



MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD OCCIDENTE  
HOSPITAL DE PEÑAFLOR

RESOLUCION EXENTA N° 641

PEÑAFLOR, 03 MAR 2022

**VISTOS:**

Disposiciones del DFL N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud que fina texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. 2763 de 1979; Resolución N° 1600 de 2008. Resolución N°06/2019 que modifica y complementa Resolución N°1.600, de 2008 de la Contraloría General de la República; lo dispuesto en el D.L.2763, de 1979 Reglamentado por el D.S. N°140 del 2004: en uso de las facultades conferidas por Resolución N° 2594/95 y 019/96 de Delegación de facultades del S.S.M.Occidente; Resolución N°3386/2007 del Servicio de Salud Metropolitano Occidente que establece como Directora de Hospital Peñaflor Resolución N°238/2020 del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, se dicta lo siguiente:

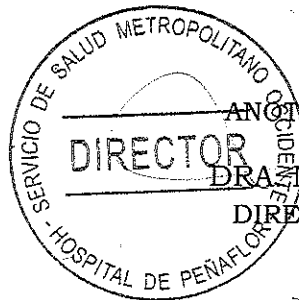
**CONSIDERANDO:**

Los lineamientos estratégicos establecidos como Institución asociado a las perspectivas del Cuadro de Mando Integral, que establece dentro de la perspectiva de procesos internos el “contar con procesos de excelencia para garantizar calidad, oportunidad y continuidad en los servicios hospitalarios”

La necesidad de establecer un protocolo de implementación de la Ley 21.030 en el Hospital de Peñaflor, dicto lo siguiente:

**RESOLUCION**

1.- APRUEBASE a partir del 1 de Marzo del año 2022, **ATENCIÓN DE MUJERES QUE SE ACOGEN A INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES. LEY 21.030 (Versión N°1)** del Hospital de Peñaflor el cual estará disponible en la carpeta de documentos compartidos de todos los PC del Hospital. Para su conocimiento, difusión y ejecución.



ANÓTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVÉSE

*[Handwritten Signature]*  
DRA. MARIA LORENA LEON HERNANDEZ  
DIRECTORA HOSPITAL DE PEÑAFLOR

TRANSCRITO FIELMENTE

DORA NUÑEZ OLGUÍN

MINISTRO DE FE

**DISTRIBUCION**

- DIRECCION HOSPITAL
- UNIDAD DE CALIDAD
- Of. DE PARTES



HOSPITAL DE PEÑAFLOR  
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCION




## ATENCIÓN DE MUJERES QUE SE ACOGEN A INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES LEY 21.030

### HOSPITAL DE PEÑAFLOR


ELABORADO POR	REVISADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
<b>NOMBRE: JAVIERA GARRIDO PAVEZ</b>	<b>NOMBRE: SANDRA VALDERRAMA MORA</b>	<b>NOMBRE: GUILLERMO ICARTE OPAZO</b>	<b>NOMBRE: MARÍA LORENA LEÓN GUTIÉRREZ</b>
<b>CARGO: MATRONA SUPERVISORA INTRAHOSPITALARIO</b>	<b>CARGO: MATRONA COORDINADORA</b>	<b>CARGO: MÉDICO JEFE DE SERVICIO</b>	<b>CARGO: DIRECTORA HOSPITAL DE PEÑAFLOR</b>
<b>UNIDAD: SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA</b>	<b>UNIDAD: SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA</b>	<b>UNIDAD: SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA</b>	<b>UNIDAD: DIRECCIÓN HOSPITAL DE PEÑAFLOR</b>
<b>FIRMA:</b> 	<b>FIRMA:</b>  SANDRA VALDERRAMA MORA MATRONA COORDINADORA HOSPITAL DE PEÑAFLOR	<b>FIRMA:</b>  Dr. Guillermo Icarte Opaizo 8.646.553- Gineco-Obstetra	<b>FIRMA:</b>  Circular stamp: SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE - HOSPITAL DE PEÑAFLOR DIRECTOR
<b>FECHA</b> FEBRERO 2022	<b>FECHA:</b> FEBRERO 2022	<b>FECHA:</b> FEBRERO 2022	<b>FECHA:</b> FEBRERO 2022

Unidad de Calidad y seguridad de la atención  
Hospital de Peñaflore

 <b>HOSPITAL</b> <b>P E Ñ A F L O R</b>	<b>ATENCIÓN DE MUJERES  QUE SE ACOGEN A  INTERRUPCIÓN  VOLUNTARIA DEL  EMBARAZO EN TRES  CAUSALES  LEY 21.030</b>	Requerimiento : Código : Versión : 2 Fecha de elaboración: Febrero /2022 Fecha de vigencia : Febrero/2027 Pagina : 2/26
---	---	--

## INDICE

INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVO	4
ALCANCE	4
RESPONSABLES	5
DESERROLLO DEL PROCESO DE ATENCIÓN SEGÚN CAUSAL: CAUSAL Nº 1	6
DESERROLLO DEL PROCESO DE ATENCIÓN SEGÚN CAUSAL: CAUSAL Nº 2	10
DESERROLLO DEL PROCESO DE ATENCIÓN SEGÚN CAUSAL: CAUSAL Nº 3	13
ANEXOS	18

 <b>HOSPITAL</b> <b>P E Ñ A F L O R</b>	<b>ATENCIÓN DE MUJERES  QUE SE ACOGEN A  INTERRUPCIÓN  VOLUNTARIA DEL  EMBARAZO EN TRES  CAUSALES  LEY 21.030</b>	Requerimiento : Código : Versión : 2 Fecha de elaboración: Febrero /2022 Fecha de vigencia : Febrero/2027 Pagina : 3/26
---	---	--

## 1. INTRODUCCIÓN


La ley 21.030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, en cual describe que, mediando la voluntad de la mujer, esta podrá acceder a la interrupción de la gestación ante una condición en cual el embarazo presente en riesgo para su vida, que el embrión o feto padezca patología que sea incompatible con la vida extrauterina o que la gestación sea producto de una violación.

Esta ordenanza instruye también a los prestadores de salud a proporcionar a la usuaria toda la información verbal y escrita respecto a su condición, las alternativas a la interrupción del embarazo, incluyendo la de programas de apoyo social, económico y de adopción disponibles. La información será siempre completa y objetiva, y su entrega en ningún caso podrá estar destinada a influir en la voluntad de la mujer.

En el Hospital de Peñaflor las embarazadas derivadas desde la atención primaria a nuestro centro provienen de los CESFAM de las Comunas de Peñaflor y de la Comuna de Padre Hurtado, las cuales podrán presentarse de 2 formas:

1. Aquellas con una enfermedad concurrente con la gestación, o una morbilidad que complica el embarazo, y que se atenderán en el Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico (DARO).
2. Aquellas que consultan en el Servicio de Urgencia Maternal de forma espontánea, o derivada desde estos CESFAM de la Red por una morbilidad aguda.

A partir de la implementación de la Ley 21.030, el presente protocolo describe las acciones profesionales que se deben realizar en la atención de embarazadas, ante la conformación de alguna de las 3 causales, que la Ley señala, en materia de interrupción del embarazo.


 <b>HOSPITAL</b> <b>P E Ñ A F L O R</b>	<b>ATENCIÓN DE MUJERES  QUE SE ACOGEN A  INTERRUPCIÓN  VOLUNTARIA DEL  EMBARAZO EN TRES  CAUSALES  LEY 21.030</b>	Requerimiento : Código : Versión : 2 Fecha de elaboración: Febrero /2022 Fecha de vigencia : Febrero/2027 Pagina : 4/26
---	---	--

## 2. OBJETIVO

Disponer de un documento de carácter institucional las directrices técnicas y normativas respecto al proceso de atención a usuarias que cumplan criterio establecido por Ley 21.030, considerando la realidad local y nivel de resolución que cuenta nuestro establecimiento.


