

Embarazo no planeado y aborto inseguro en Guatemala

CAUSAS Y CONSECUENCIAS



Embarazo no planeado y aborto inseguro en Guatemala: Causas y consecuencias

Elena Prada
Lisa Remez
Edgar Kestler
Sandra Sáenz de Tejada
Susheela Singh
Akinrinola Bankole



Agradecimientos

Embarazo no planeado y aborto inseguro en Guatemala: Causas y consecuencias fue escrito por Elena Prada y Lisa Remez, consultoras independientes; Edgar Kestler, Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva (CIESAR); Sandra Sáenz de Tejada, antropóloga y consultora independiente; y Susheela Singh y Akinrinola Bankole, ambos del Guttmacher Institute. El informe fue editado por Peter Doskoch y corregido por Haley Ball; y Kathleen Randall, Hector Duarte y Judith Rothman, todos del Guttmacher Institute, fueron responsables de la composición gráfica y la producción. Xavier González-Alonso tradujo el informe.

Los autores expresan su agradecimiento a los siguientes miembros del personal, actuales y anteriores, del Guttmacher Institute por su asistencia en varias etapas de la preparación de este informe: Humera Ahmed, Melanie Croce-Galis, Lindsay Dauphinee, Patricia Donovan, Jennifer Nadeau, Caroline Sten, Emily Stone, Sandhya Ramashwar y Mía Zolna.

Edgar Kestler fue el principal investigador guatemalteco y gerente de proyecto en el país. Él contribuyó al diseño general del estudio, en colaboración con Elena Prada y Susheela Singh, y fue responsable de la implementación de la Encuesta a Instituciones de Salud (EIS) y la Encuesta a Profesionales de la Salud (EPS), así como de la capacitación de entrevistadoras, supervisión de campo y control de calidad. Los co-investigadores para el Estudio de Morbilidad por Aborto en Comunidad fueron Gonzalo Ball, Federación de Salud Infantil y Reproductiva de Guatemala (FESIRGUA), y Sandra Sáenz de Tejada, antropóloga y consultora independiente. Ambos contribuyeron al diseño del estudio y al desarrollo de protocolos, junto con Elena Prada, Ann M. Moore, Susheela Singh y Akinrinola Bankole. Sandra Sáenz de Tejada fue responsable de todos los aspectos de la encuesta realizada para el Estudio de Morbilidad por Aborto en Comunidad y contribuyó al procesamiento y análisis de datos.

Muchas otras personas desempeñaron valiosos roles en la recolección de los datos del proyecto. Los autores desean expresar su agradecimiento a Zoila Calderón, Zully Hernández y Lilian Ramírez, quienes prestaron sus servicios como supervisoras para la EIS y la EPS, y a María Borrayo, Flor de María Castillo, Nora Díaz, Elizabeth Fajardo, Ana Guadrón, Rosandra Guzmán, Yolanda López, Blanca Marroquín, Bernarda Méndez, Diana Pérez,

Fabiola Reyna y Brenda Torres, quienes trabajaron como entrevistadoras. Los autores también agradecen a Edwin Canú, Telma Otzoy y Patricia de la Roca por su trabajo como entrevistadores y facilitadores para el Estudio de Morbilidad por Aborto en Comunidad, y a Telma Otzoy y Patricia de la Roca por desarrollar los protocolos de procesamiento de datos, y por editar y procesar los datos.

Los protocolos del estudio fueron revisados por la Junta del Guttmacher Institute para Revisión de Proyectos, la cual estuvo compuesta en este proyecto por Alta Charo, Sally Guttmacher, Lisa Henry-Reid, Jane Johnson y Pablo Rodríguez. Los siguientes miembros del Grupo Asesor del Proyecto, todos con sede en Guatemala, proporcionaron asesoramiento y dirección invaluable para el proyecto en su conjunto: Claudia Campos y Angélica Valenzuela, ambas del Centro de Investigación, Capacitación y Apoyo a la Mujer (CICAM); Aracely Castillo Cristales, Secretaría Presidencial de la Mujer; Malvina de León, Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS); Romeo Menéndez, Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala; Ixmucané Solórzano, Organización de Mujeres Tierra Viva; y Linda Valencia, Unidad de Provisión de los Servicios de Nivel III, MSPAS.

Finalmente, los autores agradecen las valiosas contribuciones proporcionadas al borrador anterior a este informe por los siguientes colegas: Carmen Barroso y Victoria Ward, Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región del Hemisferio Occidental; Beth Fredrick, International Women's Health Coalition; Dan Grossman, Ibis Reproductive Health; Axel Mundigo, Center for Health and Social Policy; Dee Redwine, Planned Parenthood Federation of America; Bonnie Shepard, Social Sectors Development Strategies, Inc.; y Cynthia Steele, EMpower.

La investigación para este informe y su preparación fueron apoyadas mediante financiamiento del Ministerio de los Países Bajos para la Cooperación al Desarrollo, el Banco Mundial y el Departamento del Reino Unido para el Desarrollo Internacional.

Índice

Resumen ejecutivo	4
Capítulo 1: Un tema no reconocido pero crítico	6
Capítulo 2: Incidencia y patrones del aborto inducido en Guatemala	9
Capítulo 3: La práctica del aborto inseguro en Guatemala	15
Capítulo 4: Consecuencias del aborto inseguro	18
Capítulo 5: El contexto de los embarazos no planeados y el aborto	23
Capítulo 6: Enfrentando el tema del aborto inseguro	26
Apéndice metodológico	30
Cuadros del apéndice	32
Referencias	36

Resumen ejecutivo

El aborto en Guatemala está severamente restringido por la ley y se permite solamente en casos en los que está en peligro la vida de la mujer embarazada. Cada año, sin embargo, más de un tercio de las 180,000 guatemaltecas que enfrentan un embarazo no planeado buscan un aborto, con frecuencia arriesgando su salud al recurrir a proveedores inadecuadamente capacitados. Debido al estigma generalizado en torno al aborto, las guatemaltecas hacen todo lo que está a su alcance para mantener en secreto sus abortos. Esta situación de clandestinidad impide una medición precisa de la práctica y permite que la mayoría de los guatemaltecos eviten reconocer un tema para el cual no existen estadísticas.

Sin embargo, el solo hecho de que algo no sea medido no significa que no esté sucediendo. El aborto inseguro conduce con frecuencia a complicaciones graves de salud que imponen una pesada carga sobre el sistema de salud de Guatemala y sobre las mujeres y sus familias. Hasta hace poco, no había información disponible acerca del contexto y causas del aborto clandestino en el país. Actualmente, nuevos esfuerzos de investigación posibilitan llenar muchos de los vacíos para nuestra comprensión del tema.

El aborto inducido es relativamente común—pero frecuentemente inseguro

■ Se estima que unos 65,000 abortos inducidos ocurren cada año en Guatemala, lo que se traduce en una tasa anual de 24 abortos por 1,000 mujeres en edad reproductiva (15–49). Esta tasa, que se calcula mediante una metodología ampliamente utilizada, es más alta que las tasas en muchos otros países en donde el procedimiento está mucho menos restringido. Cada año, más de un tercio (36%) de los embarazos no planeados en Guatemala se resuelven a través del aborto inducido.

- Las dos regiones de Guatemala que tienen las tasas más altas de aborto—Metropolitana y Suroccidente (30 y 29 abortos por 1,000 mujeres, respectivamente)—son las dos más populosas del país. Las composiciones étnicas tan diferentes de estas regiones sugieren que las mujeres tanto indígenas como no indígenas recurren al aborto en el caso de un embarazo no planeado. La región de Guatemala con la mayor proporción de embarazos que termina en abortos es la Metropolitana (19%), mientras que la proporción en la región Suroccidente (13%) es cercana al promedio nacional de 12%.
- Usualmente, los abortos realizados por personal médico bajo condiciones higiénicas son bastante seguros. Sin embargo, la mayor parte de los abortos en Guatemala no son practicados por profesionales capacitados. Se cree que las comadronas tradicionales proveen casi la mitad (49%) de los abortos en el país, mientras que una fracción mucho más pequeña (16%) es provista por médicos.
- El mayor riesgo de padecer complicaciones ocurre cuando el procedimiento es practicado por un proveedor no capacitado. Se estima que la probabilidad de que un aborto clandestino resulte en complicaciones que requieran hospitalización varía entre 15% en mujeres que recurren a un médico y al menos 70% en aquellas que se autoinducen el aborto o usan los servicios de una comadrona tradicional.
- Se considera que las mujeres indígenas y las que viven en el medio rural, la mayoría de las cuales son pobres, tienen tres veces más probabilidades que las mujeres urbanas no pobres de usar los servicios particularmente inseguros de una comadrona tradicional. Resulta elocuente que la proporción de abortos que son autoinducidos varía relativamente poco en función del origen étnico o de área de residencia y situación de pobreza.

- Los profesionales capacitados y que trabajan en áreas urbanas utilizan principalmente el método relativamente seguro de legrado. Por otra parte, se cree que los proveedores no capacitados dependen de una variedad de métodos con frecuencia peligrosos—muchos de los cuales son inefectivos y conducen a múltiples intentos fallidos. Estos incluyen la introducción de objetos sólidos en el útero, la administración de medicamentos hormonales no aprobados, y el uso de preparaciones herbales tradicionales y remedios populares.
- Mientras más capacitado el proveedor, más costoso el procedimiento de aborto. Se estima que los profesionales médicos cobran cerca de 10 veces más que lo que cobran las comadronas. Como resultado, muchas mujeres pobres solamente pueden pagar los servicios de un proveedor sin capacitación y, por lo tanto, tienen muchas más probabilidades que las mujeres de mayores recursos de sufrir complicaciones.

Las técnicas inseguras y la atención inadecuada del postaborto amenazan la salud de la mujer

- Se estima que anualmente unas 22,000 mujeres guatemaltecas reciben tratamiento en instituciones de salud debido a complicaciones de aborto inducido. Esto significa que, cada año, ocho de cada 1,000 mujeres en edad reproductiva reciben tratamiento por esta razón.
- Tres quintas partes de las mujeres que tienen un aborto inducido sufren complicaciones que requieren tratamiento en un hospital. Estas complicaciones varían desde abortos incompletos y hemorragia abundante hasta condiciones de riesgo de vida como la septicemia y la perforación uterina.
- Las mujeres pobres del medio rural y las indígenas enfrentan el mayor riesgo de tener complicaciones (aproximadamente dos tercios las tendrán) y de no recibir el debido tratamiento. Entre los factores múltiples que contribuyen para no buscar la atención está la renuencia de la mujer a revelar que ha tenido un aborto, el miedo al maltrato por parte del personal médico que desapruueba el aborto, y la inaccesibilidad geográfica y financiera de las instituciones médicas.
- Toca al sector público cargar con la mayor parte del costo de tratar las complicaciones postaborto. En general, tres cuartas partes de las mujeres que reciben tratamiento debido a complicaciones son atendidas en instituciones de salud financiadas con recursos públicos.

El embarazo no planeado, causa principal del aborto, es común en Guatemala

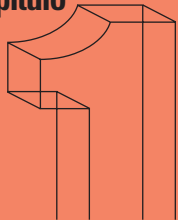
- En 2002, las mujeres guatemaltecas reportaron que aproximadamente uno de cada tres de sus nacimientos recientes fueron imprevistos o no deseados. Aunque la proporción general de nacimientos no planeados se ha mantenido relativamente estable, la proporción de los

que fueron no deseados ha aumentado en un tercio en las pasadas décadas, de tal forma que actualmente uno de cada siete nacimientos es no deseado.

- En 2002, más de una cuarta parte de las mujeres en unión (28%) no querían tener un hijo en el futuro próximo y, sin embargo, no estaban usando un método anticonceptivo para evitar el embarazo. El nivel de la necesidad insatisfecha de anticoncepción es especialmente alto—cuatro de cada 10 mujeres—entre la población indígena.
- En la actualidad, las mujeres tienen cerca de un hijo más de lo que desearían tener. Si los deseos por tener familias más pequeñas continúan creciendo a un ritmo mayor que el aumento en el uso de anticonceptivos, dos consecuencias son probables: las mujeres pueden tener aún más nacimientos no planeados que los que ahora tienen, o pueden recurrir al aborto de manera creciente.

