante solicita IVITE. | 4 | 4 | 4 | 4 |
| | Médico presenta solicitud a Dpto. de Ginecobstetricia (GO). | 4 | 4 | 4 | 3 |
| | Jefe de Dpto. o servicio de GO convoca a Junta médica e Informa a Dirección. | 4 | 4 | 3 | 4 |
| | Junta médica opina que procede IVITE. | 4 | 4 | 4 | 4 |
| | Médico tratante informa a gestante y solicita firma de consentimiento informado. | 4 | 4 | 4 | 4 |
| | Jefe de dpto. o servicio de GO designa médico que hará procedimiento. | 3 | 4 | 4 | 4 |
| Después de Ivite | Se realiza el procedimiento | 4 | 3 | 4 | 4 |
| | Orientación/consejería en MAC | 4 | 4 | 4 | 4 |
| | Jefe de Dpto. o servicio de GO informa a dirección | 4 | 4 | 3 | 4 |
| | Alta Gineco Obstétrica | 4 | 4 | 4 | 4 |
| | Seguimiento post IVITE | 4 | 4 | 4 | 4 |

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO () En caso de SI, ¿Qué dimensión o ítem falta? _____

DECISIÓN DEL EXPERTO:

El instrumento debe ser aplicado: SI (X) NO ().



 Firma del juez



"UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN"
ESCUELA DE POST GRADO



VALIDACION DEL INSTRUMENTO

Nombre del experto: Dr. Agustín Rojas Flores Especialidad: Ginecología y Fisiología

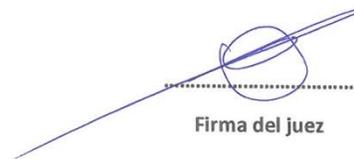
Indicadores de la aplicación efectiva de la Guía Técnica Nacional para estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto.

| DIMENSION | ITEM | RELEVANCIA | COHERENCIA | SUFICIENCIA | CLARIDAD |
|------------------|--|------------|------------|-------------|----------|
| Antes de Ivite | Médico tratante considera IVITE e informa a gestante. | 4 | 4 | 4 | 4 |
| | Médico ofrece Orientación/Consejería a la gestante. | 4 | 4 | 4 | 3 |
| | Gestante solicita IVITE. | 4 | 4 | 3 | 4 |
| | Médico presenta solicitud a Dpto. de Ginecobstetricia (GO). | 3 | 4 | 4 | 4 |
| | Jefe de Dpto. o servicio de GO convoca a Junta médica e Informa a Dirección. | 4 | 4 | 4 | 4 |
| | Junta médica opina que procede IVITE. | 4 | 4 | 4 | 4 |
| | Médico tratante informa a gestante y solicita firma de consentimiento informado. | 4 | 3 | 4 | 4 |
| | Jefe de dpto. o servicio de GO designa médico que hará procedimiento. | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Después de Ivite | Se realiza el procedimiento | 4 | 4 | 4 | 4 |
| | Orientación/consejería en MAC | 4 | 4 | 4 | 4 |
| | Jefe de Dpto. o servicio de GO informa a dirección | 4 | 4 | 4 | 4 |
| | Alta Gineco Obstétrica | 3 | 4 | 4 | 4 |
| | Seguimiento post IVITE | 4 | 4 | 4 | 4 |

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO () En caso de SI, ¿Qué dimensión o ítem falta? _____

DECISIÓN DEL EXPERTO:

El instrumento debe ser aplicado: SI (X) NO ().



Firma del juez



"UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN"
ESCUELA DE POST GRADO



VALIDACION DEL INSTRUMENTO

Nombre del experto: Dr. Jesús Arturo Ortiz Morote Especialidad: Filosofía- Psicología- Problemas de Aprendizaje

Indicadores de la aplicación efectiva de la Guía Técnica Nacional para 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.

| DIMENSION | ITEM | RELEVANCIA | COHERENCIA | SUFICIENCIA | CLARIDAD |
|------------------|--|------------|------------|-------------|----------|
| Antes de Ivite | Médico tratante considera IVITE e informa a gestante. | 4 | 4 | 4 | 4 |
| | Médico ofrece Orientación/Consejería a la gestante. | 4 | 4 | 4 | 4 |
| | Gestante solicita IVITE. | 4 | 3 | 4 | 4 |
| | Médico presenta solicitud a Dpto. de Ginecobstetricia (GO). | 4 | 4 | 4 | 4 |
| | Jefe de Dpto. o servicio de GO convoca a Junta médica e Informa a Dirección. | 4 | 4 | 4 | 3 |
| | Junta médica opina que procede IVITE. | 4 | 4 | 4 | 4 |
| | Médico tratante informa a gestante y solicita firma de consentimiento informado. | 4 | 4 | 4 | 4 |
| | Jefe de dpto. o servicio de GO designa médico que hará procedimiento. | 3 | 4 | 3 | 4 |
| Después de Ivite | Se realiza el procedimiento | 4 | 4 | 4 | 4 |
| | Orientación/consejería en MAC | 4 | 4 | 4 | 4 |
| | Jefe de Dpto. o servicio de GO informa a dirección | 4 | 4 | 4 | 4 |
| | Alta Gineco Obstétrica | 4 | 4 | 4 | 4 |
| | Seguimiento post IVITE | 4 | 4 | 4 | 4 |

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO () En caso de SI, ¿Qué dimensión o ítem falta? _____

DECISIÓN DEL EXPERTO:

El instrumento debe ser aplicado: SI (X) NO ().