## 3. ALCANCE

Médicos Gineco-Obstetras, Matrones, Psicólogo y Asistente social del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Peñaflores.

 <b>HOSPITAL</b> <b>P E Ñ A F L O R</b>	<b>ATENCIÓN DE MUJERES  QUE SE ACOGEN A  INTERRUPCIÓN  VOLUNTARIA DEL  EMBARAZO EN TRES  CAUSALES  LEY 21.030</b>	Requerimiento : Código : Versión : 2 Fecha de elaboración: Febrero /2022 Fecha de vigencia : Febrero/2027 Pagina : 5/26
---	---	--

#### 4. RESPONSABLES

<b>Responsables</b>	<b>Actividades</b>
Director	Conocer, supervisar y gestionar recursos materiales y humanos para llevar a cabo la correcta aplicación de este protocolo. Informar a ministerio público y realizar denuncia si corresponde ante concurrencia causal N°3 Ley 21.030
Jefe de servicio Gineco-Obstetricia	Conocer y difundir protocolo, supervisando la correcta aplicación de este. Conformar equipo atención IVE ante eventual caso, dando cumplimiento en plazos establecidos por Ley 21.030. Mantener a dirección del establecimiento permanentemente informado ante concurrencia de alguna de las tres causales. Mantener permanentemente actualizado listado de personal objetor de consciencia, informando de esto a dirección del establecimiento, entregando documentación correspondiente.
Matrona Coordinadora	Conocer y difundir protocolo, supervisando la correcta aplicación de este. Gestionar capacitaciones y reuniones de coordinación en red según necesidad.
Matrona Supervisora UGOA	Conocer y difundir protocolo, supervisando la correcta aplicación de este. Realizar coordinación con equipo IVE ante presencia de caso probable.
Matrona Supervisora Intrahospitalario	Conocer y difundir protocolo, supervisando la correcta aplicación de este. Realizar coordinación con equipo IVE ante presencia de caso probable.
Matrona Supervisora Pabellón	Conocer y difundir protocolo, supervisando la correcta aplicación de este. Participar en la coordinación ante caso probable, que cumpla criterios para resolución en establecimiento. Mantener permanentemente actualizado listado de personal objetor de consciencia a su cargo, informando de esto a dirección del establecimiento, entregando documentación correspondiente.
Médicos Gineco-Obstetras	Conocer y dar cumplimiento a cabalidad de este protocolo, procurando realizar los registros, coordinaciones y notificaciones correspondientes.
Psicóloga y Asistente Social Ley IVE	Conocer y dar cumplimiento a cabalidad de este protocolo, participando en atención directa a pacientes según normativa Ley 21.030.
Matrones clínicos	Conocer y dar cumplimiento a cabalidad de este protocolo, manteniendo contacto oportuno y directo con jefatura ante la presencia de eventual caso.

 <b>HOSPITAL</b> <b>P E Ñ A F L O R</b>	<b>ATENCIÓN DE MUJERES  QUE SE ACOGEN A  INTERRUPCIÓN  VOLUNTARIA DEL  EMBARAZO EN TRES  CAUSALES  LEY 21.030</b>	Requerimiento : Código : Versión : 2 Fecha de elaboración: Febrero /2022 Fecha de vigencia : Febrero/2027 Pagina : 6/26
---	---	--

## 5. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

La objeción de conciencia se define como el rechazo del individuo hacia una conducta que es exigida por ley, por razones que cree deben inspirar su conducta, sean morales, éticas, religiosas o filosóficas.

De acuerdo al artículo 119 ter del Código Sanitario, pueden manifestar objeción de conciencia:


- Médico cirujano requerido para interrumpir, al igual que todo personal que labora en pabellón y que tiene participación directa en el proceso de interrupción del embarazo (Matrona/es, Enfermera/os, Arsenalera/os, Técnicos de Enfermería responsables de ejecutar un procedimiento directamente vinculado con la interrupción del embarazo al interior del pabellón), que en base a sus convicciones o creencias haya manifestado su objeción de conciencia en forma previa al Director del establecimiento a través de un documento escrito, respecto de alguna o todas las causales, declarando expresamente su voluntad de no participar en la interrupción del embarazo.

Este documento debe ser firmado por funcionario y entregado a dirección del establecimiento, quien mantendrá documento resguardado (Anexo N°3).

Quien haya manifestado objeción de conciencia podrá siempre dejarla sin efecto, manifestándose por escrito al director del establecimiento en el mismo documento en el que consignó su objeción u otro adherido al mismo.

El médico que haya manifestado objeción de conciencia no podrá excusarse de realizar la interrupción del embarazo o de concurrir a la prestación de salud, cuando la mujer se encuentre en la causal del N°1 del artículo 119 del Código Sanitario, requiera atención médica inmediata e impostergable y no exista otro médico cirujano que pueda realizar la intervención.

La objeción de conciencia no procede respecto de actos de información, diagnóstico, toma e informe de exámenes, derivación, así como tampoco respecto de los demás de preparación ni de los cuidados posteriores al procedimiento de interrupción del embarazo, sea que estos últimos se requieran regularmente en el procedimiento, o bien, su necesidad de entregarlos surja de complicaciones en la condición de salud de la mujer.

 <b>HOSPITAL</b> PEÑAFLORES	<b>ATENCIÓN DE MUJERES          QUE SE ACOGEN A          INTERRUPCIÓN          VOLUNTARIA DEL          EMBARAZO EN TRES          CAUSALES          LEY 21.030</b>	Requerimiento : Código : Versión : 2 Fecha de elaboración: Febrero /2022 Fecha de vigencia : Febrero/2027 Pagina : 7/26
---	---	--

## 6. DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCIÓN SEGÚN CAUSAL

### CAUSAL 1: RIESGO VITAL MATERNO.

La Ley señala “La mujer se encuentre en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida”, Este puede ser clasificado como Inminente o No Inminente.

#### RIESGO VITAL MATERNO INMINENTE

Ante este escenario el médico tratante evaluará el riesgo vital de la embarazada en forma clínica y con exámenes complementarios, y procederá a su traslado, previa estabilización hemodinámica -si lo requiriera- al Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital de la Red, previa presentación de este caso a médico de turno en dicha unidad.


#### RIESGO VITAL MATERNO NO INMINENTE

En caso de riesgo vital no inminente, el médico Gineco-obstetra durante la consulta ambulatoria en el policlínico de DARO, valorará los antecedentes clínicos, definiendo el riesgo de vida de la mujer gestante. Esto puede ocurrir en patologías agudas, propias del embarazo o enfermedades crónicas que pueden causar una muerte materna, en el curso de la gestación.

En el caso de otras patologías concurrentes al embarazo, se deberá contar con la opinión de un médico especialista en la patología, que señale el riesgo que presenta la mujer con dicha gestación.

Se entregará información clara respecto del desarrollo y desenlace posible de la condición de salud de la mujer, indicando los procedimientos a realizar para resguardar su vida. Simultáneamente, se le ofrecerá-en forma inicial-el Programa de Acompañamiento del Hospital.