Para disminuir los embarazos no planeados y los abortos inseguros se necesita actuar en muchos frentes

- El paso inicial y más importante para reducir el aborto sería reducir su causa principal—los embarazos no planeados. Se debe proporcionar a las parejas una amplia variedad de métodos anticonceptivos, incluyendo la anticoncepción de emergencia.
- La educación culturalmente apropiada sobre salud sexual y reproductiva es crucial, especialmente entre las mujeres indígenas y rurales, dada la necesidad de aumentar la comprensión y conciencia acerca de la anticoncepción efectiva y reducir las barreras para su uso.
- Con el fin de atenuar las consecuencias postaborto, debe capacitarse a más personal médico en aspiración manual endouterina, la cual es más segura y menos costosa que el legrado. Las comadronas y otros proveedores empíricos deben ser capacitados para que puedan reconocer y referir las complicaciones de aborto para un tratamiento apropiado y oportuno. Para prevenir la repetición de embarazos no planeados deben estar disponibles la consejería y suministros anticonceptivos para tantas pacientes postaborto como sea posible.
- Los hombres, por su parte, necesitan ser educados sobre los riesgos del aborto inseguro, y alentados a involucrarse más en la planificación de sus familias.
- Los resultados de investigaciones científicas sólidas sobre los niveles, causas y consecuencias del aborto inseguro necesitan ser ampliamente difundidos para facilitar la discusión pública informada sobre el tema.
- El impulso creado por la recientemente aprobada ley de planificación familiar debe aprovecharse para asegurar que las mujeres que tienen los más altos niveles de necesidad—las indígenas y las mujeres del medio rural—sean atendidas apropiada y adecuadamente.



Un tema no reconocido pero crítico

En un mundo ideal, cada embarazo sería un evento bienvenido. Tristemente, el mundo real con frecuencia está lejos del ideal, y muchos embarazos ocurren demasiado pronto o no son deseados en absoluto. Es excepcionalmente difícil abordar el problema del embarazo no deseado en una cultura en donde mucha gente tiene dificultad para reconocer públicamente el concepto de embarazo no planeado, y menos del aborto. Este es ciertamente el caso en Guatemala, en donde pocos temas son tan sensibles y controversiales como el aborto inducido. El aborto es rotundamente condenado en toda Guatemala, especialmente por las autoridades religiosas y políticas quienes, en general, ignoran la realidad del aborto clandestino en el país.

A pesar de las severas restricciones al aborto en la mayoría de los países latinoamericanos—incluyendo Guatemala, en donde el procedimiento es permitido solamente cuando es necesario para salvar la vida de la mujer¹—hay abundante evidencia de que, de todas formas, ocurre un número significativo de abortos. En la región latinoamericana y del Caribe se realizan anualmente unos 3.7 millones de abortos inseguros, y casi todos estos procedimientos son practicados fuera de la ley.² Trágicamente, se estima que unas 3,700 mujeres mueren cada año en Latinoamérica y el Caribe debido a esta causa evitable de mortalidad. Es claro que los abortos inseguros acarrear enormes riesgos para la salud de la mujer y, por consiguiente, para el bienestar de sus familias.

Las mujeres guatemaltecas y sus familias no están exentas de esta experiencia tan dura. En Guatemala, como en otros países en donde se practican los abortos en la clandestinidad, el aborto inseguro puede resultar en complicaciones que requieren hospitalización y agotan recursos médicos escasos. De hecho, se estima que la atención hospitalaria de mujeres con abortos incompletos (tanto espontáneos como inducidos) puede consumir aproximadamente la tercera parte del presupuesto para maternidad de un hospital.^{3*} Además, el aborto fue responsable del 10% de las muertes maternas en Guatemala en el año 2000, según estimaciones a nivel nacional realizadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social;⁴ y un estudio llevado a cabo en 1993–1996 en el departamento de Guatemala (en donde ocurre cerca de una cuarta parte de los nacimientos del país), atribuyó al aborto el 12% de las muertes maternas.⁵ Estas cifras son un reflejo cercano a la estimación que hizo la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la región centroamericana en su conjunto (11%), aunque son bastante más bajas que la estimación de la OMS de 19% para la subregión (que incluye Guatemala) de los seis países latinoamericanos y del Caribe con niveles altos de mortalidad adulta y de la niñez.⁶

Aunque se desconoce la contribución exacta del aborto inseguro a la mortalidad materna, sabemos que Guatemala tiene una de las razones más altas de mortalidad materna en la región—153 muertes maternas[†] por

*Esta estimación supone que ninguno de los casos de abortos incompletos fue acompañado de otras complicaciones, lo cual es altamente improbable. Cuando los investigadores consideraron el escenario más probable de abortos incompletos con complicaciones, estimaron que el tratamiento puede consumir hasta el 50% del presupuesto para maternidad de un hospital (fuente: Figueroa W y Schieber B, Study of the use of financial resources in reproductive health and postabortion care, Nueva York: Population Council, 2001, p. 12).

†Según estimaciones de las Naciones Unidas que hacen un ajuste por el subregistro, la falta de registro y la clasificación errónea, la razón de mortalidad materna en Guatemala puede llegar a 240 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos (fuente: AbouZhar C y Wardlaw T, *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2003, <http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal_mortality_2000/mme.pdf>, consultado el 27 de julio de 2006).

100,000 nacidos vivos.⁷ Las mujeres mayas sufren desproporcionadamente: las indígenas tienen tres veces más probabilidades que las mujeres no indígenas de morir por causas relacionadas con el embarazo (211 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos versus 70).⁸ De manera similar, es probable que el impacto del aborto inseguro en la salud sea más grande entre las mujeres con mayor desventaja y marginación.

Guatemala, que es la nación más grande del istmo centroamericano en términos tanto de población (más de 13 millones de habitantes⁹) como de extensión, se destaca por continuar siendo un país predominantemente rural (54% rural, comparado con 31% para América Central en su conjunto¹⁰) y por tener una población indígena excepcionalmente numerosa (41% del total de la población, principalmente descendientes de civilizaciones mayas antiguas¹¹). El país también se destaca por su alta fecundidad y rápido crecimiento poblacional. Guatemala tiene la tasa de fecundidad más alta en toda Latinoamérica de habla hispana—4.4 hijos por mujer al final de su vida reproductiva, comparada con 2.6 para Latinoamérica y el Caribe en su conjunto.¹² Esta alta tasa de fecundidad contribuye al rápido crecimiento poblacional del país (2.6% anual), y también sesga la distribución de edades de la población hacia las personas más jóvenes (44% de los guatemaltecos tienen 14 años o menos¹³), lo que proporciona un impulso propio a un ritmo todavía mayor de crecimiento.

Adicionalmente, los niveles de desigualdad social y económica en Guatemala están entre los más altos en las Américas. La mayoría de los guatemaltecos subsisten por debajo de la línea de pobreza—56% vivía en la pobreza* en 2000, incluyendo 16% en la pobreza extrema¹⁴—y la población indígena es aún más indigente: tres cuartas partes vivían en la pobreza en 2000, incluyendo una cuarta parte en la pobreza extrema.¹⁵ Casi cuatro décadas de violento conflicto interno, el cual fue resuelto formalmente con los acuerdos de paz de 1996, estancaron los esfuerzos de desarrollo, haciendo que la pobreza generalizada fuera aún más difícil de remediar; el conflicto civil golpeó con especial dureza a las comunidades indígenas del altiplano.¹⁶ De hecho, los mayas tienen un desempeño mucho peor que otros guatemaltecos en todas las medidas de desarrollo socioeconómico, de salud y educativas. Por ejemplo, la mitad de la población indígena (que habla 22 idiomas diferentes) es analfabeta, comparada con una quinta parte de la población no indígena.¹⁷

Las condiciones sociales en Guatemala están comenzando a cambiar

Aunque estos problemas plantean muchos desafíos, algunos importantes cambios sociales y económicos están ocurriendo en Guatemala. Por ejemplo, tanto las mujeres indígenas como las no indígenas informan que desean tener menos hijos que los que deseaban en el pasado. En Guatemala, como en cualquier otra parte, la urbanización

y la modernización están dando lugar a cambios duraderos en valores y expectativas, los cuales, a su vez, están fomentando la preferencia por familias más pequeñas. Además de reducir la motivación de las mujeres para tener muchos hijos, la modernización usualmente conduce a que las mujeres deseen ejercer un mayor control sobre el momento de sus nacimientos, para poder ajustarse a los cambios propiciados por mejoras en los estándares de vida, educación y empleo. En la mayoría de las sociedades, incluyendo la guatemalteca, un modo primario de controlar el momento de los nacimientos y limitar el tamaño de la familia es el uso de anticonceptivos. Notablemente, la proporción de mujeres guatemaltecas en unión que usan algún método anticonceptivo casi se duplicó entre 1987 y 2002, pasando de 23% a 43%.¹⁸

Desafortunadamente, los cambios en las preferencias relacionadas con cuántos hijos tener y cuándo tenerlos parecen haber ocurrido más rápido que el aumento en las tasas del uso anticonceptivo. En 2002, el 28% de las mujeres guatemaltecas en unión tenía una necesidad insatisfecha en anticoncepción—es decir, eran sexualmente activas, fértiles y no querían tener hijos en los próximos dos años, pero no estaban usando algún método anticonceptivo; el nivel de necesidad insatisfecha fue del 24% apenas siete años antes.¹⁹ Las mujeres indígenas tienen una necesidad insatisfecha en anticoncepción especialmente elevada (39%). En términos de uso real, aunque el 34% del total de mujeres guatemaltecas en unión usan un método moderno de planificación familiar,[†] la tasa de uso de métodos modernos es mucho menor entre las mujeres indígenas (17%) que entre las mujeres no indígenas (43%).²⁰

La información sobre el estado de la planeación de nacimientos recientes confirma que todas las mujeres guatemaltecas, independientemente de su origen étnico, tienen problemas para planificar sus familias. Según datos de una encuesta nacional de 2002, el 28% de los nacimientos ocurridos durante los cinco años previos a la encuesta fueron no planeados (i.e., deseados pero para más tarde o no deseados en absoluto), un leve aumento respecto al 26% reportado en 1987.²¹ Además, la proporción de nacimientos que fueron no deseados aumentó en más de un tercio, de 10% en 1987 a 14% en 2002.

*La pobreza se define como la falta de capacidad para comprar una canasta básica de bienes y servicios, valorada en 4,318 quetzales por persona por año (US\$1,278 en el año 2000, ajustado por paridad del poder adquisitivo); pobreza extrema se refiere a la incapacidad de comprar una canasta de solo alimentos, valorado en 1,912 quetzales por persona por año (US\$566 en el año 2000, ajustado por paridad del poder adquisitivo). Fuente: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), *Segundo Informe sobre Desarrollo Humano en Centroamérica y Panamá, 2003*. PNUD: San José, Costa Rica, 2003, Cuadro 2.3, p. 54.

†Los métodos modernos incluyen la píldora, DIU, inyección, implante anticonceptivo, condón (masculino y femenino), esterilización (masculina y femenina) y métodos vaginales. Los métodos tradicionales incluyen la abstinencia periódica, retiro, método de la amenorrea de la lactancia (MELA) y métodos folclóricos.

Debido a que muchas mujeres tienen dificultades para planear sus familias, el embarazo no planeado es muy común en Guatemala. Es probable que algunas mujeres, dadas sus circunstancias de vida y las dificultades que enfrentan al llevar a término un embarazo no planeado, recurran al aborto inducido. Comprender el contexto y las verdaderas dimensiones de la práctica del aborto es esencial para tener una discusión pública informada sobre este tema y para la creación de políticas y programas efectivos. Desafortunadamente, la imagen que ahora tenemos del aborto en Guatemala y de sus consecuencias es deplorablemente incompleta.

Guía para este informe

El presente informe busca llenar algunas lagunas importantes en nuestro conocimiento. El informe presenta información recolectada recientemente como parte de un esfuerzo de investigación a gran escala. Dicha investigación fue diseñada para generar las primeras estimaciones sobre la incidencia del aborto inducido en Guatemala, tanto a nivel nacional como en las ocho regiones del país, y para aumentar nuestra comprensión acerca de las condiciones bajo las cuales se realizan los abortos y las consecuencias de estos procedimientos. El informe combina estimaciones del número de mujeres hospitalizadas por

complicaciones de aborto con información sobre las condiciones de la provisión de abortos en Guatemala (con base en datos de las instituciones de salud y profesionales de la salud); los resultados de investigación cualitativa (entrevistas en profundidad y grupos focales) realizada con mujeres, hombres y proveedores de salud en una comunidad periurbana y una rural; e información contextual tomada de encuestas representativas a nivel nacional realizadas con mujeres en edad reproductiva. Muchos de los datos cuantitativos presentados son representativos a nivel general del país. Los datos cualitativos no tienen una cobertura nacional, pero son indicativos de patrones que prevalecen en un área rural predominantemente maya (kaqchikel) y un área periurbana, en su mayor parte no indígena de la Ciudad de Guatemala.