Dr. Jesús Arturo Ortiz Morote
TERAPEUTA DE APRENDIZAJE Y LENGUAJE
UNMSM 03706

Firma del juez

NOTA BIOGRÁFICA

Oscar Francisco Novoa Rosado, nació en el distrito de Chorrillos, provincia y departamento de Lima en el año 1960, estudió su primera carrera profesional graduándose con el Título de Médico Cirujano en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en el año de 1987. Su segunda carrera profesional con Título de Abogado la obtuvo de la Universidad Alas Peruanas en el año 2011. Se graduó de Magister en Derecho en la mención de Ciencias Penales en el 2018, en la Universidad Nacional "Hermilio Valdizan" de Huánuco. Ejerce en la actividad privada sus dos carreras profesionales en el Estudio Médico y Jurídico "Novoa" en la ciudad de Satipo. Fue director de la Red de Salud y Hospital de la provincia de Satipo en 1992 hasta 1995.



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZÁN

Huánuco - Perú

ESCUELA DE POSGRADO

Campus Universitario, Pabellón V "A" 2do. Piso - Cayhuayna
Teléfono 514760 - Pág. Web. www.posgrado.unheval.edu.pe



ACTA DE DEFENSA DE TESIS DE MAESTRO

En el Auditorio de la Escuela de Posgrado, siendo las **09:00h**, del día **jueves 13 DE DICIEMBRE DE 2018**, ante los Jurados de Tesis constituido por los siguientes docentes:

| | |
|-------------------------------|------------|
| Dr. Armando PIZARRO ALEJANDRO | Presidente |
| Dr. Pio TRUJILLO ATAPOMA | Secretario |
| Mg. Víctor FLORES AYALA | Vocal |

Asesor de Tesis: Dr. Wilfredo SOTIL CORTAVARRIA (Resolución N° 02279-2017-UNHEVAL/EPG-D)

El aspirante al Grado de Maestro en Derecho, mención en Ciencias Penales, Don, Oscar Francisco NOVOA ROSADO.

Procedió al acto de Defensa:

Con la exposición de la Tesis titulado: **"NORMATIVIDAD PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO DE 22 O MÁS SEMANAS CUANDO CONSTITUYE RIESGO DE MUERTE DE LA MADRE EN LA PROVINCIA DE SATIPO 2016"**.

Respondiendo las preguntas formuladas por los miembros del Jurado y público asistente.

Concluido el acto de defensa, cada miembro del Jurado procedió a la evaluación del aspirante al Grado de Maestro, teniendo presente los criterios siguientes:

- a) Presentación personal.
- b) Exposición: el problema a resolver, hipótesis, objetivos, resultados, conclusiones, los aportes, contribución a la ciencia y/o solución a un problema social y Recomendaciones.
- c) Grado de convicción y sustento bibliográfico utilizados para las respuestas a las interrogantes del Jurado y público asistente.
- d) Dicción y dominio de escenario.

Así mismo, el Jurado plantea a la tesis **las observaciones** siguientes:

.....
.....

Obteniendo en consecuencia el Maestría la Nota de Quin. C.e (15)
Equivalente a B.U.R.N.º, por lo que se declara Aprobado
(Aprobado ó desaprobado)

Los miembros del Jurado, firman el presente **ACTA** en señal de conformidad, en Huánuco, siendo las 11:00 horas del 13 de diciembre de 2018.

| | | |
|------------------------|------------------------|------------------------|
| | | |
| SECRETARIO | PRESIDENTE | VOCAL |
| DNI N° <u>22432324</u> | DNI N° <u>22422838</u> | DNI N° <u>22461263</u> |

Leyenda:
19 a 20: Excelente
17 a 18: Muy Bueno
14 a 16: Bueno

(Resolución N° 03009-2018-UNHEVAL/EPG-D)

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICAS DE POSGRADO

1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL (especificar los datos del autor de la tesis)

Apellidos y Nombres: NOVOA ROSADO, OSCAR FRANCISCO

DNI: 20994242 Correo electrónico: novoa.rosado.sss@h3mail.com

Teléfonos Casa _____ Celular 964927848 Oficina 984000085

2. IDENTIFICACION DE LA TESIS

| | |
|-----------|-------------------------|
| Posgrado | |
| Maestría: | <u>DERECHO</u> |
| Mención: | <u>CIENCIAS PENALES</u> |

Grado Académico obtenido:

MAGISTER

Título de la tesis:

NORMATIVIDAD PARA LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO DE 22 O MAS SEMANAS CUANDO
CONSTITUYE RIESGO DE MUERTE DE LA MADRE EN LA PROVINCIA DE SATIPO 2016

Tipo de acceso que autoriza el autor:

| Marcar "X" | Categoría de Acceso | Descripción de Acceso |
|-------------------------------------|---------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | PÚBLICO | Es público y accesible el documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio. |
| <input type="checkbox"/> | RESTRINGIDO | Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, mas no al texto completo. |

Al elegir la opción "Público" a través de la presente autorizo de manera gratuita al Repositorio Institucional – UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el Portal Web repositorio.unheval.edu.pe, por un plazo indefinido, consintiendo que dicha autorización cualquiera tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla, siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

En caso haya marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso:

Asimismo, pedimos indicar el período de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso restringido:

() 1 año () 2 años () 3 años () 4 años

Luego del periodo señalado por usted(es), automáticamente la tesis pasara a ser de acceso público.

Fecha de firma: 15-03-19

Firma del autor