Una vez entregada la información respecto a la ley, la mujer que se encuentre en esta condición clínica, será informada respecto a la derivación a Policlínico de Feto de Alto Riesgo (FAR) del Hospital Félix Bulnes Cerda, explicándole que nuestro centro no cuenta con las condiciones para realizar el seguimiento y/o interrupción de gestación, por lo que se procederá a esta referencia a centro de alta complejidad para el resguardo de su seguridad y manejo especializado de patología. Se entregará toda la información requerida por gestante, dejando registro de esto en el

 <b>HOSPITAL</b> PEÑAFLO R	<b>ATENCIÓN DE MUJERES          QUE SE ACOGEN A          INTERRUPCIÓN          VOLUNTARIA DEL          EMBARAZO EN TRES          CAUSALES          LEY 21.030</b>	Requerimiento : Código : Versión : 2 Fecha de elaboración: Febrero /2022 Fecha de vigencia : Febrero/2027 Pagina : 8/26
--	---	--

documento *“Declaración de entrega y recepción de información sobre la ley 21.030 que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales”* (anexo Nº1), el cual será firmado por usuaria y médico que realiza la atención, para posteriormente ser adjuntado a ficha clínica, entregando una copia de este documento a usuaria.

En este momento corresponderá ofrecer el Programa de Acompañamiento del Establecimiento, entregando una atención biopsicosocial a la mujer y su familia, acompañándola en su opción de interrumpir o continuar el embarazo. Este acompañamiento podrá ser realizado independiente la decisión que usuaria tome respecto a su gestación en curso, el cual podrá ser solicitado en el hospital de referencia o en nuestro centro asistencial.

Cuando sea posible, la noticia del diagnóstico deberá darse por el médico en conjunto con el profesional psicólogo(a) del Equipo de Acompañamiento, recibiendo información integral que facilite la relación de ayuda.

Si la usuaria acepta el acompañamiento, será el médico Gineco-Obstetra contactará al equipo de Acompañamiento IVE, realizando el correspondiente registro en ficha clínica de la paciente. Toda decisión de la usuaria, ya sea acepte o rechace el acompañamiento, debe quedar consignada en el Formulario de Acompañamiento Psicosocial, el cual será entregada una con copia a la usuaria y otra copia será digitalizada y adjuntada a ficha clínica. Esta decisión puede cambiar en el transcurso del tiempo, incluso posterior al término de gestación.

**Las condiciones clínicas que a continuación se exponen no constituyen un catálogo taxativo, sino que reflejan aquellas que según la evidencia son indiciarias de riesgo vital. Sin perjuicio de ello, siempre la evaluación del caso concreto será realizada por el respectivo diagnóstico médico**

- A. Embarazo ectópico complicado o no complicado (tubárico, ovárico, cornual, ístmico o cervical).
- B. Embarazo no viable: muerte fetal in útero, embarazos no embrionados aborto inevitable.
- C. Neoplasia del embarazo: enfermedad trofoblástica (Mola hidatidiforme).
- D. Patología o accidentes del embarazo: infección intrauterina, rotura prematura de membranas ovulares antes de la viabilidad fetal fuera del útero asociada a signos de infección, preeclampsia severa con compromiso de sistemas u órganos blanco (cerebro,

- riñón, hígado, etc.) o eclampsia; Síndrome de HELLP; desprendimiento prematuro de placenta (normo inserta o previa), rotura uterina.
- E. Insuficiencia Cardíaca Congestiva con capacidad funcional III-IV por cardiopatía congénita o adquirida (valvulares y no valvulares), Hipertensión arterial refractaria a tratamiento y Enfermedad hipertensiva severa con evidencia de daño de órgano blanco. Cardiopatía isquémica refractaria a tratamiento; Hipertensión pulmonar; Síndrome de Eisenmenger; Historia de infarto del miocardio; Historia de cardiomiopatía del embarazo.
  - F. Enfermedad neurológica severa que empeora con el embarazo: malformaciones vasculares encefálicas no tratadas tales como aneurisma o malformación arteriovenosa.
  - G. Lupus eritematoso con daño renal severo refractario a tratamiento.
  - H. Neoplasia maligna que requiera tratamiento quirúrgico, radioterapia o quimioterapia.
  - I. Insuficiencia respiratoria severa demostrada por la existencia de una presión arterial de oxígeno <50 mm de Hg y saturación de oxígeno en sangre <85%.
  - J. Insuficiencia hepática severa.
  - K. Enfermedad Genética: Síndrome de Marfan (disección aortica letalidad materna 30 %).
  - L. Enfermedad Hematológica: Púrpura trombocitopénico trombótico.
  - M. Enfermedad Renal: deterioro de la función renal en el embarazo temprano.
  - N. Patología Neoplásica: Carcinoma invasivo del cuello uterino; cualquier enfermedad neoplásica en la cual la sobrevivencia materna dependa de un tratamiento oportuno con quimioterapia o radiación en dosis teratogénica.
  - O. Enfermedad materna terminal: etapa final de cáncer o SIDA.
  - P. Cualquier otra patología materna que ponga en riesgo la vida de la gestante debidamente fundamentada.



**ATENCIÓN DE MUJERES  
QUE SE ACOGEN A  
INTERRUPCIÓN  
VOLUNTARIA DEL  
EMBARAZO EN TRES  
CAUSALES  
LEY 21.030**

Requerimiento :  
Código :  
Versión : 2  
Fecha de elaboración: Febrero /2022  
Fecha de vigencia : Febrero/2027  
Pagina : 10/26

**CAUSAL 2: PATOLOGÍA CONGÉNITA ADQUIRIDA O GENÉTICA, INCOMPATIBLE CON LA VIDA EXTRAUTERINA INDEPENDIENTE, EN TODO CASO DE CARÁCTER LETAL.**

La Ley Nº 21.030 señala que se autoriza la interrupción voluntaria del embarazo cuando *“el embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal”*.


Frente a la sospecha de un diagnóstico de anomalía anatómica embrionaria o fetal detectada durante control en APS, el profesional que realiza esta atención deberá derivar de forma inmediata a paciente a policlínico DARO, informando de este caso a Matrona encargada de unidad vía correo, quien a su vez pondrá en conocimiento de esto a Jefe de servicio además de proceder a citar a usuaria el siguiente día hábil con médico especialista.

El médico Gineco-Obstetra en conjunto a médico Jefe de servicio, realizarás valoración de caso, explicando a usuaria sobre el motivo de la derivación y el significado que esta tiene. Se realizará ecografía institucional, la cual, si confirma diagnóstico de anomalía anatómica embrionaria o fetal incompatible con la vida se procederá a realizar la constitución de causal.

Frente a una duda razonable sobre la letalidad del caso clínico, el equipo médico deberá evaluar la necesidad de complementar el estudio con otros exámenes de mayor especificidad según sospecha diagnóstica, por lo que procederá a realizar derivación de usuaria a FAR del Hospital Félix Bulnes de forma inmediata, la cual será gestionada por Matrona de UGOA.

Una vez constituida causal Nº 2, se procederá a entregar toda la información de manera clara y completa respecto a diagnóstico realizado, la posibilidad de interrupción de la gestación, las opciones de interrupción, riesgos, pronóstico y manejo médico, además de informar sobre programa de acompañamiento al cual puede acceder desde ese mismo momento. Durante toda la atención se utilizará un lenguaje comprensible que dé la cercanía necesaria para generar confianza en quien recibe esa información, respondiendo dentro de lo posible todas las preguntas que surjan durante la consulta. Cuando sea posible, la noticia del diagnóstico deberá darse en conjunto entre médico y profesional psicólogo/a, realizando contención.