El capítulo 2 proporciona estimaciones de la incidencia del embarazo no planeado y el aborto inducido en Guatemala. Los capítulos 3 y 4 describen la práctica del aborto inseguro y sus consecuencias. El capítulo 5 presenta el contexto más amplio de la salud reproductiva en el cual ocurren el embarazo no planeado y el aborto, y el capítulo 6 propone algunas recomendaciones para políticas que aborden el problema de salud pública del aborto inseguro.

Estado legal del aborto en Guatemala

Art. 133. *Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.*

Art. 134. (Aborto procurado) *La mujer que causare su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, será sancionada con prisión de uno a tres años. Si lo hiciere impulsada por motivos que, ligados íntimamente a su estado, le produzcan indudable alteración síquica, la sanción será de seis meses a dos años de prisión.*

Art. 135. (Aborto con o sin consentimiento) *Quien, de propósito causare un aborto, será sancionado: 1o. Con prisión de uno a tres años, si la mujer lo consintiere, 2o. Con prisión de tres a seis años, si obrare sin consentimiento de la mujer. Si se hubiere empleado violencia, amenaza o engaño, la pena será de cuatro a ocho años de prisión.*

Art. 136. (Aborto calificado) *Si a consecuencia del aborto consentido o de las maniobras abortivas consentidas, resultare la muerte de la mujer, el responsable será sancionado con prisión de tres a ocho años. Si se tratase de aborto o maniobras abortivas efectuadas sin consentimiento de la mujer y sobreviniere la muerte de ésta, el responsable será sancionado con prisión de cuatro a doce años.*

Art. 137. (Aborto terapéutico) *No es punible el aborto practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer, previo diagnóstico favorable*

de por lo menos otro médico, si se realizó sin la intención de procurar directamente la muerte del producto de la concepción y con el solo fin de evitar un peligro, debidamente establecido para la vida de la madre, después de agotados todos los medios científicos y técnicos.

Art. 138. (Aborto preterintencional) *Quien, por actos de violencia ocasionare el aborto, sin propósito de causarlo, pero constándole el estado de embarazo de la ofendida, será sancionado con prisión de uno a tres años. Si los actos de violencia consistieren en lesiones a las que corresponda mayor sanción, se aplicará ésta aumentada en una tercera parte.*

Art. 139. (Tentativa y aborto culpos) *La tentativa de la mujer para causar su propio aborto y el aborto culposo propio, son impunes. El aborto culposo verificado por otra persona, será sancionado con prisión de uno a tres años, siempre que tal persona tenga conocimiento previo del embarazo.*

Art. 140. (Agravación específica) *El médico que, abusando de su profesión causare el aborto o cooperare en él, será sancionado con las penas señaladas en el artículo 135, con multa de quinientos a tres mil quetzales, con inhabilitación para el ejercicio de su profesión de dos a cinco años.*

Iguals sanciones se aplicarán, en su caso, a los practicantes o personas con título sanitario, sin perjuicio de lo relativo al concurso de delitos.

—Capítulo III, DEL ABORTO, Código Penal de Guatemala, Decreto No. 17–73.



Incidencia y patrones del aborto inducido en Guatemala

Presé a que los primeros esfuerzos en materia de planificación familiar en Guatemala comenzaron a mediados de los años sesenta al menos parcialmente como respuesta al aborto clandestino,¹ y de que los esfuerzos nacionales para mejorar la atención postaborto en hospitales están actualmente en proceso,² no existe una estimación del número total de abortos inducidos en Guatemala. Para establecer ese número, adaptamos y aplicamos a Guatemala una metodología que fue desarrollada para proporcionar estimaciones de la incidencia de abortos inducidos en entornos en donde el procedimiento está altamente restringido por la ley y en donde los sistemas de recolección de datos para documentar los abortos inducidos son inexistentes o endebles.³

Este enfoque de pasos múltiples utilizó datos de dos estudios nacionales realizados en septiembre y octubre de 2003—una Encuesta a Profesionales de la Salud (EPS) de proveedores de servicios, investigadores, expertos en políticas y otros individuos seleccionados por sus conocimientos sobre el aborto en Guatemala, y una Encuesta a Instituciones de Salud (EIS) de todos los hospitales en Guatemala (ver fuentes de datos, página 14). Estos estu-

dios aportaron la información básica que se necesita para estimar la incidencia del aborto inducido en Guatemala: el número de mujeres hospitalizadas por complicaciones de aborto y, entre las mujeres que tienen un aborto, las estimaciones de la probabilidad de que tengan complicaciones y si así sucede, la probabilidad de que busquen tratamiento en un hospital.

Miles de mujeres son hospitalizadas cada año debido a complicaciones de abortos inducidos

Para la encuesta realizada a cada institución de salud en Guatemala que provee atención postaborto—esto es, tratamiento de complicaciones de abortos espontáneos e inducidos—se solicitó a un informante que diera información sobre el número de mujeres que recibían ese tipo de atención en la institución. En este informe, el término *complicación de aborto* se refiere a todas las complicaciones, desde las menos severas (como un aborto incompleto y hemorragia abundante y prolongada) hasta las más severas (como sepsis y perforación uterina).^{*} Dado que es extremadamente difícil distinguir entre las complicaciones de abortos espontáneos y las que resultan de abortos inducidos,[†] estas cifras iniciales abarcan necesariamente complicaciones derivadas de ambos tipos de aborto. Según cálculos basados en las respuestas a la EIS, en 2003, aproximadamente 27,014 mujeres guatemaltecas recibieron tratamiento en hospitales debido a complicaciones resultantes de abortos espontáneos o inducidos. El siguiente paso en la metodología, que se describe en detalle en el Apéndice (página 30), consiste en estimar la proporción de esos casos que representan complicaciones causadas por abortos espontáneos y excluirlos del total. Una vez que estos abortos espontáneos son excluidos, estimamos que 21,625 mujeres recibieron tratamiento en hospitales guatemaltecos en 2003 debido a complicaciones de abortos inducidos.

^{*}Durante las entrevistas para la Encuesta a Profesionales de la Salud, se leyó a las personas entrevistadas el siguiente enunciado: *Como usted sabe, las complicaciones que resultan de un aborto varían en gravedad. Cuando hablamos de complicaciones de aborto, nos estamos refiriendo a aquellas consecuencias graves que requieren tratamiento médico en una institución de salud. Las complicaciones que se definen aquí incluyen no solamente los casos extremos tales como sepsis o perforación uterina, sino también aquellos casos considerados como "aborto incompleto", que generalmente se identifican por hemorragia o sangrado severo y pueden representar un menor grado de riesgo para la salud de la mujer pero que, sin embargo, requieren la hospitalización de la mujer.*

[†]No solamente son idénticos muchos de los síntomas del aborto inducido y espontáneo, sino que las mujeres, lo cual es comprensible, frecuentemente afirman haber tenido un aborto espontáneo cuando, en verdad, han tenido un aborto inducido ilegal.

Las hospitalizaciones son solamente la punta del iceberg

Sin embargo, el número de mujeres que reciben tratamiento en hospitales representa solamente una pequeña parte de la historia. Estas mujeres representan la punta del iceberg, porque algunas mujeres sufren complicaciones pero no obtienen tratamiento médico; algunas reciben atención postaborto en algún lugar formal o informal distinto a un hospital; algunas mueren antes de lograr llegar al centro de atención; y otras tienen un aborto seguro sin complicaciones. El número de mujeres en estos grupos tiene que ser estimado para poder obtener un conteo exhaustivo del número de abortos inducidos.

La naturaleza clandestina del aborto en Guatemala significa que no se cuenta con información completa de las propias mujeres o de sus proveedores; por lo tanto, tenemos que depender de las estimaciones informadas de profesionales de salud conocedores del tema. Los médicos y expertos en políticas de salud que fueron encuestados para la EPS proporcionaron estimaciones de la proporción de abortos que son realizados por cada uno de los varios tipos de proveedores de aborto, las probabilidades de que una mujer tenga complicaciones después de un aborto practicado por cada tipo de proveedor, y las probabilidades de que una mujer reciba tratamiento hospitalario para esas complicaciones. Debido a que las condiciones de la práctica del aborto varían sustancialmente dependiendo de las circunstancias de vida de la mujer—por ejemplo, las mujeres de mayores recursos tienen más probabilidades que otras mujeres de tener un aborto relativamente seguro—obtuvimos estimaciones separadas para mujeres en cuatro amplias categorías socioeconómicas: mujeres rurales pobres, mujeres rurales no pobres, mujeres urbanas pobres y mujeres urbanas no pobres.* La información indirecta de esta encuesta proporciona una imagen aproximada de las condiciones bajo las cuales se practica el aborto en Guatemala y, ante la falta de estadísticas de aborto a nivel nacional, proporciona la mejor estimación de la incidencia general del procedimiento.

Las respuestas de los profesionales de la salud fueron ponderadas de acuerdo con el tamaño de la población de los cuatro subgrupos de mujeres, con el objeto de desarrollar un multiplicador (factor de inflación) a nivel nacional, el cual se aplicó al número de mujeres tratadas por complicaciones de aborto con el fin de compensar por las

*En la Encuesta a Profesionales de la Salud, las mujeres pobres son aquellas cuyo ingreso estaba por debajo del promedio nacional, y las mujeres no pobres son aquellas cuyo ingreso estaba por encima del promedio nacional.

†Un multiplicador bajo indica que el número de mujeres tratadas por complicaciones se aproxima al número real de mujeres que han tenido un aborto inducido. El multiplicador relativamente bajo del presente análisis sugiere que los abortos inducidos son menos seguros en Guatemala que en otros países latinoamericanos, que tienden a tener multiplicadores más altos (4.0–5.0). Fuente: The Alan Guttmacher Institute (AGI), *Aborto clandestino: una realidad latinoamericana*, Nueva York: AGI, 1994.

mujeres que no tuvieron complicaciones o aquellas cuyas complicaciones no fueron tratadas en un hospital. Calculamos tres multiplicadores para Guatemala con base en las estimaciones de las personas entrevistadas en la EPS. Cada multiplicador reflejó un supuesto diferente en relación con el grado de seguridad de los abortos en el país. El valor medio de estos tres multiplicadores, 3.0, implica que una de cada tres mujeres que tienen un aborto inducido será tratada por complicaciones postaborto.† Aplicando el factor de inflación al número de mujeres que recibieron tal tratamiento resulta en un total de aproximadamente 65,000 abortos inducidos en 2003 para Guatemala en su conjunto (Cuadro 2.1).⁴ Al aplicar los multiplicadores propuestos más bajo (2.0) y más alto (4.0), se dan como resultado estimaciones de 43,000 y 86,000 abortos inducidos, respectivamente.

Las tasas de aborto inducido son moderadamente altas en Guatemala

Con base en el multiplicador intermedio, la tasa anual estimada de aborto inducido en Guatemala es alrededor de 24 por 1,000 mujeres en edad reproductiva.⁵ Este resultado es similar a la tasa de 21 por 1,000 estimada para el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la región centroamericana como un todo. La tasa de Guatemala es aproximadamente la misma que la del país vecino México (23 por 1,000 en 1990), pero menor

CUADRO 2.1

Número estimado de abortos inducidos, porcentaje de embarazos que son no planeados, tasa de embarazos no planeados y porcentaje de embarazos que terminan en aborto—todo por región, Guatemala, 2003

Región	No. de abortos inducidos*	% de embarazos no planeados	Tasa de embarazos no planeados†	% de embarazos que terminan en aborto‡
Total	65,000	32	66	12
Metropolitana	21,100	37	59	19
Norte	1,800	29	77	3
Nororiente	5,200	33	70	11
Suroriente	5,100	35	68	12
Central	7,000	38	75	12
Suroccidente	18,200	32	72	13
Noroccidente	4,950	21	46	6
Petén	1,650	30	77	8

*Las estimaciones están basadas en el supuesto que por cada tres mujeres que tienen un aborto inducido, una recibe tratamiento por complicaciones de aborto. Números redondeados a la próxima 50. †La tasa es igual al número de embarazos no planeados (abortos + nacimientos imprevistos y no deseados) por 1,000 mujeres de 15 a 49 años; asumimos que los datos sobre la planeación de los nacimientos obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de 2002 se aplica a 2003. ‡El denominador incluye nacidos vivos, abortos inducidos y espontáneos.

