

Artículo original

Interrupción legal del embarazo (ILE) en el Centro de Salud T-III «Beatriz Velasco de Alemán»

Romeo Adalid Martínez Cisneros

Director de la Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza.
Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Propósito

Presentar la experiencia de una Unidad de Atención Primaria con Servicio de ILE, en el marco de una Política Integral de Salud Reproductiva para el Distrito Federal.

Modelos de intervención**Diagnóstico situacional**

De acuerdo al Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2007-2012 los adolescentes son un grupo marginado de los programas de salud y esta situación repercute negativamente en su salud sexual y reproductiva, asimismo las mujeres emergen como un grupo prioritario en el terreno de la salud, puesto que los problemas asociados a su vida reproductiva demandan atención inmediata por parte de las instituciones de salud.

Por ello la primera línea de política en materia de salud es la siguiente: «A partir del respeto a los derechos de las mujeres, se garantizará su libertad a decidir sobre su cuerpo y salud reproductiva mediante programas de prevención y atención a la salud integral».

Esta línea de política se materializa en el Programa de Salud Reproductiva del Distrito Federal cuyo ob-

jetivo general es: «Contribuir a una mejor calidad de vida en la población en edad reproductiva, mediante la identificación de riesgos, prevención y tratamiento adecuado, con el propósito de alcanzar una vida sexual y reproductiva sana, responsable e informada».

Uno de los más importantes problemas de la salud reproductiva atendido por el Programa es el aborto en condiciones de riesgo.

El aborto realizado en condiciones de riesgo es un problema de salud pública con tres componentes principales: un contexto social adverso, un marco legal restrictivo y falta de accesibilidad a servicios en condiciones de calidad y seguridad.

De acuerdo a IPAS México, en nuestro país el aborto y sus complicaciones son la 5ª causa de muerte materna, responsable del 7.2% de las defunciones; el 14% de estas muertes sucedieron en el Distrito Federal, que es la entidad con mayor porcentaje, el 45% se da en mujeres de 20 a 29 años, la mayor parte de las defunciones (64%) en mujeres sin derechohabencia a la seguridad social.

En el Distrito Federal el aborto y sus complicaciones son la 3ª causa de muerte materna; el 13% de los egresos hospitalarios por aborto y sus complicaciones en el Sector Salud fueron en mujeres de 10 a 19 años, del total de casos de complicaciones traumáticas (perforaciones y laceraciones) presentados en el país, el 27% se concentró en el Distrito Federal. La tasa de hospitalización por aborto por 1,000 mujeres de 15 a 49 años,

en el Sector Salud del Distrito Federal es mayor a la del Sector Salud Nacional (6.0 vs 9.1) y ha crecido a un ritmo mayor (12.2 vs 2.9%) de 2001 a 2005.

Este problema rebasa los límites del Distrito Federal y se convierte en asunto de la Zona Metropolitana del Valle de México (ZMVM), ya que al analizar las defunciones según lugar de ocurrencia, el primer lugar es para el Distrito Federal con 14% del total nacional, seguido del Estado de México con 13% del total; si observamos las defunciones según el lugar de residencia habitual, el primer lugar es para el Estado de México con 17% y el tercero para el Distrito Federal con 9% del total nacional.

El diseño y aplicación de una política pública para la atención del aborto como problema de salud pública, dada la complejidad de este problema, es algo que trasciende al Sistema de Salud y que requiere de la participación de la sociedad civil y de los poderes públicos (ejecutivo, legislativo y judicial).

La promoción de la salud y el impulso de políticas públicas saludables

En nuestro enfoque la promoción de la salud es un proceso mediante el cual individuos, grupos sociales y la sociedad en general desarrollan condiciones para el ejercicio de control sobre sus procesos vitales; para alcanzar la salud, el agente causal de la misma son las condiciones de vida.

Y por condiciones de vida no sólo entendemos la vivienda, el ingreso o el nivel educativo, sino todos los elementos para el bienestar, incluidos los derechos individuales y colectivos de los que gozan los ciudadanos en una comunidad determinada.

El concepto de políticas públicas saludables fue desarrollado por Nancy Milio en la década de los 80 y retomado para la 1ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud realizada en Ottawa, Canadá en 1986.