El médico especialista informará además de la derivación al Policlínico FAR del Hospital Félix Bulnes, ya sea para continuar control de gestación o para realizar el procedimiento de interrupción, en caso que usuaria así lo solicite. Se procederá a la firma de los documentos

 <b>HOSPITAL</b> <b>P E Ñ A F L O R</b>	<b>ATENCIÓN DE MUJERES  QUE SE ACOGEN A  INTERRUPCIÓN  VOLUNTARIA DEL  EMBARAZO EN TRES  CAUSALES  LEY 21.030</b>	Requerimiento : Código : Versión : 2 Fecha de elaboración: Febrero /2022 Fecha de vigencia : Febrero/2027 Pagina : 11/26
---	---	---

correspondientes (Anexo N°1), dejando digitalizado documento en la ficha y entregando copia a usuaria.

**Las patologías que a continuación se exponen no constituyen un catálogo taxativo, sino que reflejan aquellas que según la evidencia son indiciarias de incompatibilidad con la vida extrauterina, en todo caso de carácter letal. Sin perjuicio de ello, siempre la evaluación del caso concreto, realizada por dos diagnósticos de médicos especialistas en igual sentido, es lo que determinará la posibilidad de constitución de una segunda causal.**

a) Anencefalia, anencefalia y acráneo: Malformación cerebral congénita caracterizada por la ausencia parcial o total del cerebro, cráneo y cuero cabelludo. Su prevalencia mundial es aproximadamente 1:1.000 nacimientos, aunque en Chile esta incidencia se ha reducido significativamente después de la incorporación del ácido fólico en la dieta de la población 53 chilena, reportándose para 2015 una tasa acumulada para anencefalia de 0,35:10.000 nacimientos, conforme al protocolo de seguimiento del programa nacional de fortificación (30).

b) Holoprosencefalia alobar. Es una alteración precoz del clivaje del prosencéfalo, lo que se traduce en anomalías cerebrales y faciales severas. Se asocia con cromosomopatías 13 y 18. Su prevalencia es 1:16.000 nacimientos, pero es mayor en estadios precoces de la gestación, alcanzando incluso a describirse en 1:250 gestaciones.


c) Atresia laríngea o traqueal. Consiste en una obstrucción de la vía aérea. Su prevalencia es desconocida, pero es muy infrecuente. Conduce al fallecimiento del recién nacido por imposibilidad de respirar al nacer.

d) Pentalogía de Cantrell. Se caracteriza por ectopia cordis (el corazón fuera de la cavidad torácica) y defectos de pared abdominal (onfalocele o gastrosquisis) asociados a disrupción del esternón distal, diafragma anterior, y pericardio diafragmático. Es una condición extremadamente rara, y su prevalencia es alrededor de 1,5:100.000 recién nacidos.

e) Secuencia de Tallo corporal. Es un gran defecto de pared abdominal que genera hipoplasia pulmonar (falta de desarrollo de los pulmones) que no se puede resolver vía quirúrgica. Su prevalencia es alrededor de 1:14.000 recién nacidos.

f) Agenesia renal bilateral. La agenesia renal bilateral es una anomalía congénita mortal rara, originada por la ausencia del desarrollo de los riñones y falla en la división del esbozo ureteral. La falta de sistema excretor urinario produce el fallecimiento del recién nacido. Su prevalencia es 1:5.000 a 10.000 recién nacidos.

g) Riñones multi o poliquísticos con secuencia Potter y de inicio precoz. Anomalías displásicas de ambos riñones que se asocian a hipoplasia pulmonar (falta de desarrollo de los pulmones). Su

 <b>HOSPITAL</b> <b>P E Ñ A F L O R</b>	<b>ATENCIÓN DE MUJERES  QUE SE ACOGEN A  INTERRUPCIÓN  VOLUNTARIA DEL  EMBARAZO EN TRES  CAUSALES  LEY 21.030</b>	Requerimiento : Código : Versión : 2 Fecha de elaboración: Febrero /2022 Fecha de vigencia : Febrero/2027 Pagina : 12/26
---	---	---


prevalencia fluctúa de 1:10.000 recién nacidos para los riñones multiquísticos a 1:50.000 recién nacidos para los poliquísticos.

h) Displasias esqueléticas con hipoplasia torácica y pulmonar. Son una serie de condrodisplasias incompatibles con la vida, siendo las más frecuentes la displasia tanatofórica tipo I y II (incidencia de 1:10.000 recién nacidos) y la osteogénesis imperfecta tipo II con una prevalencia de 1:60.000 recién nacidos.

i) Las Alteraciones Cromosómicas incompatibles con la vida más frecuentemente observadas, y que habitualmente progresan más allá del primer trimestre de gestación, son la trisomía 18, 13, 9 y las triploidías. La prevalencia de la Trisomía 18 y 13 es alrededor de 1:4.000/1:8.000 recién nacidos y 1:5.000/1:20.000 recién nacidos respectivamente, mientras que la trisomía 9 y triploidías son mucho menos frecuentes.

j) Gemelos acárdicos. Ausencia de formación de corazón en uno de los gemelos monocigóticos. Su prevalencia es muy infrecuente, alrededor de 1:100.000 embarazos.

k) Otros, hay muchos más casos de anomalías congénitas complejas que son de muy baja frecuencia.

 <b>HOSPITAL</b> <b>PEÑAFLO R</b>	<b>ATENCIÓN DE MUJERES  QUE SE ACOGEN A  INTERRUPCIÓN  VOLUNTARIA DEL  EMBARAZO EN TRES  CAUSALES  LEY 21.030</b>	Requerimiento : Código : Versión : 2 Fecha de elaboración: Febrero /2022 Fecha de vigencia : Febrero/2027 Pagina : 13/26
---	---	---

### **CAUSAL 3: EMBARAZO PRODUCTO DE UNA VIOLACIÓN.**

La tercera causal de esta Ley autoriza la interrupción voluntaria del embarazo cuando éste *“Sea resultado de una violación, siempre que no hayan transcurrido más de 12 semanas de gestación. Tratándose de una niña menor de 14 años, la interrupción del embarazo podrá realizarse siempre que no hayan transcurrido más de 14 semanas de gestación”*.

Esta causal se certifica con la evaluación de un equipo de salud, especialmente conformado para estos efectos.

La usuaria en contexto de la causal N° 3 puede ser referida o pesquisada en APS, Policlínico de Alto Riego Obstétrico, Servicio urgencia Gineco obstétrica o desde otro organismo derivador (Fiscalía, COSAM, Otros). Esta derivación debe ser notificada al Jefe de Servicio del Hospital de Peñaflor o Subrogante para que, en un plazo no mayor de 24 horas hábiles, este constituya el equipo de salud que corresponde: Médico Gineco-Obstetra, Psicóloga y Asistente Social; La usuaria deberá ser atendida en un plazo no mayor de 72 horas por este equipo.

Durante la evaluación de la usuaria, el equipo debe dar la acogida y entregar información respecto a esta Ley, manteniendo siempre un ambiente de contención y comprensión, teniendo en consideración lo difícil que puede resultar revivir lo ocurrido; escuchando de forma activa y empática lo relatado, generando en lo posible un ambiente de confianza. Esta evaluación debe ser realizada en un espacio de privacidad asegurando confidencialidad del caso.

Con el objeto de evitar la revictimización, si la mujer adulta ha denunciado el delito de violación, el equipo de salud puede, con consentimiento previo de la mujer, incorporar la declaración que ésta haya dado en el contexto de la denuncia para evitar que deba repetir el mismo relato. Asimismo, si la menor de 18 años ha declarado previamente, el equipo de salud podrá prescindir de exigir un nuevo relato a la víctima y utilizar esas declaraciones previas para determinar la concurrencia de los hechos que constituyen la causal de violación. En el caso de las menores de 14 años se debe prescindir del relato para efectos de corroborar la causal porque hay violación por definición legal.