Fuente Referencia 4.

que la tasa del Perú a fines de los noventa (52 por 1,000)⁶ y que las de cuatro otros países latinoamericanos a fines de los ochenta y principios de los noventa (34–45 por 1,000 en Brasil, Colombia, Chile y la República Dominicana).⁷ Sin embargo, las mujeres guatemaltecas parecen tener una tasa de aborto más alta que la de las mujeres en muchos países en donde el procedimiento es legal, incluyendo Alemania (ocho por 1,000 en 2003), Inglaterra y Gales (17 por 1,000 en 2003) y los Estados Unidos (21 por 1,000 en 2003).⁸

La tasa de aborto estimada de Guatemala varía poco por región (Gráfico 2.1),⁹ con unas pocas excepciones importantes. Las mujeres que viven en las regiones más populosas—Metropolitana y Suroccidente, las cuales en conjunto albergan al 47% de la población guatemalteca¹⁰—tienen las tasas de aborto inducido más altas (30 y 29 por 1,000, respectivamente). Las mujeres que viven en la región Norte, región altamente rural y abrumadoramente indígena, y que tiene una baja densidad de población, tienen por mucho margen la tasa más baja (ocho por 1,000). (Ver el Cuadro 1 del Apéndice, página 32, para datos generales sobre las características sociales, demográficas y reproductivas de las mujeres en las ocho regiones del país).

Tres de cada 10 embarazos en Guatemala no son planeados

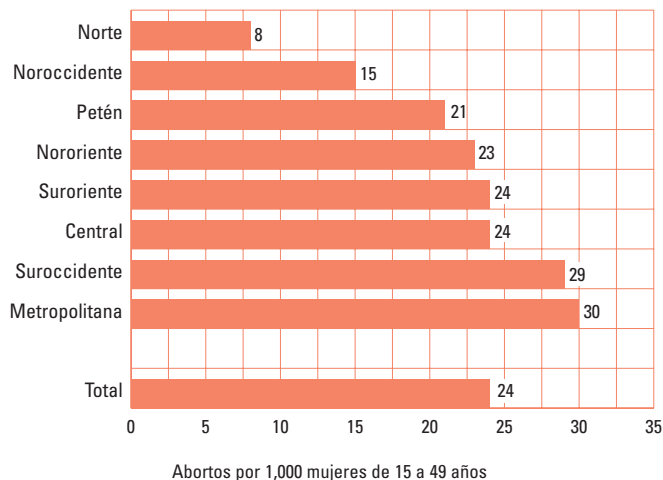
Ahora que tenemos una estimación del número de abortos en Guatemala, podemos usar esta información para medir el nivel de embarazos no planeados. La Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) de 2002 nos informa la proporción de los nacimientos que las mujeres indicaron que fueron no planeados—esto es, los nacimientos resultantes de embarazos que fueron imprevistos (deseados pero para más tarde) o no deseados (no deseados en absoluto). Nuestro supuesto es que estos nacimientos no planeados, y todos los abortos en nuestra estimación, representan embarazos no planeados.*

Para determinar el número total de embarazos que ocurren en Guatemala cada año, combinamos el número de nacidos vivos en 2003 con nuestra estimación del número de abortos inducidos en ese mismo año. Entonces añadimos a esta suma una estimación del número de abortos espontáneos que tuvieron las mujeres guatemaltecas.† El resultado es 557,000 embarazos en 2003. En general, se estima que 21% de estos embarazos terminaron en nacimientos no planeados, 12% en abortos inducidos, 16% en abortos espontáneos y 52% en nacimientos planeados (Gráfico 2.2, página 12).¹¹ Esto significa que cerca de un tercio de todos los embarazos anuales son no planeados—unos 180,000 embarazos en total. Alrededor del 36% (65,000) de estos embarazos no planeados terminan en abortos inducidos, y el resto resultan en nacimientos no planeados.

La proporción de embarazos que son no planeados oscila alrededor del promedio nacional de un tercio (i.e., dentro de un rango de 29% a 38%) en siete de las ocho regiones de Guatemala. La excepción es la región Noroccidente, en

GRÁFICO 2.1

La tasa de aborto es la más alta en las regiones Metropolitana y Suroccidente.



Fuente Referencia 9.

donde solamente el 21% de los embarazos son no planeados (Cuadro 2.1). La tasa nacional de embarazos no planeados—una medida de la probabilidad que tienen las mujeres de tener tal embarazo—es de 66 por 1,000 mujeres en edad reproductiva cada año, o casi siete de cada 100 mujeres. De nuevo, la región Noroccidente es anómala; en esa región la tasa anual es de 46 por 1,000 mujeres. La tasa varía relativamente poco en las otras siete regiones, oscilando de 59 a 77 embarazos no planeados por 1,000 mujeres.

*El cálculo del número y la tasa de embarazos no planeados requirió varios pasos. Primero, estimamos el número anual de nacimientos aplicando las tasas de fecundidad por edad específica derivadas de la ENSMI-2002 al número de mujeres guatemaltecas en edad reproductiva en 2003, por cada grupo de edad quinquenal de 15 a 49 años. (Los datos de población están basados en el censo de 2002, ajustados por crecimiento poblacional a 2003). Para determinar el número de nacimientos no planeados, tomamos de la ENSMI-2002 la proporción de nacimientos que fueron no planeados—tanto aquellos que fueron imprevistos como los que fueron no deseados en el momento de su concepción—y aplicamos esta proporción a la estimación del número total de nacimientos en 2003. Para calcular la tasa de embarazos no planeados para 2003, combinamos el número de nacimientos no planeados con nuestra estimación del número de abortos. Se carece de la información acerca de si los embarazos que terminaron en abortos espontáneos eran deseados, pero una cierta proporción de ellos a lo mejor habría sido no planeado. Debido a que ignoramos esta proporción, nuestras estimaciones de los embarazos no planeados no incluyen los abortos espontáneos y, por lo tanto, presentan un subregistro.

†El número de abortos espontáneos se calcula en el 20% de los nacidos vivos más el 10% de los abortos inducidos, con base en los patrones biológicos identificados en estudios clínicos (fuente: Bongaarts J y Potter RG, *Fertility, Biology, and Behavior: An Analysis of the Proximate Determinants*, Nueva York: Academic Press, 1983).

El indicador más claro de los embarazos no planeados—la proporción de embarazos que terminan en aborto—es, por mucho, la más alta en la región Metropolitana. Se estima que cerca de uno de cada cinco embarazos de mujeres que viven en esta región (la más densamente poblada y urbanizada en Guatemala) termina en un aborto inducido. En la mayoría de las otras regiones, la proporción de embarazos que resultan en un aborto inducido varía de 6% a 13%. La excepción es la región Norte, en donde se estima que solamente el 3% de los embarazos terminan en abortos inducidos.

¿Quiénes tienen abortos en Guatemala?

Debido al estigma y las restricciones legales en torno al aborto, así como a los tabúes relacionados con el rechazo a hablar acerca del procedimiento, carecemos de datos sólidos sobre las características de las mujeres que buscan un aborto en Guatemala. Un estudio llevado a cabo en 1993–1994 tiene información sobre el perfil de las mujeres que abortan en el país. A pesar de haber sido realizado hace más de una década, el estudio continua siendo la única fuente de datos sobre el tema.¹² El estudio empleó una metodología desarrollada por la OMS que usa información personal y clínica para clasificar los abortos de las mujeres tratadas por complicaciones en cuatro categorías—ciertamente inducidos, probablemente inducidos, posiblemente inducidos y espontáneos.* Un total de 6,650 pacientes en seis hospitales (cuatro en la región Metropolitana y dos en la Suroccidente) fueron entrevistadas a lo largo de un año. Debido a que la muestra consistió exclusivamente en mujeres que necesitaban y recibían atención médica debido a complicaciones, el estudio refle-

ja solamente una fracción de las mujeres que tuvieron abortos (i.e., no se incluyó a mujeres que no tuvieron complicaciones o que no recibieron tratamiento); no obstante, el perfil demográfico y socioeconómico de la muestra arroja luz sobre las características de las mujeres que tuvieron abortos hace aproximadamente una década.

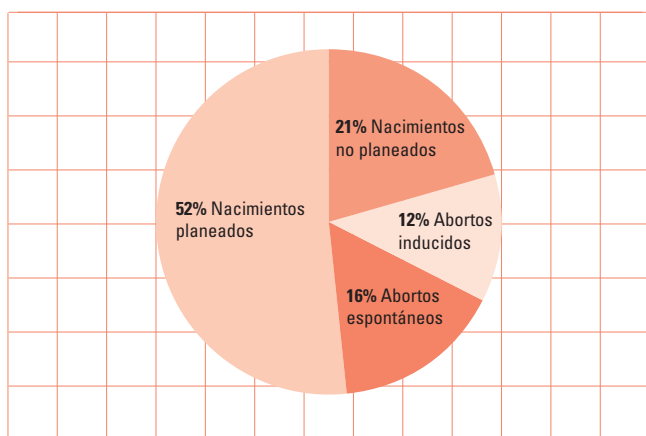
En general, el 51% de las mujeres hospitalizadas correspondieron a las categorías de cierto, probable o posible, lo que significa que, con mayor probabilidad, sus abortos fueron inducidos en vez de espontáneos. El 49% restante correspondió a la categoría de abortos espontáneos. Más de cuatro quintas partes (83%) de las mujeres que posible, probable o ciertamente tuvieron un aborto inducido vivían en unión, y aproximadamente la mitad estaban en sus años veinte (50%), tenían solamente educación primaria (54%) y eran amas de casa (50%) (Gráfico 2.3).¹³ Cuando consideramos solamente a las 180 mujeres cuyos abortos fueron clasificados de inducidos con certeza (estas mujeres habían sufrido las complicaciones más severas y el mayor trauma físico—indicadores de abortos mal practicados), el perfil presenta alguna variación: poco menos de la mitad (48%) vivía en unión, cerca de tres quintas partes (57%) estaban en sus años veinte, y solamente una tercera parte (33%) eran amas de casa. Una cuarta parte de las mujeres con las complicaciones más severas eran empleadas domésticas, en comparación con 11% de todas las mujeres con complicaciones de aborto inducido, lo que sugiere que las empleadas domésticas tienen más probabilidades que otras mujeres de recurrir a métodos que ponen en peligro su salud.

¿Qué motivaría a estas mujeres para arriesgarse a tener un aborto? Los datos limitados que tenemos de hace una década sugieren que las principales razones, al menos entre las mujeres hospitalizadas con las complicaciones más severas, eran que no deseaban tener más hijos (31%), que no podían sostener otro hijo (21%), que serían rechazadas por sus padres si llevaban su embarazo a término (15%) o que eran solteras (15%).¹⁴

Los datos cualitativos del Estudio de Morbilidad por Aborto en Comunidad de 2004, que fueron recolectados a través de discusiones de grupos focales y entrevistas en profundidad, permiten una visión más reciente no de la experiencia propia del aborto pero las opiniones de la comunidad sobre quiénes están teniendo embarazos no planeados y abortos en Guatemala. Cuando se les pidió

GRÁFICO 2.2

Un tercio de los embarazos de las mujeres guatemaltecas termina en un nacimiento no planeado o en un aborto inducido.



Notas Los porcentajes no suman 100 debido al factor de redondeo. Los nacimientos no planeados incluyen los nacimientos que no se deseaban y aquellos que se deseaban pero para más tarde.

Fuente Referencia 11.

*Específicamente, la metodología de la OMS combina datos médicos (presentación clínica) con información personal (preferencias reproductivas y uso de anticonceptivos) para categorizar a las pacientes en cuatro subgrupos, según si ellas tuvieron un aborto espontáneo, un posible aborto inducido, un probable aborto inducido o un aborto inducido con certeza. En lugares en donde el aborto está severamente restringido por la ley, como en Guatemala, algunos investigadores consideran que todos los procedimientos que caen en alguna de las tres categorías de abortos inducidos—con certeza, probable y posible—son abortos inducidos. Por ejemplo, ver Figa-Talamanca I et al., *Illegal abortion: an attempt to assess its cost to the health services and its incidence in the community*, *International Journal of Health Services*, 1986, 16(3):375–389.

