

Posibilidades y retos de prestadores de salud en interrupciones necesarias y seguras de acuerdo a la NOM 046. El caso de dos regiones de México

Sánchez-Ramírez Georgina, Patel Tara y

Veldhuis Suzanne

El Colegio de la Frontera Sur

Antecedentes

En el mundo entero, hay ya suficientes evidencias sobre las ventajas de despenalizar el aborto en todas las regiones. Desafortunadamente, es en los países más desarrollados en donde se puede apreciar el acatamiento de este derecho de las mujeres con sus correspondientes impactos positivos en los indicadores de salud sexual y reproductiva.

El acceso a abortos seguros y legales es un derecho humano de las mujeres que no está garantizado en todo el mundo por diversas barreras, estigmas y cuestiones de legalidad. Se estima que al año se realizan 25.1 millones de abortos inseguros (45.1% del total de los abortos), de los cuales 97% en países en desarrollo. La seguridad es además directamente asociada con la legalidad del aborto¹. Las complicaciones de un aborto inseguro incluyen la hemorragia, infecciones, el choque séptico y la perforación uterina los cuales son potencialmente mortales ². Se calcula que 6.9 millones de mujeres en

países en desarrollo que son tratados por una complicación de un aborto inseguro cada año³.

La OMS refiere a la legalización del aborto como una manera de bajar la incidencia de abortos inseguros y sus complicaciones. Por esta razón, es importante evaluar las barreras existentes al aborto seguro para comprender las formas de evitar dichas complicaciones⁴.

En Latinoamérica, la incidencia de abortos inseguros es de las más altas en el mundo, de ahí la relevancia y necesidad de legalización y acceso al servicio⁴. En México, las leyes sobre aborto son restrictivas⁵ y además existen otras barreras al acceso a abortos seguros. Legalmente las mujeres tienen acceso al aborto en todos los estados en caso de una violación, en estricto apego a la Norma Oficial Mexicana 046-SSA2-2005 (NOM- 046)⁶, y dependiendo del estado por otras causas también, sin embargo, en la práctica este acceso no necesariamente es real⁷. La incidencia de abortos inseguros sigue siendo alta.

En la Ciudad de México (CDMX), en el 2007, se legalizó el aborto voluntario hasta las 12 semanas de gestación. Sin embargo, incluso después de la legalización, todavía existen obstáculos para las mujeres. Se enfrentan con tratamientos despectivos por parte del personal médico quienes las avergüenzan y hacen sentir culpables⁸. El aborto, cualquiera sea la situación, sigue siendo estigmatizado en todo el país⁹.

Una barrera de acceso a los servicios de aborto, es la posibilidad que tienen las y los médicos de hacer *objeción de conciencia*, (justificación de carácter ético o religioso que una persona alega para incumplir u oponerse a

disposiciones oficiales). Después de la legalización de abortos en la CDMX, la objeción de conciencia era una de las barreras más comunes para el acceso, sobre todo por parte de médicos de nuevo ingreso al sistema de salud¹⁰. Al principio, todos los proveedores de salud tuvieron la capacidad de usar la objeción a conciencia, posteriormente se emitió un nuevo reglamento en donde solo los médicos (as) generales, médicos (as) familiares y ginecólogos (as) obstetras tenían derecho a usarla. Debido a esto, el número de médicos (as) dispuesto a efectuar un aborto disminuyó, aumentando la carga y la presión laboral para quienes si lo realizan¹¹.

Además de las opiniones y subjetivaciones de los médicos (as), su voluntad de hacer el procedimiento de aborto inducido es una barrera a la atención muy fuerte. En Brasil, se encontró que hay una diferencia entre las opiniones de médicos sobre la legalidad de abortos después de la violación, ya que casi todos dicen estar de acuerdo, pero la mayoría no están dispuestos a hacerlo, la cual es una incongruencia total¹². Esto demuestra que no es suficiente con ver si los médicos están o no a favor de aborto, sino también saber su disposición a hacer el servicio. En una investigación similar en México, se concluye que los médicos con alta nivel de conocimiento de las leyes sobre abortos en su estado, tienden a estar más acuerdo con la legalidad del aborto y están más dispuestos para hacerlo. Llama la atención además que el tener una actitud positiva frente a las mujeres que buscan abortos es correlacionado con estar de acuerdo con la legalidad de aborto después de violación, pero, al igual que en Brasil, en su mayoría dijeron no están de acuerdo con realizar el procedimiento¹³.