El relato recogido deberá quedar por escrito y ser firmado en conformidad por la mujer, con el debido resguardo que permita la confidencialidad de los antecedentes en el establecimiento. Para ello se dispondrá de un archivo anexo a la ficha clínica, de responsabilidad del director/a del establecimiento. Sólo podrá ser entregado al Ministerio Público de ser requerido según lo regulado en el artículo 13 de la Ley 20.584.

Unidad de Calidad y seguridad de la atención  
Hospital de Peñaflor



**HOSPITAL**  
P E Ñ A F L O R

**ATENCIÓN DE MUJERES  
QUE SE ACOGEN A  
INTERRUPCIÓN  
VOLUNTARIA DEL  
EMBARAZO EN TRES  
CAUSALES  
LEY 21.030**

Requerimiento :  
Código :  
Versión : 2  
Fecha de elaboración: Febrero /2022  
Fecha de vigencia : Febrero/2027  
Pagina : 14/26

El médico Gineco Obstetra realizará ecografía para corroborar edad gestacional, previo a esto se informará de procedimiento a usuaria, consultando si desea ver o escuchar durante la ecografía. En caso de rechazar profesional debe tomar los resguardos necesarios para respetar la decisión de usuaria (girar monitor y apagar sonido).

En caso de que edad gestacional exceda el plazo permitido por Ley, el equipo deberá comunicar de esto a usuaria, además de la información y apoyo necesario durante la gestación y posterior al parto, realizando las derivaciones correspondientes (APS, equipo ChCC, COSAM, entre otros), lo cual será coordinado por Equipo Psicosocial y Matrona encargada.


La constitución de la causal será evaluada por el equipo de salud en base a el análisis de plausibilidad del relato, idoneidad de los hechos relatados para producir un embarazo y concordancia estimada entre la fecha de la violación relatada y la edad gestacional informada. Todos estos antecedentes deberán ser consignados en informe, el cual será adjuntado a ficha clínica y entregado a la Dirección de este hospital. En este informe se deberá considerar también elementos importantes que sustenten el relato como interdicción y/o discapacidad mental o intelectual (sin interdicción judicial), características de la memoria, correlato conductual y emocional frente a la experiencia traumática, actitud frente a la denuncia, entre otros.

**Es importante señalar que no es rol del equipo de salud las diligencias investigativas de este delito, las cuales están a cargo de Ministerio Público y tribunales.**

**UNA VEZ CONSTITUIDA LA CAUSAL:**

El/a médico/a responsable lo anotará en la ficha clínica. Para ello se sugiere el siguiente texto:

**Contando con el diagnóstico de edad gestacional, que se encuentra dentro de los plazos legales según la edad de la paciente, y con el informe emitido por el equipo conformado para la confirmación de la concurrencia de los hechos constitutivos de la causal de violación, la paciente puede solicitar la interrupción voluntaria del embarazo.**

 <b>HOSPITAL</b> PEÑAFLOR	<b>ATENCIÓN DE MUJERES          QUE SE ACOGEN A          INTERRUPCIÓN          VOLUNTARIA DEL          EMBARAZO EN TRES          CAUSALES          LEY 21.030</b>	Requerimiento : Código : Versión : 2 Fecha de elaboración: Febrero /2022 Fecha de vigencia : Febrero/2027 Pagina : 15/26
---	---	---

El equipo deberá entregar a la usuaria -adolescente o adulta- las alternativas de decisión, entregando la mayor información posible respecto las redes sociales de apoyo, programas de apoyo social, económico y de adopción disponibles, dejando constancia en ficha clínica. Se debe mantener una actitud neutra, sin influir en su decisión, en un ambiente de respeto y libre de juicios valóricos.


Durante la atención de usuaria mayor de edad se deberá informar la obligación de poner en conocimiento al Ministerio Público el delito de violación, esta acción será realizada por Director del Hospital de Peñaflor con el objetivo que se investigue de oficio al o los responsables. La mujer **no está obligada a denunciar**, por lo que su participación en la investigación es voluntaria.

De tratarse de un caso de usuaria menor de edad, se debe informar de inmediato a dirección del hospital, quien realizará la denuncia obligatoria a Ministerio Publico, El plazo para poner en conocimiento al Ministerio Público los hechos constitutivos de violación es de **24 horas desde que se tomó conocimiento del delito**, sin esperar exámenes, evaluaciones o la realización del procedimiento médico de interrupción del embarazo.

En el caso de menores de edad, el relato y los datos que sea necesario solicitar deben ser levantados a través de un adulto responsable u otro tercero que conozca los hechos, salvo que la niña o adolescente tenga un relato espontáneo que entregue directamente.

Usuaría adulta o adolescente mayor a 14 años que desea interrumpir embarazo:

- Tras la constitución de la causal se deberá acordar con la mujer mayor de 14 años y menor de 18 cuál es el momento apropiado para informar a su representante legal, como dispone la Ley. No es un requisito para realizar la interrupción, si esa es la decisión de la adolescente.
- Se deberá entregar información necesaria respecto a la interrupción de gestación, el cual podrá ser realizada en nuestro establecimiento siempre y cuando se cuente con equipo quirúrgico para este procedimiento, además de evaluar que condición de salud sea adecuada para nuestra capacidad resolutive (ASA I – II).
- En caso que no se pueda brindar la prestación en nuestro servicio, ya sea por límite de semana gestacional, falta de equipo quirúrgico y/o complejidad de paciente, se procederá a realizar derivación FAR Hospital Félix Bulnes de forma inmediata, resguardando datos confidenciales de usuaria.


 <b>HOSPITAL</b> PEÑAFLORES	<b>ATENCIÓN DE MUJERES          QUE SE ACOGEN A          INTERRUPCIÓN          VOLUNTARIA DEL          EMBARAZO EN TRES          CAUSALES          LEY 21.030</b>	Requerimiento : Código : Versión : 2 Fecha de elaboración: Febrero /2022 Fecha de vigencia : Febrero/2027 Pagina : 16/26
---	---	---

- Se entregará información verbal y por escrita respecto a programa de acompañamiento, al cual puede acceder, inclusive si la interrupción no es realizada en nuestro establecimiento, dejando consignado en consentimiento la aceptación o rechazo de acompañamiento.
- Se Informará además la toma de muestras de los restos embrionarios/fetales para la persecución del violador/es, y la eventual activación del proceso judicial correspondiente.
- Matrona encargada procederá a consultar datos para crear caso en plataforma digital Ley IVE.

Usuaría menor de 14 años que desea interrumpir embarazo:

- La expresión de voluntad para la interrupción del embarazo (cualquiera causal) en una menor de 14 años requiere siempre la autorización de su representante legal o de uno de ellos, a elección de la niña si tuviera más de uno.
- Nuestro establecimiento no resolverá usuarias menores a 14 años, por lo que se procederá a informar respecto a derivación a FAR Hospital Félix Bulnes, para resolución.
- Las usuarias menores de 14 años, deberán ser acompañadas por un representante quien deberá estar informado de las alternativas que ofrece la ley IVE. Si el representante sindicado por la mujer se niega a autorizar la interrupción del embarazo o no es habido o en casos de mujeres declaradas judicialmente interdictas o cuando se sospeche vulneración de derechos por el representante legal, en todos estos casos, se solicitará una “autorización judicial sustitutiva”. En caso de generarse una situación como la descrita, el Equipo de Acompañamiento Psicosocial, a nombre de la Dirección del Hospital de Peñaflores, se pondrá en contacto con el Juzgado de Familia local, con el objetivo de solicitar esta autorización sustitutiva; el Tribunal tendrá un margen de 48 horas para responder a dicha solicitud. En caso que este hecho ocurra en días inhábiles, el Tribunal designará un magistrado de turno a quien podrán dirigirse los integrantes del equipo de atención.
- Se entregará información verbal y por escrita respecto a programa de acompañamiento (Anexo N°2), al cual puede acceder, inclusive si la interrupción no es realizada en nuestro establecimiento, dejando consignado en consentimiento la aceptación o rechazo de acompañamiento.