Por impulso de políticas públicas saludables se entiende que la Promoción de la Salud coloca a la salud en la agenda de los tomadores de decisiones de todos los órdenes de gobierno y de todos los sectores públicos y privados. Al hacerlo busca sensibilizarlos hacia las consecuencias que sobre la salud tienen sus decisiones. También aspira a propiciar que una decisión sea más fácil al tomar en cuenta que favorecerá a la salud. Asimismo promueve que todas las decisiones se inclinen por la creación de ambientes favorables y por formas de vida, estudio, trabajo y ocio que sean fuente de salud para la población.

Según la Carta de Ottawa, la Promoción de la Salud es «proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma» y una de sus funciones es impulsar políticas públicas saludables y establecer alianzas por la salud.

En nuestra perspectiva la ILE como política pública fue resultado de una gran alianza social para ampliar los derechos reproductivos de los ciudadanos del Distrito Federal y aumentar su acceso a servicios en condiciones de calidad y seguridad; permite a las mujeres los medios para mejorar su salud a través de servicios seguros y de calidad, y ejercer un mayor control sobre la misma a través de un marco legal respetuoso de sus derechos reproductivos y su libre decisión, en un contexto social y culturalmente adverso para el ejercicio pleno de sus derechos.

Las iniciativas para la despenalización del aborto se remontan a 1931, con la aprobación del Código Penal para el Distrito Federal, pero es hasta el año 2000 que se inicia el camino definitivo para su logro.

En el año 2000 la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aumentó 3 causales para abortar legalmente: inseminación artificial no consentida, grave daño a la salud de la mujer y por malformaciones congénitas o genéticas graves. Ese mismo año se inicia una controversia en la Suprema Corte de Justicia de la Nación, que en 2002 se resuelve a favor del Gobierno del Distrito Federal, se publican en la Gaceta Oficial los Lineamientos de Organización y Prestación para la realización del procedimiento.

En 2007 se da el hecho histórico para la salud pública de nuestro país, con la despenalización del aborto en el Distrito Federal antes de las 12 semanas de gestación, la Ley incluye mecanismos para la prestación de servicios de salud adecuados y la mejora de mecanismos para la protección de una maternidad libre, responsable e informada. Ese mismo año se publica la Reforma al Código Penal del Distrito Federal y se actualizan los Lineamientos de Organización y Prestación.

En el mes de mayo la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) y la Procuraduría General de la República (PGR), presentan demandas de inconstitucionalidad en contra de la despenalización del aborto, admitiéndolas la Suprema Corte de Justicia, que finalmente declaró la constitucionalidad de la Reforma en el mes de agosto de 2008.

Efectividad y lecciones aprendidas

Para hacer un análisis de la efectividad de la Reforma y su impacto en la salud pública es necesario contar con

información del Sector Público y Privado, sin embargo los datos de la Secretaría de Salud del D.F. nos permiten observar los primeros efectos.

De acuerdo a datos de IPAS México, de 2003 a 2006 hubo 66 casos de ILE; en los primeros diez meses de operación dentro del nuevo marco legal hubo un total de 6,200 atenciones, es decir casi 100 veces más.

Más del 98% de las solicitudes han sido voluntarias y no han tenido relación con las causales existentes en el marco legal anterior, es decir que las leyes restrictivas daban como resultado exponer a condiciones de riesgo a 98% de las mujeres que deseaban interrumpir el embarazo.

Inicialmente, el procedimiento de ILE se realizó en 15 hospitales del Gobierno del Distrito Federal, y a partir del mes de mayo de 2008 en el Centro de Salud T-III «Beatriz Velasco de Alemán», ubicado en el Norte de la Ciudad de México en la Delegación Venustiano Carranza, un área densamente poblada en el Centro de la Zona Metropolitana del Valle de México, cercano al límite con el Estado de México. Es una Unidad Médica acreditada, incorporada al Seguro Popular y monitoreada por medio del sistema INDICAS.

Este Centro de Salud ha sido determinante en la historia de la salud pública de nuestro país. Fue Centro de Capacitación para Enfermeras Sanitarias a nivel nacional y Latinoamericano, su personal participó en las pruebas de campo para la vacuna antipoliomielítica tipo Salk, albergó un Centro de Rehabilitación para niños afectados de poliomielitis, en él fue creado el primer Servicio de Higiene Mental, antecedente directo de los Centros Comunitarios de Salud Mental. A partir de la década de los 90 contó con un Módulo Quirúrgico en el que se realizaba OTB en apoyo al Programa de Planificación Familiar.

Este Módulo Quirúrgico fue la base para el desarrollo de la Clínica de Atención Integral de la Salud Reproductiva.