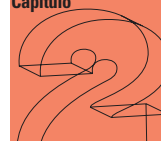
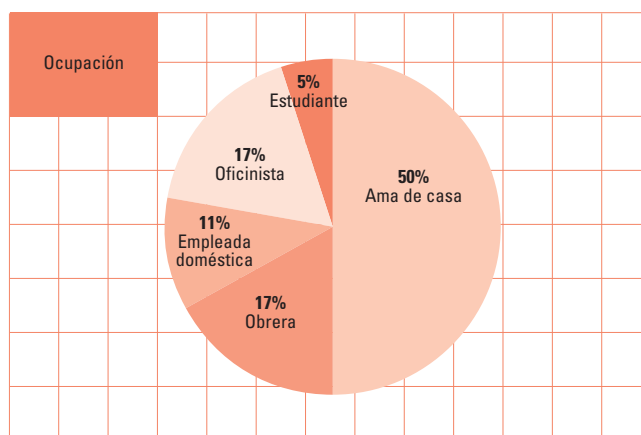
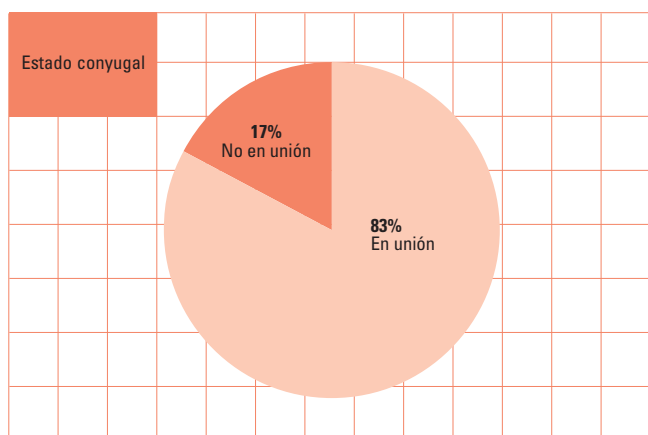
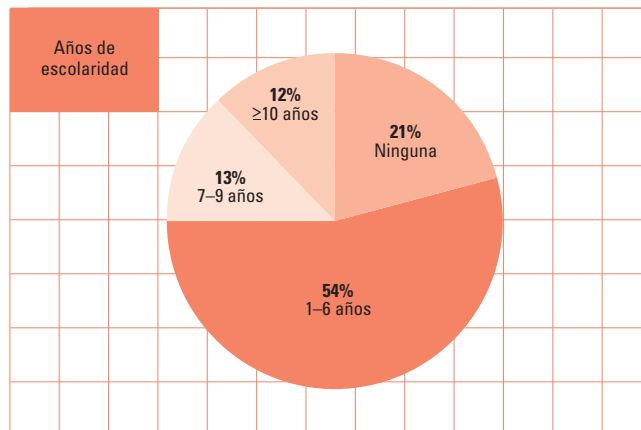
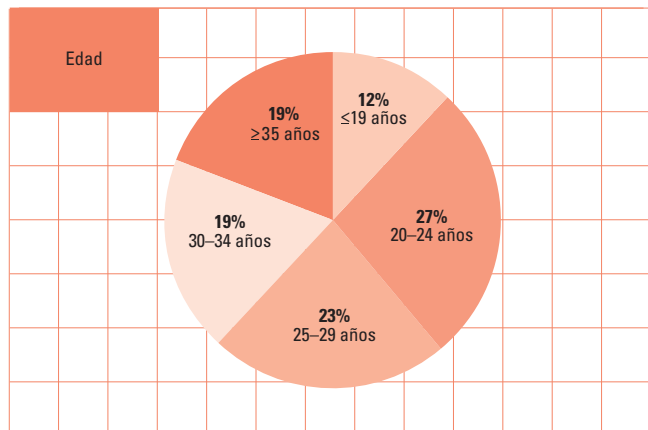


GRÁFICO 2.3

En 1993–1994, la mayoría de las mujeres Guatemaltecas hospitalizadas por complicaciones de aborto inducido tenían 25 años y más, estaban en unión, tenían baja escolaridad, y no estaban en la fuerza de trabajo.



Fuente Referencia 13.

que describieran a las mujeres que tienen abortos, los participantes en el estudio sugirieron que las mujeres solteras jóvenes serían las que más probablemente tendrían un aborto, seguidas por mujeres solteras de mayor edad que ya tuvieran hijos, mujeres casadas de mayor edad que hubieran tenido un compañero que no fuera su esposo y, finalmente, estudiantes universitarias.¹⁵

El comentario de que una mujer casada sólo interrumpiría un embarazo que resultó de una relación extramarital refleja la opinión que se tiene comúnmente de que el propósito del matrimonio es la procreación. Aunque muchas personas participantes en el estudio no pudieron o no quisieron ofrecer algunas otras razones por las que una mujer casada tendría un aborto—ciertamente, las personas entrevistadas del medio rural rara vez reconocieron la posibilidad de que una mujer casada tuviera un embarazo no planeado, y mucho menos uno no deseado—en cambio, sí mencionaron numerosas razones por las que una

mujer joven y soltera tendría un aborto. Estas razones incluyeron la vergüenza por no estar casada, temor a que sus padres se enteraran de su embarazo, presión por parte del hombre que la embarazó, no desear tener un hijo, rechazo a unirse en matrimonio, que el embarazo hubiera sido resultado de violación, y la posibilidad de que la joven mujer estuviera involucrada con una de las pandillas juveniles que amenazan el orden social en algunas partes del país.¹⁶

Las personas participantes en el estudio también explicaron las razones por las que un embarazo podría ser no deseado. Aunque estas respuestas no calificaban necesariamente como razones por las que una mujer tendría un aborto, las actitudes subyacentes son un sólido indicador de lo que puede motivar a una mujer para que considere un aborto inseguro. En las discusiones de grupo, los miembros de la comunidad mostraron una tendencia a citar razones relacionadas con una situación económica

difícil y a que la mujer hubiera alcanzado el tamaño deseado de su familia. En contraste, las razones expresadas durante las entrevistas individuales privadas tendieron a reflejar una gama de problemas de relación personal, incluyendo la violencia doméstica, que la mujer no tuviera una relación estable, la falta de apoyo emocional y económico del compañero, su alcoholismo, su rechazo para reconocer el embarazo como suyo, y su deseo de no tener más hijos. Finalmente, las mujeres también mencionaron,

aunque no con la misma frecuencia, que el embarazo no planeado ocurre inevitablemente debido a que se espera que las esposas tengan relaciones sexuales en cualquier momento que sus esposos así lo deseen, dado que tienen poco poder al respecto.¹⁷

Fuentes de datos

La información contenida en este informe proviene en gran parte de dos encuestas cuantitativas y un estudio cualitativo. La investigación fue realizada entre 2003 y 2004 por el Guttmacher Institute y sus asociados guatemaltecos, el Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva (CIESAR), la Federación de Salud Infantil y Reproductiva de Guatemala (FESIRGUA) y la antropóloga guatemalteca Sandra Sáenz de Tejada.

ENCUESTA A INSTITUCIONES DE SALUD

Para este estudio, el grupo de investigación contactó todos los hospitales e instituciones de salud guatemaltecos, tanto públicos como privados, que proporcionan atención médica a mujeres con complicaciones relacionadas con el aborto.¹ En cada institución, se entrevistó al profesional directivo que se consideró tenía mayores conocimientos relacionados con la atención postaborto en su institución de salud. En la mayoría de los casos, este informante clave fue el jefe del departamento de obstetricia y ginecología u otro médico con especialización en obstetricia y ginecología. Si el informante seleccionado no estaba disponible, entonces se entrevistaba al siguiente profesional con mayores conocimientos en la institución de salud. Se obtuvieron entrevistas completas de informantes en 178 de las 183 instituciones, para una tasa de respuesta de 97%. En los casos restantes (instituciones todas del sector privado), sus representantes se rehusaron a ser entrevistados (tres instituciones) o no completaron la entrevista (dos instituciones); los datos de la encuesta fueron ponderados para ajustar estos casos sin respuesta. Más de dos tercios (69%) de las instituciones de salud encuestadas fueron instituciones privadas (que, en promedio, son más pequeñas que las instituciones públicas); 23% fueron grandes hospitales públicos de la red del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y el 8% restante fueron instituciones del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

ENCUESTA A PROFESIONALES DE LA SALUD

En este estudio, el grupo de investigación entrevistó a 74 profesionales de salud (incluyendo a proveedores de servicios de salud, investigadores, analistas de políticas y otros) seleccionados sobre la base de su afiliación, especialización y así como de su prestigio por tener conocimientos amplios sobre el aborto y la atención postaborto.² Cabe destacar que carecemos de datos empíricos de las propias mujeres y, por lo tanto, dependemos de las percepciones de los profesionales expertos en el tema. Las personas entrevistadas trabajaban en 21 de los 22 departamentos de Guatemala. El departamento de Petén, situado en la región más al norte y escasamente poblado, y que solamente es accesible por

avión, se excluyó debido al alto costo de realizar las entrevistas allí. Hicimos un esfuerzo especial para asegurar una suficiente inclusión de personas expertas que estuvieran familiarizadas con el contexto del aborto en áreas rurales. Alrededor de un tercio tenía experiencia laboral significativa en áreas rurales, y una sexta parte estaba en ese entonces trabajando en áreas rurales.

ESTUDIO DE MORBILIDAD POR ABORTO EN COMUNIDAD

Para este estudio cualitativo, se realizó entrevistas en profundidad y discusiones de grupos focales con hombres, mujeres y proveedores de salud de dos comunidades en Guatemala, una periurbana y la otra rural. El área rural comprendía 16 comunidades (aldeas) en el municipio de Patzún (departamento de Chimaltenango); el área periurbana (el barrio de Santiago de los Caballeros en el sector de La Reinita) estaba en las afueras de la Ciudad de Guatemala, la capital del país. Para obtener una amplia gama de perspectivas sobre morbilidad de aborto y para estimar las diferencias generacionales, el estudio incluyó a mujeres en edad reproductiva (18–49), mujeres de mayor edad (50–60), hombres (18–60) y proveedores de salud que trabajaban en las comunidades estudiadas. Se realizaron 12 grupos focales y 72 entrevistas en profundidad.

OTRAS FUENTES DE DATOS PRIMARIOS

Estas incluyeron las Encuestas Nacionales de Salud Materno Infantil de 1987, 1995 y 2002, las cuales proporcionaron información a nivel nacional sobre el uso de anticonceptivos, nacimientos no planeados y necesidad insatisfecha en anticoncepción.³ Las muestras para estos tres estudios constaron de 5,160, 12,403 y 9,155 mujeres en edad reproductiva, respectivamente. (Para la ENSMI de 1987, las edades eran de 15–44 años, y para las ENSMI de 1995 y 2002, eran de 15–49). Las encuestas de 1987 y 2002 estuvieron basadas en muestras representativas a nivel nacional. La región de Petén no fue incluida en la encuesta de 1995, pero su omisión no afectó significativamente la representatividad de la muestra, porque Petén representa solamente el 3% de la población de Guatemala.⁴



La práctica del aborto inseguro en Guatemala

En una sociedad en donde la maternidad es altamente valorada—pero en donde las mujeres y las parejas quieren familias cada vez menos numerosas y en donde ser madre soltera es estigmatizado—la respuesta de la mujer al embarazo no deseado y la probabilidad de que recurra al aborto dependen de muchos factores interrelacionados. Estos incluyen el sentido de control de la mujer sobre su vida y su fecundidad, su autonomía en el matrimonio y relaciones de familia, si forma parte o no de una unión estable, su conocimiento de proveedores de aborto calificados y de los métodos de aborto, su capacidad de pago de los costos de un aborto, el acceso que tenga a servicios seguros, su percepción de si un proveedor la maltrataría y, sobre todo, su necesidad de mantener sus acciones en secreto tanto como sea posible. Hallazgos de un proyecto de investigación realizado recientemente en Guatemala revelan cómo estos factores interactúan para crear las condiciones en las que se practica el aborto en el país.