El por qué una diagnóstico así en Chiapas, comparado con la CDMX, se debe a que en este momento la interrupción de embarazo en Chiapas está permitido solo por tres causales legales; en caso de violación, si existe riesgo para la vida de la mujer y en caso de malformaciones fetales. En el año 2016 se modificó la NOM 046⁶ indicando que “en caso de embarazo por violación, las instituciones públicas prestadoras de servicios de atención médica, deberán prestar servicios de interrupción voluntaria de embarazos (...) previa solicitud por escrito bajo protesta de decir verdad de la persona afectada de que dicho embarazo es producto de violación”.

Además, en el contexto político actual existe la posibilidad que la interrupción del embarazo voluntario por solicitud de la mujer hasta las 12 semanas sea despenalizado en todo el país. Es importante que el sistema de salud esté preparado para un cambio de esta magnitud ya que tendría que contar con el personal y las instalaciones para atender a la demanda del servicio. Se conoce en otros contextos, como el de la Ciudad de México y Brasil, que la disposición de médicos para realizar una interrupción de embarazo varía dependiendo de las características del médico (a) y la razón para la interrupción. En caso de tener un porcentaje alto de objetores de conciencia podría ocurrir la situación de que el sistema de salud no cuente con el personal necesario para atender a la población que solicitará el servicio.

Lo que este estudio pretende explorar es la opinión y la disposición de médicos (as) generales, médicos (as) familiares y ginecólogos (as) obstetras que laboran en servicios de salud pública en cuanto a la interrupción de

embarazo, contrastando datos de Chiapas con la Ciudad de México para poder corroborar el efecto que tiene sobre las opiniones y el conocimiento del personal médico en un estado en que el aborto es punible contra un estado en que está despenalizado desde hace 12 años, con base a lo establecido en la NOM 046 en lo referente a interrupción de embarazos de manera legal y segura.

Este diagnóstico de momento, permite detectar a la Secretaría de Salud de Chiapas el tipo de capacitaciones que debe dar en materia de manejo de la NOM 046, qué barreras de estigma habrá que vencer para evitar una avalancha de objeciones de conciencia, a la vez de identificar las fortalezas de su personal para contribuir a una mejora sustancial de los indicadores de morbi-mortalidad materna derivada de prácticas inseguras de interrupciones de embarazos en la región, así como mostrar cómo en la CDMX aún hay cuestiones mejorables ante la aplicación de dicha NOM 046.

Metodología

Se diseñó una encuesta con 9 preguntas cerradas y 1 abierta para recabar la información a través de una encuesta anónima y confidencial, autoaplicada, respondida de manera voluntaria, vía internet a las y los proveedores de salud que integran los servicios de atención a la salud de las mujeres en los hospitales de la Secretaría de Salud (SS) del estado de Chiapas (médicos (as) generales, médicos (as) familiares y ginecólogos (as) obstetras) y de la Jurisdicción sanitaria de Tláhuac de la Ciudad de México, del 10 de agosto al

10 de septiembre de 2019.

Se contó con el apoyo de la Secretaría de Igualdad de Género del estado de Chiapas, para lograr la participación de la SS de Chiapas, y de la Dirección de la Jurisdicción Sanitaria de Tlahuac de la Ciudad de México, y el protocolo de investigación fue aprobado por el comité de Ética de ECOSUR.

Los datos se capturaron en una base para SPSS, a excepción de la pregunta última que era abierta con el fin de conocer de manera cualitativa la opinión individual del personal médico sobre las mujeres que interrumpen un embarazo. Los resultados que se presentan a continuación son solamente una parte de esta investigación la cual sigue en proceso actualmente

Resultados y conclusiones preliminares

Dentro de los primeros resultados, encontramos que desde el 2012 en Chiapas se les giró un documento al personal de la SS para conocer e implementar la NOM 046. Los resultados nos muestran que hay dentro del personal responsable de aplicar esta norma un gran desconocimiento, así mismo, el IMSS mostró recientemente por medio de un correo institucional su dilación y vacilación en aplicar esta norma, contraviniendo con ello el mandato de la misma y la disposición del 1 y 4 Constitucional.