Si la usuaria opta por continuar el embarazo y el representante insiste en que se realice la interrupción, no procede la autorización sustitutiva, debiendo respetarse la voluntad manifestada por la mujer.

 <b>HOSPITAL</b> <b>P E Ñ A F L O R</b>	<b>ATENCIÓN DE MUJERES  QUE SE ACOGEN A  INTERRUPCIÓN  VOLUNTARIA DEL  EMBARAZO EN TRES  CAUSALES  LEY 21.030</b>	Requerimiento : Código : Versión : 2 Fecha de elaboración: Febrero /2022 Fecha de vigencia : Febrero/2027 Pagina : 17/26
---	---	---

### Interrupción de gestación

Como fue señalado anteriormente, sólo se podrá realizar interrupción de embarazo en nuestro establecimiento en mujeres mayor a 14 años que deseen acogerse a causal N°3, una vez establecida esta.

Para la realización de este procedimiento se debe tener considerado los siguientes factores, los cuales serán explicados a usuaria:

- Disponibilidad de equipo quirúrgico, antes del término del plazo estipulado por esta ley.
- Estado de salud de usuaria permita su manejo pre y post procedimiento en nuestro centro.

Una vez notificada de estas limitantes, se le entregará toda la información respecto al procedimiento, potenciales riesgos y complicaciones, dejando esto consignado en consentimiento informado (Anexo N°2), el cual se entregará una copia a usuaria además de adjuntar a ficha clínica.

El médico evaluará el procedimiento a realizar, la utilización de métodos farmacológicos de interrupción y/o AMEU, considerando la edad gestacional, estado de salud de la mujer – adolescente o adulta-, condiciones de acceso a los servicios de salud, y otros determinantes sociales que puedan interferir en una adecuada atención.

La coordinación será realizada por Jefe de servicio, Médico que lleva el caso, Matrona encargada y Matrona de Pabellón, programando procedimiento y entregando las indicaciones correspondientes.

El equipo de acompañamiento, se mantendrá siempre informado respecto a condición de usuaria, realizando contención y ejecutando programa según voluntad de la mujer. Posterior a procedimiento se realizará – de ser necesario- las derivaciones a equipos de salud de la red, para continuidad de la atención.

Durante hospitalización de la usuaria se debe mantener en pieza individual, realizando las evaluaciones precisas, evitando a toda manera la sobre intervención. Bajo ninguna circunstancia el equipo que realiza atención solicitará reiterar el relato ni buscar más antecedentes.

Al momento del egreso hospitalario, se deberá ofrecer y educar a usuaria algún método anticonceptivo disponible en el servicio, el cual podrá ser o no aceptado, por ella.

Todo lo anterior señalado debe quedar claramente consignado en ficha clínica de usuaria, procurando adjuntar todos los documentos que corresponden.



**ATENCIÓN DE MUJERES  
QUE SE ACOGEN A  
INTERRUPCIÓN  
VOLUNTARIA DEL  
EMBARAZO EN TRES  
CAUSALES  
LEY 21.030**

Requerimiento :  
Código :  
Versión : 2  
Fecha de elaboración: Febrero /2022  
Fecha de vigencia : Febrero/2027  
Pagina : 18/26

**ANEXOS**

**1. FORMULARIO DECLARACIÓN ENTREGA INFORMACIÓN LEY 21.030**

**DECLARACIÓN DE ENTREGA Y RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE  
LA LEY 21.030 QUE DESPENALIZA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES**

**Nombre:**

Cédula de Identidad N°.....

Fecha de nacimiento.....

N° de Ficha Clínica.....

Domicilio.....

Ciudad..... Región .....

<p>Diagnóstico de embarazo, Gestaciones-Partos-Abortos (GPA) y Edad Gestacional (EG)</p> <p>.....</p> <p>Fecha.....</p> <p>Individualización del o las profesionales que realizaron el diagnóstico</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--

**Declaro que:**

- 1.- He recibido toda la información verbalmente y por escrito sobre las alternativas para continuar o interrumpir mi embarazo, incluyendo la oferta de programas de apoyo social, económico y de adopción disponibles.
- 2.- He comprendido todas las alternativas, he podido aclarar mis dudas, las que me han sido respondidas satisfactoriamente.
- 3.- He sido informada que tengo derecho a participar en un programa de acompañamiento, previo a tomar mi decisión, tanto para el proceso de orientación como de la toma de decisión, que comprende el tiempo anterior y posterior al parto o a la interrupción del embarazo, según sea el caso.
- 4.- De acuerdo con a lo que me han explicado, puedo cambiar mi decisión, si me encuentro dentro de los plazos requeridos, sin que ello afecte la atención de salud a la que tengo derecho.

**Y me han informado de (marcar con una X la información recibida):**

Mi condición de salud y de la gestación, de los riesgos que involucra tanto la continuación como la interrupción del embarazo, y de otras consideraciones clínicas relevantes para la toma de decisión.	<input type="checkbox"/>
Programa de acompañamiento al que tengo derecho.	<input type="checkbox"/>
Atención integral y cuidados paliativos al recién nacido, en caso de sobrevivencia, según corresponda	<input type="checkbox"/>
Denuncia o comunicación a Fiscalía en caso de tratarse de una violación y mi derecho a comparecencia voluntaria	<input type="checkbox"/>
Procedimiento de toma de muestra para análisis médico legal cuando corresponda y su destino.	<input type="checkbox"/>
En caso que yo sea menor de 14 años, o mujer declarada interdicta	<input type="checkbox"/>

**Unidad de Calidad y seguridad de la atención  
Hospital de Peñaflores**



**HOSPITAL**  
P E Ñ A F L O R

**ATENCIÓN DE MUJERES  
QUE SE ACOGEN A  
INTERRUPCIÓN  
VOLUNTARIA DEL  
EMBARAZO EN TRES  
CAUSALES  
LEY 21.030**

Requerimiento :  
Código :  
Versión : 2  
Fecha de elaboración: Febrero /2022  
Fecha de vigencia : Febrero/2027  
Pagina : 19/26

judicialmente, que la interrupción del embarazo requiere también la autorización de mi representante legal o de un Tribunal, en subsidio en determinadas condiciones	
En caso que yo haya cumplido 14 años y sea menor de 18, mi decisión de la interrumpir mi embarazo debe ser informada a mi representante legal, u otro adulto, en determinadas circunstancias	

**DECLARACIÓN DE RECEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

➤ Firma de la mujer

.....

○ Representante Legal si procede

Nombre: .....

Teléfono: .....

RUT: .....

Firma.....

**DECLARACIÓN DE ENTREGA DE LA INFORMACIÓN**

➤ Identificación del profesional responsable de la entrega de la Información sobre la Ley Nº21.030

Nombre	RUN	Firma

Ciudad: .....

Fecha: .....

**El presente documento, se extiende en duplicado, el original debe incorporarse a la Ficha Clínica y la copia se entrega a la mujer**



## 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO PARA MUJERES ADULTAS, ADOLESCENTES ENTRE 14 Y 18 AÑOS Y MUJERES CON DISCAPACIDAD NO DECLARADAS INTERDICTAS**

Nombre del Establecimiento de Salud/Ciudad/Región: .....

Nº de Ficha Clínica: .....