Como parte de la Encuesta a Profesionales de la Salud (EPS), se solicitó a personas expertas en materia de salud que estimaran la proporción de mujeres que acuden a cada uno de cuatro tipos de proveedores de aborto, así como la proporción que induce su propio aborto. En la opinión de los profesionales, los abortos en Guatemala son más comúnmente realizados por comadronas tradicionales (se estima que proveen 49% de los abortos),

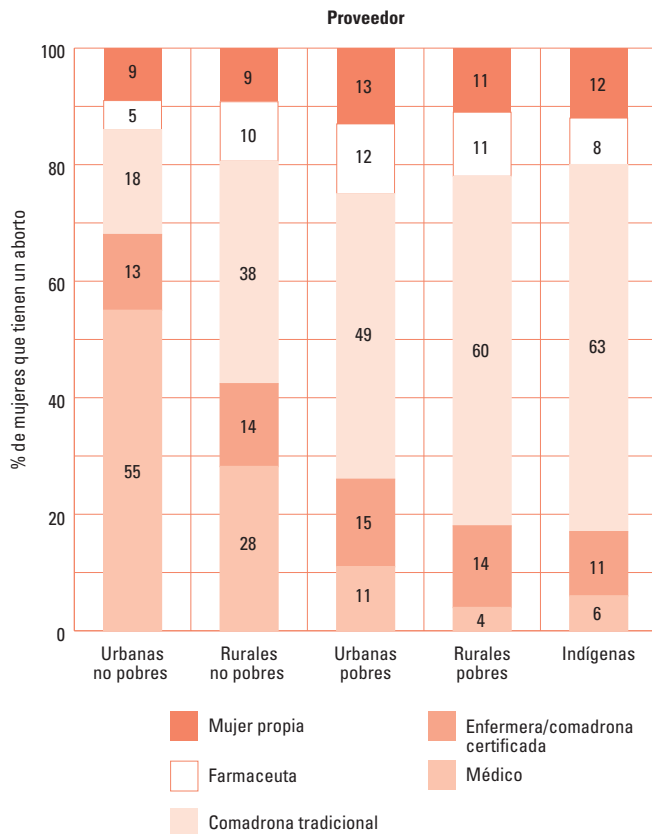
seguidas por médicos (16%), enfermeras o parteras certificadas (14%), las propias mujeres (11%) y farmacéutas (10%).^{1*} No sorprende que las personas entrevistadas consideran que las mujeres urbanas de mayores recursos tienen más probabilidades que otras mujeres de depender de los servicios relativamente seguros de proveedores médicos capacitados (Gráfico 3.1, página 16).² (En efecto, la existencia de clínicas clandestinas comparativamente seguras en la Ciudad de Guatemala, capital de la nación, es bien conocida; estas clínicas anuncian indirectamente sus “soluciones a los retrasos menstruales” en los diarios de circulación popular³). En contraste, las mujeres indígenas y las mujeres pobres que viven en el medio rural tienen más probabilidades de recurrir a las comadronas tradicionales. Es notable que la proporción de mujeres que se cree se induce su aborto es, en términos generales, similar a través de todos los subgrupos. Esta uniformidad sugiere que el estigma asociado con el aborto tiene mucho peso independientemente del estatus socioeconómico de la mujer o de su nivel educativo. Por lo tanto, las mujeres en todos los niveles de la sociedad tienen aproximadamente las mismas probabilidades de querer ocultar el hecho de haber tenido un aborto.

Cuando se les solicitó especificar las formas en las que los abortos son inducidos, las personas entrevistadas suministraron una larga y variada lista (ver cuadro en la página 17).⁴ Entre los métodos usados por médicos capacitados figuran la dilatación y curetaje (legrado, que requiere anestesia), aspiración manual endouterina, instilación de líquidos en el útero y la inyección de prostaglandinas para inducir contracciones. Por otra parte, se considera que los proveedores no capacitados usan métodos como insertar objetos sólidos en el útero, supuestamente para provocar hemorragia; administrar dosis orales o vaginales de medicamentos hormonales o de otro tipo (particularmente

*El término farmacéuta es algo problemático porque los encuestados pueden haberlo interpretado de dos maneras. Esto es, el concepto puede referir tanto a las personas entrenadas con estudios universitarios en farmacología como a los dependientes de farmacia con una formación empírica, que es el caso más común en Guatemala. Además, es probable que la categoría de “la mujer propia” coincida parcialmente con la de “farmacéuta” porque ignoramos el grado en el que las personas entrevistadas en la EPS atribuyeron a los farmacéutas o a las mujeres los abortos inducidos por medicamentos vendidos sin receta (como el misoprostol).

GRÁFICO 3.1

Se consideran que las mujeres pobres* e indígenas tienen menor probabilidad que las otras mujeres de acudir a proveedores de aborto médicamente capacitados.



*En la Encuesta a Profesionales de la Salud, las mujeres pobres son aquellas cuyo ingreso se consideraba que era menor al promedio nacional mientras que las mujeres no pobres son aquellas cuyo ingreso era por encima del promedio nacional.

Fuente Referencia 2.

misoprostol); preparar y administrar remedios herbales tradicionales y combinaciones de líquidos ácidos con aspirina; y proporcionar otros métodos populares. Una mujer que desee inducir su propio aborto puede recurrir a cualquiera de los métodos no médicos antes mencionados, así como a acciones físicas más vigorosas y peligrosas, como las caídas intencionales, golpearse a sí misma e insertarse objetos puntiagudos. Con frecuencia, las mujeres harán un intento y, si este falla, recurrirán progresivamente a sustancias cada vez más tóxicas o cáusticas, o a acciones más violentas.

La mayoría de los tipos de proveedores mencionados por los profesionales de la salud conocedores del tema fueron también citados por los miembros de la comunidad. Sin embargo, como era de esperarse, este último grupo describió un escenario de la provisión de aborto en Guatemala menos orientado a la medicina. Las personas

entrevistadas en la encuesta a la comunidad consideraron que los intentos de aborto más comunes eran los abortos autoinducidos (por ejemplo, cuando la mujer bebe pociones o brebajes caseros, algunas veces acompañados de grandes cantidades de analgésicos u otros medicamentos). Los siguen, dentro de los más comunes, los abortos asistidos por comadronas (los cuales pueden involucrar el uso de preparaciones herbales o la introducción de un catéter en el útero), seguidos por los abortos provistos por dependientes de farmacia (quienes suministran inyecciones y píldoras) y, finalmente, los médicos (quienes proveen píldoras y abortos quirúrgicos). Si bien los miembros de la comunidad no mencionaron el rol de las enfermeras o parteras capacitadas, sí proporcionaron otra categoría—la de la mujer local sin capacitación, a la que se refirieron simplemente como “señora”.⁵

Los miembros de la comunidad mencionaron un conjunto de sustancias naturales, caseras o manufacturadas que se cree se utilizan como abortivos, así como prácticas tradicionales. Las discusiones de los grupos focales, que fueron realizadas en áreas típicamente pobres (una rural y una periurbana), sugirieron que los métodos de aborto preferidos son los métodos populares preparados o administrados por comadronas tradicionales y proveedores no médicos, así como los medicamentos comprados en las farmacias, los cuales se consideran que ayudan a “bajar la menstruación” (término más aceptable culturalmente que “provocar el aborto”). Las personas entrevistadas individualmente también confirmaron los múltiples intentos fallidos que hacen las mujeres, lo cual conduce a que con frecuencia se resignen a seguir adelante y llevar a término su embarazo. Esto mismo ocurría en el pasado, según lo recuerdan las mujeres de mayor edad.

Mire seño, discúlpeme la palabra, yo patoja [joven] cualquier porquería hubiera tomado para que se me hubiera venido. Me pusieron inyección, tomé clavo, tomé pimienta gorda, tomé orégano, tomé mejoral con limón. Pero mire, como que fuera palo. Allí está mi gran hijón ahora.

—mujer, 52 años de edad, área periurbana

El estudio realizado en 1993–1994 respalda el escenario de intentos repetidos, pues encontró que el 14% de las mujeres hospitalizadas que ciertamente intentaron un aborto inducido usaron más de un método.⁶ Las formas de abortar más frecuentemente citadas entre esas mujeres de hace una década fueron la inserción de objetos sólidos en la vagina (74%), el uso de inyecciones o medicamentos (32%) y la aplicación de presión externa en el abdomen (11%). (Los porcentajes suman más de 100 porque las mujeres usaron más de un método).

Métodos de aborto usados en Guatemala

Esta lista de métodos que son utilizados para inducir abortos en Guatemala se basa en las respuestas de entrevistas con profesionales de la salud (la Encuesta a Profesionales de la Salud), así como en entrevistas y discusiones de grupos focales con residentes de la comunidad (el Estudio de Morbilidad por Aborto en Comunidad). Los métodos aparecen en la lista si fueron citados por las personas entrevistadas, pero no son necesariamente efectivos.

QUIRÚRGICOS

- Aspiración eléctrica endouterina
- Aspiración manual endouterina
- Dilatación y curetaje (legrado)
- Instilación de líquidos en el útero

QUÍMICOS

- Antiácido (Alka-Seltzer, 20–40 tabletas)
- Aspirina (Mejoral)
- Cloroquina (Aralén)
- Medroxiprogesterona acetato (Probanova)
- Misoprostol (Cytotec)
- Oxitocina
- Prostaglandinas
- Purgante de aceite de castor
- Sal común (grandes cantidades, e.g., 250 g)
- Sal inglesa
- Sal inglesa con sulfato
- Sulfato de magnesio

SUSTANCIAS BASADAS EN PLANTAS

- Aguacate (semillas)
- Apazote (punta)
- Cilantro con aguardiente
- Clavo
- Coco (agua de, sola o con Aralén)
- Flor inmortal (flor seca)
- Frijol (caldo de)
- Granada (cáscara o semillas)
- Limón (jugo, solo o con Aralén disuelto)
- Mirto
- Orégano y ajeno
- Pimienta
- Salvia silvestre
- Verbena

FÍSICOS

- Caídas intencionales
- Cargar objetos pesados
- Inserción de un catéter (sonda)
- Inserción de un objeto (e.g., gancho de ropa, lápiz)
- Salto

Los costos de tener un aborto seguro pueden ser prohibitivos

Las personas entrevistadas en la EPS estimaron que el costo de un aborto puede variar entre los 60 quetzales (US\$8) que paga una mujer rural pobre por los productos más baratos para autoinducírselo, hasta aproximadamente 3,800 quetzales (US\$491) que paga una mujer urbana no pobre a un médico privado por un procedimiento seguro. (En el momento en que los datos fueron recolectados [2003], la tasa de cambio era US\$1 = 7.8 quetzales). Las personas entrevistadas en el estudio cualitativo reportaron que las comadronas cobran entre 100 y 1,000 quetzales (US\$13–128). El extremo más bajo de esta estimación es consistente con el costo promedio de 123 quetzales (US\$16) citado por las participantes del estudio de 1993–1994 que tuvieron un aborto inducido con certeza, la mayoría de las cuales recurrieron a una comadrona.⁷

Las personas entrevistadas de la comunidad estimaron que cada inyección de prostaglandinas que ofrecen los dependientes de farmacia cuesta 50 quetzales (US\$6, siendo tres las dosis recomendadas), y que las comadronas venden las pociones herbales que preparan en un pro-

medio de 25 quetzales (US\$3). El costo de un frasco de 28 tabletas de misoprostol, un medicamento contra la úlcera gástrica que ha sido usado como abortivo en Brasil y otros países latinoamericanos desde principios de los años noventa⁸ y cuyo uso está comenzando a ser visto en Guatemala,⁹ se estimó en 800 quetzales (US\$102). El costo de inducir un aborto es aproximadamente un tercio de ese monto, debido a que la literatura médica indica que la dosis apropiada consta de ocho a 12 tabletas de 200- μ g de misoprostol;¹⁰ sin embargo, se sabe muy poco sobre la naturaleza y el alcance del uso del misoprostol en Guatemala.

Para entender las barreras que estos precios representan, es importante ponerlos en el contexto guatemalteco. Por ejemplo, el actual ingreso *mensual* promedio que gana una mujer en el medio rural es aproximadamente 627 quetzales¹¹ (US\$80), por lo que el costo de un aborto, aun si es practicado por un proveedor no capacitado, es casi prohibitivo en las áreas rurales en donde vive la mayoría de la población guatemalteca. En un país con una notoria desigualdad en la distribución de ingresos, solamente las mujeres adineradas pueden pagar los costos de un aborto seguro.