Esta Clínica cuenta con dos quirófanos, auxiliares de diagnóstico (laboratorio clínico, ultrasonido), médicos especialistas y personal de enfermería. Todo el equipamiento necesario para cumplir con el procedimiento tal como lo marca la ley, los lineamientos y el Manual de Procedimientos.

Hasta el 27 de enero se han atendido 3,673 pacientes, de las cuales 2,498 (68%) han sido atendidas con medicamento y 1,175 (32%) con AEEU. La mayor parte son mujeres de 21 a 30 años (1,949 pacientes = 53%) y residentes en el Distrito Federal (2,449 = 67%). Cabe destacar que el 5% (179 pacientes) eran pacientes menores de edad. Las pacientes foráneas proceden princi-

palmente de los estados de Puebla, Jalisco y Michoacán, inclusive se atendió una paciente enviada por la embajada de la República Popular de China y otra enviada por la embajada de Brasil.

El 55% (2,022 pacientes) son solteras. La gran mayoría (2,457 = 67%) lo han solicitado voluntariamente y por sus propios medios. Del 33% (1,216 pacientes) que fueron referidas, el 56% (680 pacientes) fueron referidas por hospitales, el 30% (368 pacientes) por Centros de Salud y el 14% restante (168 pacientes) por otras instituciones.

Conclusiones y recomendaciones

La experiencia del Centro de Salud T-III «Beatriz Velasco de Alemán» es claro ejemplo de la necesidad y conveniencia del fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, de la actualización de su modelo tecnológico para hacer frente a los problemas sanitarios que tienen un componente social importante.

Con la infraestructura adecuada y procedimientos bien diseñados, el primer nivel de atención es una opción adecuada para asegurar el acceso de las mujeres a ILE.

Tal como lo menciona David A Grimes «el aborto inseguro pone en riesgo la salud de las mujeres, sobre todo de las más marginadas, y amerita ser tratado con el mismo enfoque desapasionado y científico de otros temas de salud pública, en la búsqueda concreta de soluciones... el debate ético sobre el tema puede y debe continuar, sin embargo, la evidencia aportada por los registros epidemiológicos y de salud pública es clara e incontrovertible: el acceso al aborto seguro y legal, a demanda de las mujeres, es un medio para mejorar su salud».

Bibliografía

1. Aracena-Genao B, Wilches-Gutiérrez JL, Figueroa-Lara A, Sanhueza-Smith P, Ávila-Burgos L, Saucedo AL, Walker D, Molina JF. Interrupción legal del embarazo. Recursos disponibles en la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2009. Disponible en: <http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/images/publicaciones/Interrupcionembarazo-8feb.pdf>
2. Lara D, García S, Strickler J, Martínez H, Villanueva L. El acceso al aborto legal de las mujeres embarazadas por violación en la ciudad de México. *Gac Med Mex* 2003; 139(supl. 1): 77-90.
3. Gobierno del Distrito Federal. Gaceta Oficial de Distrito Federal No. 75, 4 de mayo de 2007. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Estatal/DISTRITO%20FEDERAL/Lineamientos/DFLIN26.pdf>
4. Center for Reproductive Rights. Leyes sobre aborto en el mundo. Nueva York: CRR, 2008. Disponible en: <http://www.nodo50.org/feminismos/spip.php?article321>

5. Human Right Watch. El aborto en México. New York. HRW, 2006. Disponible en: <http://www.hrw.org/es/node/11462/section/5>
6. Langer A. Embarazo no deseado y el aborto inseguro: su impacto sobre la salud en México. *Gac Med Mex* 2003; 139(supl 1): 3-7.
7. Juarez F, Singh S, García S, Díaz C. Estimates of induced abortion in Mexico: what's changed between 1990 and 2006. *Int Fam Plan Perspect* 2008; 34(4): 2-12.
8. The Alan Guttmacher Institute. El aborto clandestino: una realidad Latinoamericana. Nueva York, EUA: The Alan Guttmacher Institute 1994. Disponible en: http://www.womenslinksworldwide.org/pdf_programs/es_prog_rr_col_amicipubhealth_agia.pdf
9. Espinoza H, López C. Aborto inseguro en América Latina y el Caribe: definición del problema y su prevención. *Gac Med Méx* 2003; 139(supl 1): 9-16.

Correspondencia:

Dr. Romeo Adalid Martínez Cisneros
Zoquipa Esq. Cuitláhuac S/N, Col. Merced Balbuena,
15810, Deleg. Venustiano Carranza, Distrito Federal.
57-68-18-07, 57-68-38-93
E-mail: jvcarranza@yahoo.com.mx