Estoy en conocimiento de que presento un embarazo cuyas características me permite solicitar la Interrupción Voluntaria de éste, según lo previsto en la Ley Nº 21.030, y por ello manifiesto mi voluntad de acceder a este procedimiento.

Declaro que se me ha entregado y explicado por parte del equipo médico, toda la información sobre el procedimiento que se me realizará, que será el que se indica a continuación:

*(NOTA: El profesional que solicita el consentimiento informado, deberá marcar con una X el o los procedimiento(s) que corresponda(n))*

<b>Medicamentoso (incluida vía de administración)</b>	
<input type="checkbox"/>	Mifepristona
<input type="checkbox"/>	Misoprostol
<b>Instrumental</b>	
<input type="checkbox"/>	Aspiración endouterina (manual o eléctrica)
<input type="checkbox"/>	Legrado uterino
<input type="checkbox"/>	Dilatación y evacuación uterina
<input type="checkbox"/>	Inducción parto prematuro
<input type="checkbox"/>	Cesárea

*(NOTA: En los temas a continuación, solicitar a la mujer que firma el consentimiento informado, marcar con una X la información recibida)*

He recibido información sobre:

<input type="checkbox"/>	Riesgos más frecuentes del procedimiento
<input type="checkbox"/>	Efectos secundarios o complicaciones posibles y su manejo

También me han informado que este procedimiento se realizará de forma:

<input type="checkbox"/>	Ambulatoria
<input type="checkbox"/>	Hospitalizada

Se me ha explicado el tipo de sedación y/o anestesia que se utilizará (local o general), incluidos sus riesgos, y que recibiré medicamentos para tratar el dolor según lo requiera.

Entiendo que el procedimiento que se me realizará, puede ser modificado por decisión médica durante la realización de éste, por razones clínicas que se presenten en el momento con el fin de resguardar mi salud.



**ATENCIÓN DE MUJERES  
QUE SE ACOGEN A  
INTERRUPCIÓN  
VOLUNTARIA DEL  
EMBARAZO EN TRES  
CAUSALES  
LEY 21.030**

Requerimiento :  
Código :  
Versión : 2  
Fecha de elaboración: Febrero /2022  
Fecha de vigencia : Febrero/2027  
Pagina : 21/26

Me han explicado también que, una vez de alta:

*(Nota: El profesional debe detallar la información a continuación según corresponda al caso)*

- Debo consultar inmediatamente en caso de presentar:  
.....
- Seré contratada en: .....
- En caso de dudas o consultas, debo contactar a *(indicar nombre o cargo de la persona, teléfono u otra forma de contacto)*:  
.....

He comprendido la información que se me ha entregado, teniendo a la vista un documento informativo del procedimiento que se utilizará; he tenido la posibilidad de aclarar las dudas y de hacer preguntas, las que me han sido respondidas a mi total conformidad.

Entiendo también que puedo cambiar de opinión y anular este consentimiento en cualquier momento, antes del procedimiento, sin que ello afecte la atención de salud a la que tengo derecho.

Nombre de la Paciente:	Firma:
Nº de RUN:	Fecha de Nacimiento:

Nombre del médico o profesional que aplica el CI:	Firma:
Nº de RUN:	


Nombre Ministro de Fe/Asistente para la lectura o entrega de información en caso de discapacidad sensorial, mental psíquica o intelectual/Facilitador intercultural cuando corresponda:	Firma:
Nº de RUN:	

Ciudad: .....

Fecha: .....

**Nota:**

- Si en el proceso de firma del Formulario de CONSENTIMIENTO INFORMADO participa un tercero ya sea como Ministro de Fe, como asistente para la lectura del documento, o como facilitador intercultural, debe quedar individualizado.
- Si la persona no sabe escribir, puede poner su huella digital.
- Firmar el documento en duplicado dejando una copia en la ficha clínica y entregando otra a la paciente.

 <b>HOSPITAL</b> <b>P E Ñ A F L O R</b>	<b>ATENCIÓN DE MUJERES  QUE SE ACOGEN A  INTERRUPCIÓN  VOLUNTARIA DEL  EMBARAZO EN TRES  CAUSALES  LEY 21.030</b>	Requerimiento : Código : Versión : 2 Fecha de elaboración: Febrero /2022 Fecha de vigencia : Febrero/2027 Pagina : 22/26
---	---	---

### 3. FORMULARIO DECLARACIÓN DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

#### DECLARACIÓN DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA INDIVIDUAL

Artículo 119 ter del Código Sanitario, introducido por la Ley N°21.030, que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales

Esta Declaración de Objeción de Conciencia se enmarca en el derecho establecido en el artículo 119 ter del Código Sanitario, introducido por la Ley N°21.030, que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales.

Tienen derecho a declarar su objeción de conciencia:

1. El médico cirujano requerido para interrumpir el embarazo; y
2. El resto del personal al que corresponda desarrollar sus funciones al interior del pabellón quirúrgico durante la intervención.

Identificación del objeto:

- i. Nombre completo:
- ii. Número de cédula de identidad o número de pasaporte:
- iii. Indicación del título profesional o técnico:
- iv. Cargo o función:
- v. Establecimiento de salud:
- vi. Servicio de Salud (si corresponde)

DECLARO:

1. Que conozco la Ley N°21.030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, a saber:
  - a. La mujer se encuentre en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida (Causal N°1 del artículo 119 del Código Sanitario).
  - b. El embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal (Causal N°2 del artículo 119 del Código Sanitario).
  - c. Embarazo sea resultado de una violación, siempre que no hayan transcurrido los plazos dispuestos por la Ley (Causal N°3 del artículo 119 del Código Sanitario).
2. Que comprendo el contenido y alcance de la Ley; en particular, el derecho que me reconoce para declarar mi objeción de conciencia lo que permite que me abstenga realizar la interrupción voluntaria del embarazo requerida en la o las causales que posteriormente se detallan
3. Que comprendo las obligaciones que la presente declaración genera para con el establecimiento y la mujer que solicita interrupción voluntaria del embarazo al amparo de alguna de las causales mencionadas.

**Unidad de Calidad y seguridad de la atención  
Hospital de Peñaflores**



**HOSPITAL**  
P E Ñ A F L O R

**ATENCIÓN DE MUJERES  
QUE SE ACOGEN A  
INTERRUPCIÓN  
VOLUNTARIA DEL  
EMBARAZO EN TRES  
CAUSALES  
LEY 21.030**

Requerimiento :  
Código :  
Versión : 2  
Fecha de elaboración: Febrero /2022  
Fecha de vigencia : Febrero/2027  
Pagina : 23/26

1. Que soy objetor en conciencia respecto de las siguientes causales de interrupción voluntaria que indico a continuación:

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma de Objeto

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y sello de Director  
del Establecimiento de Salud  
Receptor de la Declaración