También observamos que el conocimiento de las causales legales y de la NOM-046 es bajo en el personal médico de Chiapas. Es urgente y necesario la capacitación del personal médico en Chiapas sobre las

causales legales actuales y la NOM 046, y en el caso de una posible despenalización futura, para garantizar su implementación y el acceso al aborto seguro.

Además, hay una diferencia marcada entre la opinión sobre las causales legales del aborto y la disposición para realizar uno entre el personal médico de la CDMX y de Chiapas, el personal médico de Chiapas en su mayoría no está de acuerdo con el aborto por solicitud de la mujer y además está menos dispuesto para realizar un aborto también en caso de uno de las causales legales actuales. En general, el estar de acuerdo con ciertas causales no significa que realizarán el aborto.

El personal médico de Chiapas cuenta con un alto porcentaje de posibles objetores de conciencia, que además no están conscientes de sus obligaciones (referir).

El personal médico tiene poca confianza en la posibilidad de auto-gestión de un aborto con medicamentos por las propias mujeres, especialmente en Chiapas, y es evidente la profunda ignorancia sobre el uso y toda la movilización social y política respecto al aborto autogestionado, con una auge en aumento tanto en regiones penalizadas como en despenalizadas

Por lo tanto el efecto de la despenalización del aborto en cuanto a opinión y disposición del personal médico encargado de realizarlo en los servicios de salud pública, comparando a CDMX con Chiapas es muy evidente, y abona elementos desde la evidencia científica de la urgencia de despenalizar el aborto en todo el país.

De acuerdo a nuestros resultados, para mejorar el acceso a un aborto seguro, será indispensable para el sector salud, trabajar en el conocimiento de leyes sobre el aborto, sensibilización en género y salud para disminuir la objeción de conciencia, opiniones estigmatizantes y una mayor apertura a lo que significa la autonomía de las mujeres y su cuerpo.

Bibliografía

1. Ganatra B, Gerdtz C, Rossier C, Johnson BR, Tunçalp Ö, Assifi A, Sedgh G, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, et al. 2017. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet* 390(10110):2372–2381.
2. Juárez F, Singh S, Maddow-Zimet I, Wulf D. 2013 Embarazo no planeado y aborto inducido en México: Causas y consecuencias. Nueva York: Guttmacher Institute. 1-45.
3. Singh S, Maddow-Zimet I. 2016. Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries. *BJOG An Int. J. Obstet. Gynaecol.* 123(9):1489–1498.

4. Singh S, Remez L, Sedgh G, Kwok L, Onda T. 2018. Uneven Progress and Unequal Access. New York: Guttmacher Institute.
5. GIRE. 2019. Causales de Aborto en Códigos Penales. [accessed 2019 Jun 24]. <https://gire.org.mx/consultations/causales-de-aborto-en-codigos-penales/>
6. NORMA Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Consultado el 10 de Septiembre de 2019 en <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR19.pdf7>.
7. Berrío LR, Bonfíl Sánchez P, Sesia PM, Díaz Echeverría D. 2019. La regulación sobre los derechos sexuales y reproductivos en la legislación mexicana y para conocer el grado de cumplimiento de la NOM- 046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, en los estados. 1–131 p.
8. Singer EO. 2019. Realizing Abortion Rights at the Margins of Legality in Mexico. *Med. Anthropol.* 38(2):167–181.
9. Sorhaindo AM, Karver TS, Karver JG, García SG. 2016. Constructing a validated scale to measure community-level abortion stigma in Mexico. *Contraception.* 93(5):421-431.
10. Díaz-Olavarrieta C, Cravioto VM, Villalobos A, Deeb-Sossa N, García L,

García SG. 2012. El programa de interrupción legal del embarazo en la ciudad de México: Experiencias del personal de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 32(6):399-404.

11. Contreras X, van Dijk MG, Sanchez T, Sanhueza Smith P. 2011. Experiences and opinions of health-care professionals regarding legal abortion in Mexico city: A qualitative study. *Studies in Family Planning*. 42(3):183-190.

12. Faundes A, Miranda L, Bento SF, de Padua KS. 2019. Difference between being in favor of permitting abortion after rape and willingness to provide such services, according to physician's characteristics. *Ann. Obstet. Gynecol*. 2(1):1007.

13. Silva M, Billings DL, García SG, Lara D. 2009. Physicians' agreement with and willingness to provide abortion services in the case of pregnancy from rape in Mexico. *Contraception* 79(1):56-64.