Consecuencias del aborto inseguro

Un aborto inseguro puede desencadenar una gran cantidad de consecuencias físicas, sociales y emocionales. Las consecuencias para la salud son ampliamente claras en las antes mencionadas miles de mujeres hospitalizadas cada año para tratamiento de complicaciones relacionadas con el aborto; sin embargo, estas cifras no revelan todo el impacto del aborto inseguro en la salud de la mujer debido a que una considerable proporción de mujeres que tienen abortos sufren complicaciones pero no reciben atención médica. Adicionalmente, las consecuencias sociales y económicas del aborto inseguro, que son aún más difíciles de medir pero no menos importantes, imponen una pesada carga sobre las mujeres y sus familias.

El aborto inseguro lesiona a la mujer y es una carga para el sistema de atención a la salud

Cada año, ocho de cada 1,000 mujeres en edad reproductiva (15–49) en Guatemala reciben tratamiento en hospitales debido a complicaciones de aborto inducido (Cuadro 4.1).¹ Si esta tasa permanece constante a lo largo de los años reproductivos, en promedio, una mujer de cada cuatro sería tratada en un hospital por complicaciones de aborto inducido durante su vida.* La tasa de hospitalización varía desde menos de tres por 1,000 en la región Norte (que comprende los departamentos extremadamente pobres de Alta Verapaz y Baja Verapaz² a 10 por 1,000

en la región Metropolitana. (Ver el Cuadro 2 del Apéndice, página 34, para datos sobre las características generales de los 22 departamentos del país). Una variación tan amplia implica diferencias regionales en la utilización del aborto, en las condiciones de la provisión de aborto y en el nivel de acceso a la atención médica de emergencia. Desde luego, las más graves consecuencias para la salud del aborto inseguro en Guatemala se reflejan en la proporción de mortalidad materna que resulta del aborto inseguro, la cual se estima que puede llegar hasta una en cinco muertes maternas.³

CUADRO 4.1

Número de mujeres tratadas en las instituciones de salud por complicaciones de aborto inducido y tasa de complicaciones por región, Guatemala, 2003

Región	No. de mujeres*	Tasa de complicaciones de aborto inducido†
Total	21,600	8.0
Metropolitana	7,000	10.0
Norte	600	2.7
Nororiental	1,700	7.6
Suroriental	1,700	7.8
Central	2,350	7.9
Suroccidental	6,050	9.6
Noroccidental	1,650	4.8
Petén	550	7.0

*Redondeado a la próxima 50.

†Número anual de mujeres con complicaciones por 1,000 mujeres de 15 a 49 años.

Fuente Referencia 1.

*Una mujer es fecunda durante alrededor de 35 años (de los 15 a los 49 años, más o menos). Pues, si la tasa anual de tratamiento por complicaciones postaborto es ocho por 1,000 mujeres en edad reproductiva, y si relativamente pocas mujeres tienen más de un aborto inseguro para el cual requieren tratamiento, aproximadamente 280 (35 x 8) de cada 1,000 mujeres—o alrededor de una en cada cuatro—serían tratadas por complicaciones de aborto inducido durante su vida.

La carga de la atención postaborto recae principalmente en el sector público: tres cuartas partes de las casi 22,000 mujeres tratadas por complicaciones de abortos inducidos en 2003 recibieron atención en hospitales públicos.⁴ Aunque las instituciones privadas superan en número a las del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, el número promedio anual por institución de casos de complicaciones postaborto es siete veces más alta en las instituciones públicas que en las privadas (365 pacientes versus 52).⁵

Entonces, como es de esperarse, el costo de proporcionar tratamiento médico de complicaciones postaborto es asumido principalmente por el sector público. Estos desembolsos—que no serían necesarios si se previnieran los embarazos no planeados—representan costos que el gobierno guatemalteco (que gastó menos de US\$200, ajustado por paridad del poder adquisitivo, per cápita en atención a la salud en 2002⁶) puede difícilmente pagar. Además, se estima que alrededor de tres cuartas partes de todos los casos de atención postaborto son de mujeres internadas, y esa atención hospitalaria es mucho más costosa que la atención ambulatoria.⁷

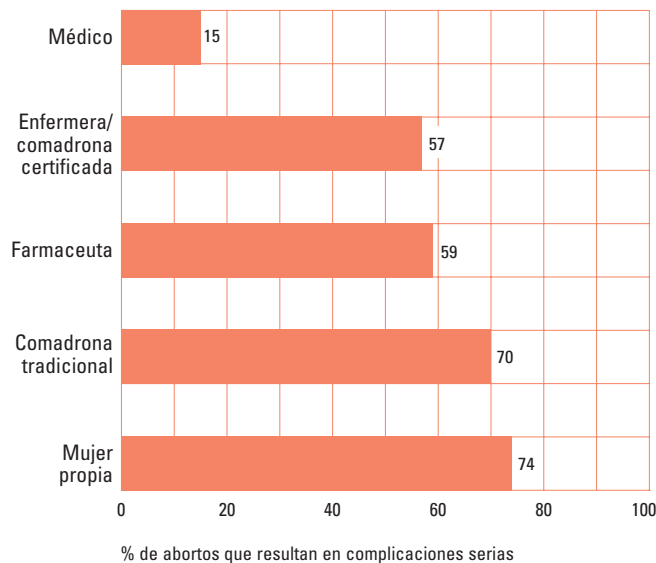
Las destrezas de los proveedores de servicios determinan las tasas de complicaciones

En lugares en donde los abortos son realizados por personal médico o de enfermería capacitado, las tasas de complicaciones pueden ser extremadamente bajas.⁸ Ese no es el caso en Guatemala. Los profesionales de la salud estiman que el 59% de las mujeres guatemaltecas que tienen un aborto inducido sufren complicaciones que requieren tratamiento en un hospital.⁹ Debido a que el riesgo de complicaciones está estrechamente ligado al costo del aborto (los procedimientos baratos tienen más probabilidades que los caros de ser practicados bajo condiciones de riesgo y por proveedores no capacitados), las mujeres rurales pobres tienen dos veces más probabilidades que las mujeres urbanas no pobres de padecer complicaciones (68% versus 32%). Las consecuencias inmediatas de estas complicaciones para la salud varían en severidad, dependiendo en gran parte del tipo y nivel de destreza del proveedor y de la técnica específica utilizada. Si no se les atiende, o si el tratamiento se retrasa, las complicaciones más agudas pueden conducir a la muerte.

El Gráfico 4.1 muestra la forma en que el tipo de proveedor de aborto afecta las probabilidades de que hayan complicaciones a partir del procedimiento.¹⁰ De acuerdo con las personas entrevistadas en la Encuesta a Profesionales de la Salud, se considera que el 70% de las mujeres que usan los servicios de una comadrona tradicional tendrían complicaciones lo suficientemente serias para requerir tratamiento. (Las percepciones de los profesionales de la salud en 2003 concuerdan bien con los datos del estudio de 1993–1994 que muestran que las comadronas tradicionales eran, por mucho, los proveedores de aborto más comunes; en ese estudio, el 80% de las mujeres tratadas

GRÁFICO 4.1

El riesgo de que una mujer sufra complicaciones de aborto está determinado en gran parte por el tipo de proveedor.



Fuente Referencia 10.

en hospitales públicos con las complicaciones más severas habían acudido a una comadrona¹¹). De manera similar, se estima que aproximadamente las tres cuartas partes de las mujeres que se autoinducen un aborto sufren complicaciones. De nuevo, el hecho de que el nivel de pobreza y el lugar de residencia tienen poco impacto en la probabilidad de que tenga complicaciones una mujer que se autoinduce apunta a los peligros comunes involucrados y a cómo la determinación de asumirlos afecta a todas las clases sociales: se considera que el 68% de las mujeres urbanas no pobres y el 75% de las mujeres rurales pobres que se autoinducen el aborto tienen complicaciones (no se muestra).

Las mujeres de mayores recursos tienen la opción adicional de pagar a un ginecólogo por un procedimiento relativamente seguro. En general, se estima que el 15% de las mujeres que usan los servicios de un especialista padecen complicaciones. El hecho de que uno de cada siete de estos abortos “de la más alta seguridad” practicados por ginecólogos resulte en complicaciones es prueba de las condiciones de peligro que definen el aborto clandestino en Guatemala. Como podría esperarse, se considera que el riesgo asociado con un aborto practicado por un médico es más alto para las mujeres rurales pobres que para las mujeres urbanas no pobres (17% versus 8%).¹²

En el caso de que una mujer tenga complicaciones, ¿cuál es la probabilidad de que busque atención en un hospital, sabiendo que al hacerlo, probablemente descubrirían sus acciones? A nivel nacional, el 39% de las mujeres que tienen un aborto inducido sufren complicaciones que son

tratadas en instituciones de salud formales, pero un 20% adicional tiene complicaciones que no reciben tratamiento (Gráfico 4.2).¹³ Cuando se examinan los datos por subgrupo, es claro que las mujeres urbanas no pobres pueden evitar gran parte del trauma adicional que resulta de un evento que ya es altamente estresante: la mayoría de sus abortos ocurren sin problemas, pero en caso de resultar en complicaciones, lo más probable es que sean atendidas en una institución médica. Las mujeres rurales pobres y las indígenas no son tan afortunadas: se considera que solamente una tercera parte de sus abortos está exenta de complicaciones, y una cuarta parte tiene complicaciones que quedan sin tratamiento. Visto de otra forma, entre las mujeres que sufren complicaciones, la proporción de las que no reciben tratamiento es 34% a nivel nacional, y varía desde 12% entre las mujeres urbanas no pobres hasta 39% entre las mujeres rurales pobres (no se muestra).

Las barreras para la atención pueden demorar el tratamiento, lo cual empeora el resultado

Según las personas entrevistadas en la comunidad, las mujeres con complicaciones médicas usualmente aplazan la búsqueda de tratamiento el mayor tiempo posible. Por lo tanto, a menos que la mujer tenga una hemorragia abundante, la norma es demorar el tratamiento.¹⁴ Esas frecuentes demoras aumentan los riesgos para la salud de las mujeres, y resultan en una atención más costosa y compleja cuando las mujeres finalmente buscan el tratamiento en una institución de salud.

Hay numerosas razones por las cuales las mujeres con complicaciones demoran la búsqueda de tratamiento o no lo reciben en absoluto. Las mujeres indígenas enfrentan obstáculos particularmente abrumadores para recibir atención, incluyendo barreras de lenguaje y temor a ser maltratadas o insultadas por miembros no indígenas de los servicios de salud. Un importante obstáculo afecta a mujeres de todas las clases y grupos socioeconómicos: sentirse avergonzadas por haber cometido un acto que es ilegal y ampliamente percibido como inmoral. De acuerdo con las entrevistas en profundidad, la esperanza de que las complicaciones se resolverán por sí mismas conduce a las mujeres a aplazar la búsqueda de tratamiento por días o incluso semanas.¹⁵ Muchos proveedores de salud entrevistados afirmaron que los centros de salud locales están pobremente equipados para tratar complicaciones, y que tales centros tienden simplemente a ofrecer antibióticos y referir a las mujeres a hospitales públicos. Además, algunos miembros de la comunidad señalaron que las mujeres tienen temor de ser arrestadas al llegar al hospital.

*Solamente el 11% de los guatemaltecos tienen acceso adecuado a los servicios de salud, con base en la definición de la Organización Mundial de la Salud de vivir a una distancia de una hora de viaje a una institución de salud (fuente: Gagnolati M y Marini A, *Health and Poverty in Guatemala*, Policy Research Working Paper, Washington, DC: World Bank Latin America and Caribbean Unit, 2003, No. 2966).

Vinieron los bomberos por ella, que estaba grave y se la llevaron al hospital. Ella sólo estuvo un ratito, le hicieron el legrado y le dieron unas pastillas y se fue no más pudo, para no tener que dejar más datos. Cuando la entraron [al hospital] ella dio otro nombre, pues tenía miedo que la metieran presa. Al día siguiente se fue.

—mujer, 32 años de edad, área periurbana

Se tardan hasta 15 días. Se pasan con dolor y fiebre y hasta que ya no aguantan se vienen. Les da vergüenza y no se quieren poner en evidencia en su casa; por eso esperan que con el tiempo se curen ellas solas. A veces la falta de transporte también hace que se tarden todavía más, pero es más la vergüenza que se enteren que hizo un aborto.