Ciudad: \_\_\_\_\_

Fecha de la Declaración: \_\_\_\_\_

Hora de la Declaración: \_\_\_\_\_

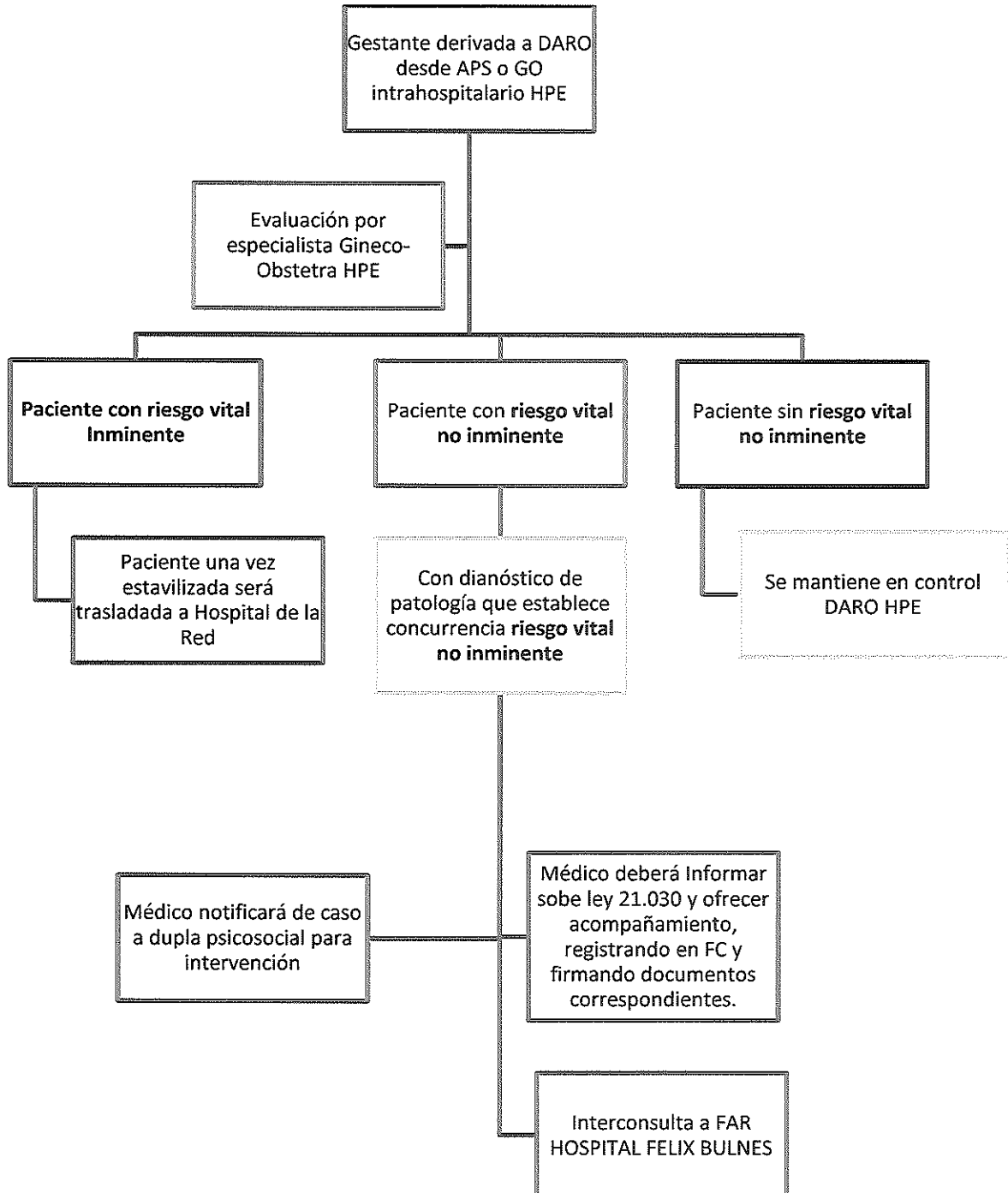
**REVOCACIÓN:**

Quien nuevamente suscribe este Formulario a continuación, con fecha \_\_\_\_\_ viene en revocar la presente declaración dada en el mismo para las causales N° en los siguientes términos:

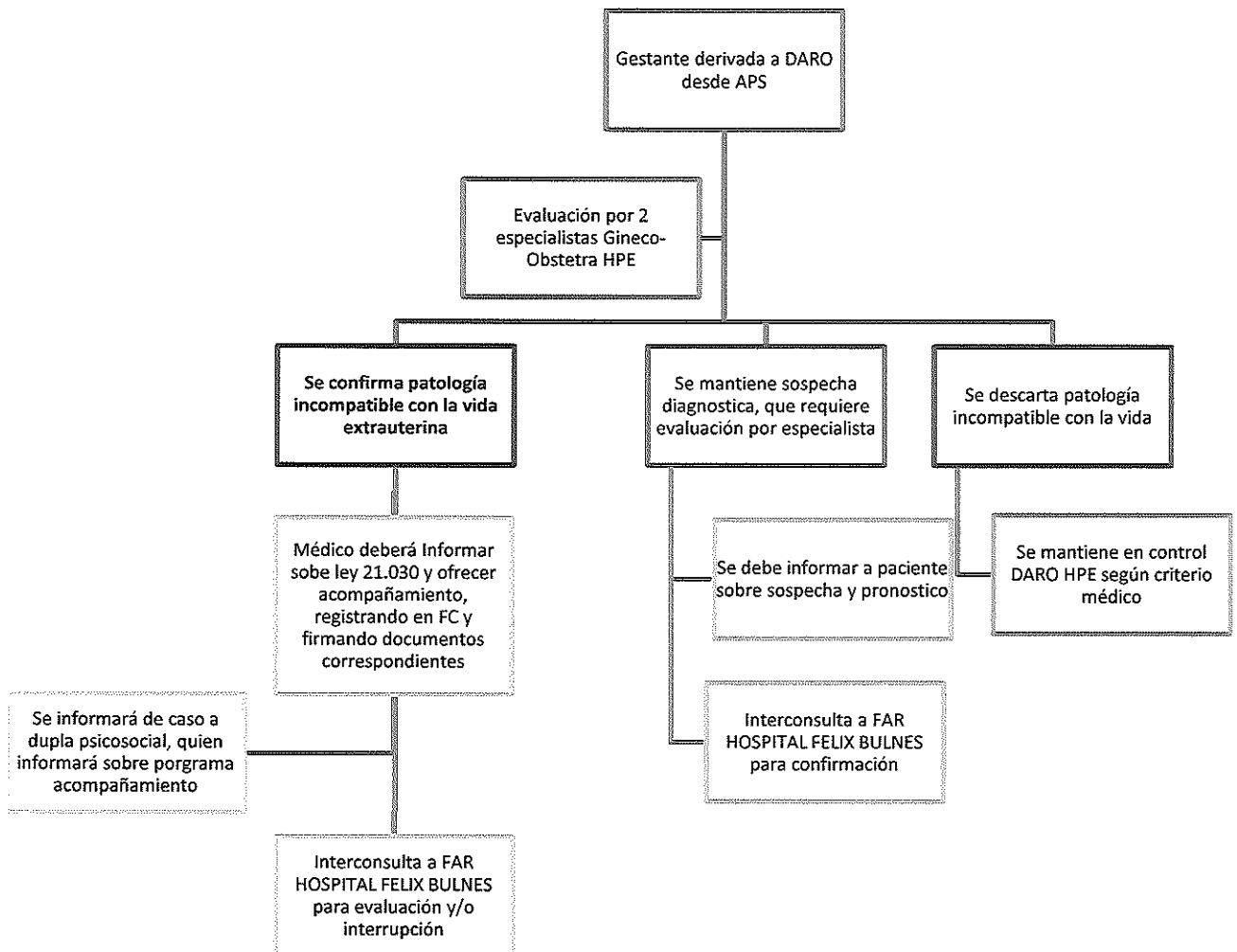
\_\_\_\_\_  
Firma de Objeto que revoca declaración

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y sello de Director del  
Establecimiento de Salud  
Receptor de la Revocación

**4. FLUJOGRAMA PRIMERA CAUSAL LEY 21.030**



**5. FLUJOGRAMA SEGUNDA CAUSAL LEY 21.020**





**6. FLUJOGRAMA TERCERA CAUSAL LEY 21.030**