—enfermera, área periurbana

También existen otras barreras. Se piensa que muchas mujeres rurales rechazan la atención hospitalaria porque decididamente prefieren la atención de los proveedores tradicionales frente al trato frecuentemente menos cálido que esperan recibir de los profesionales médicos. Las personas entrevistadas de la comunidad también citaron la vergüenza de las mujeres indígenas y las objeciones de sus esposos a que sean examinadas por un médico de sexo masculino. Las barreras geográficas básicas, como vivir muy lejos de un hospital,* se agravan por las barreras económicas, como la falta de capacidad para pagar el transporte al hospital, aun si está relativamente cerca. Los participantes en las discusiones comunitarias rurales señalaron que el transporte al hospital puede costar el equivalente de cuatro a seis días de salario para un trabajador agrícola.¹⁶

Debido a que la seguridad de un aborto está estrechamente relacionada con su costo, muchas mujeres que son demasiado pobres para pagar los costos de un aborto seguro tampoco están en capacidad de pagar el monto del tratamiento por las complicaciones. Si hay complicaciones, se piensa que muchas mujeres rurales primero buscan proveedores que les son familiares, empezando con los más accesibles y menos caros—las comadronas tradicionales. Si los métodos de estas proveedoras tradicionales fallan en resolver el problema, las mujeres pueden en última instancia acabar en el hospital con complicaciones que se han empeorado con el tiempo.

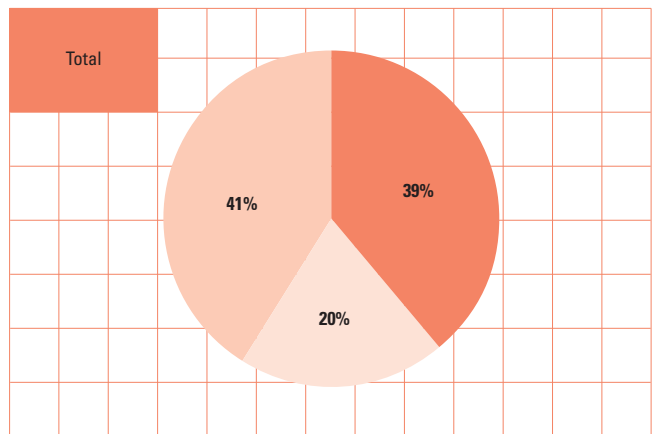
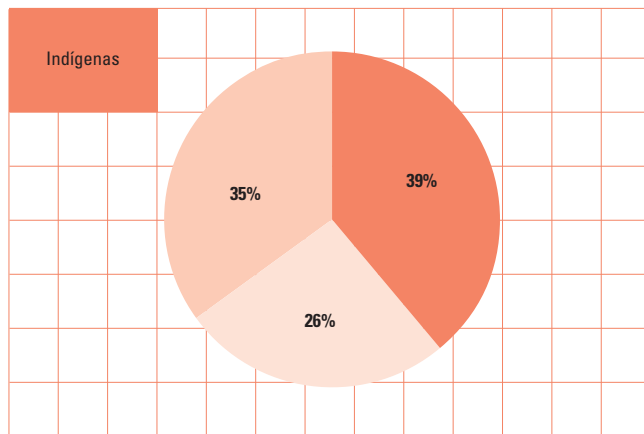
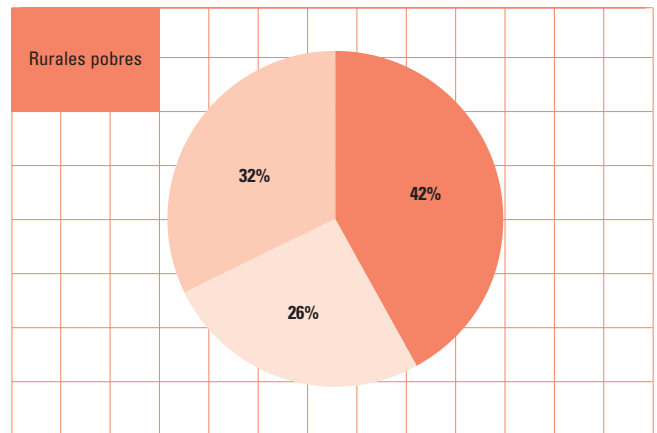
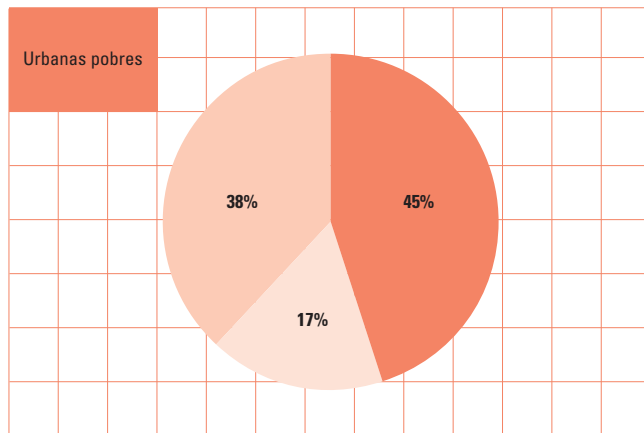
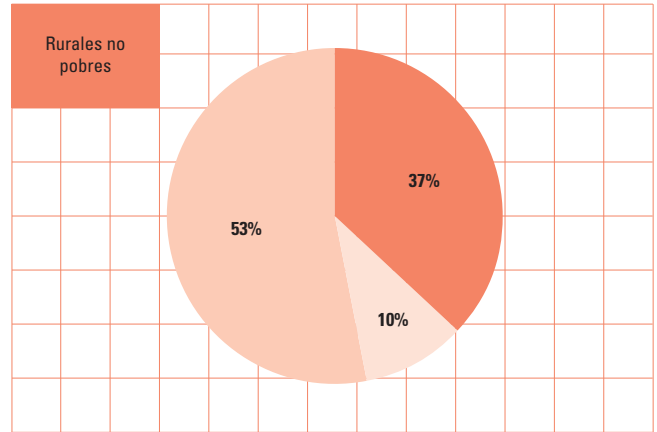
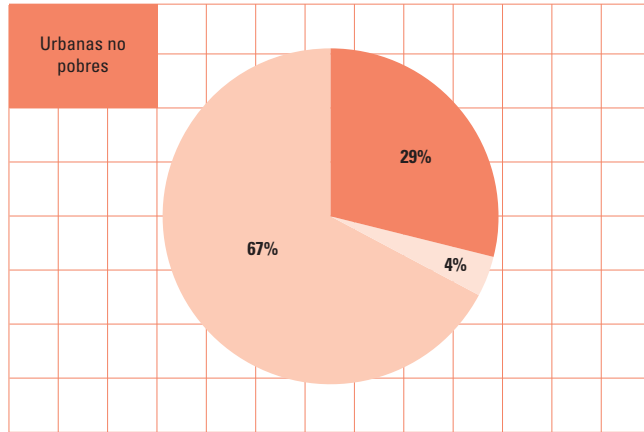
Los proveedores de salud que participaron en el estudio comunitario estimaron que, dependiendo de su condición, el tratamiento de una paciente típica con complicaciones postaborto cuesta unos 2,000–5,000 quetzales (US\$250–

Me puso la sonda, y me puso una inyección también. Me dijo: “mañana a las 10 de la mañana, a esta misma hora, usted ya va ver el resultado”. Y así fue. Este... pero me la puso mal. Sí, porque tres días con dolor, y con dolor, y con dolor. A los tres días me tuve que ir al hospital y ahí me hicieron el legrado.

—mujer, 51 años de edad, área periurbana

GRÁFICO 4.2

Los profesionales de la salud consideran que las mujeres pobres* e indígenas tienen mayor probabilidad que las otras mujeres de sufrir complicaciones y de no solicitar atención médica en caso de complicaciones.



- % con complicaciones y tratadas en una institución de salud
- % con complicaciones y no reciben atención en una institución de salud
- % sin complicaciones

*En la Encuesta a Profesionales de la Salud, las mujeres pobres son aquellas cuyo ingreso se consideraba que era menor al promedio nacional mientras que las mujeres no pobres son aquellas cuyo ingreso era por encima del promedio nacional.

Fuente Referencia 13.

650), incluyendo los servicios y suministros (i.e., cirugía, anestesia, medicamentos y atención hospitalaria). Es notorio que ningún proveedor entrevistado en el estudio cualitativo haya siquiera mencionado el uso de la aspiración manual endouterina (AMEU) para tratar las complicaciones;¹⁷ en el primer trimestre del embarazo, la AMEU es un procedimiento mucho más seguro, barato y apropiado que un legrado con hospitalización.¹⁸ Muchas mujeres pobres que logran recibir atención subsidiada en una institución médica todavía tienen problemas para pagar los costos de los medicamentos que necesitan, dado que los hospitales públicos cada vez con mayor frecuencia están solicitando a sus pacientes que ayuden con los costos de los medicamentos.¹⁹

Las consecuencias sociales del aborto pueden ser devastadoras

Las consecuencias sociales de terminar un embarazo son mucho más difíciles de cuantificar que los costos financieros, pero las entrevistas en profundidad y las discusiones de los grupos focales arrojaron luz sobre este tema tan complejo y altamente emotivo. Por ejemplo, en las discusiones de grupos focales, las prohibiciones religiosas absolutas en contra del aborto* se mencionaron más frecuentemente que la prohibición legal. Los participantes estuvieron de acuerdo en que las mujeres de las cuales se sabe que han tenido un aborto son condenadas y sujetas a ostracismo por sus comunidades; estas mujeres también son frecuentemente denigradas por los proveedores médicos y tradicionales a quienes recurren en busca de ayuda.

[Paráfrasis] Yo no trato complicaciones de los abortos provocados. Cuando ya tienen varios días de estar sangrando es mejor mandarlas al hospital. Con calentarlas y sobarlas [los métodos que ella utiliza] ya no se componen. Además, lo que yo hago no duele y por castigo es mejor que se hagan un legrado en el hospital. Eso sí duele.

—comadrona, área periurbana

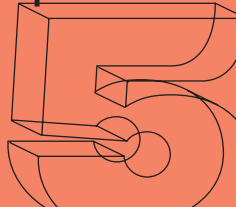
Pero las que hacen así son principalmente muchachas, viudas o separadas. Pero si es casada nadie comenta nada. Y si en dado caso sucede lo cuentan, pero no dicen que fue un aborto, sino dicen que es una enfermedad leve.

—hombre, grupo focal, área rural

*Los protestantes evangélicos están incursionando de manera significativa en Guatemala, por lo cual ya no es una nación predominantemente católica. De hecho, la proporción de la población que es evangélica ha crecido rápidamente, especialmente entre la población indígena. Según datos de la ENSMI-2002, el 36% de las mujeres en edad reproductiva (15-49) son evangélicas y el 51% son católicas (fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social [MSPAS] et al., *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: MSPAS, 2003). Aunque tanto los evangélicos como los católicos predicán que el aborto es pecado, la Iglesia Católica también prohíbe todos los métodos de planificación familiar, con la excepción de los métodos naturales (principalmente abstinencia periódica y retiro), mientras que los evangélicos no se oponen a los métodos anticonceptivos modernos *per se* (fuente: Enfrentados por ley sobre salud sexual, *Prensa Libre*, 24 de noviembre de 2005, <<http://www.prensalibre.com/pl/2005/noviembre/24/128594.html>>, consultado el 27 de julio de 2006).

Las discusiones en la comunidad confirmaron que la sociedad impone un estigma de por vida a las mujeres que tienen un aborto. Estas mujeres son comúnmente tratadas como parias; las mujeres jóvenes y solteras son especialmente rechazadas y consideradas indignas moralmente del matrimonio. No obstante, las mujeres casadas son menos censuradas porque el matrimonio les confiere cierto grado de privacidad y respetabilidad (lo que probablemente haga que sus razones sean más justificables y aceptables).

Las discusiones en la comunidad también revelaron actitudes arraigadas e inflexibles hacia los roles de género, en las que se percibe que las mujeres pierden su femineidad y humanidad al tener un aborto. Debido a que los valores comunitarios tradicionales otorgan un muy alto valor a la maternidad, las mujeres que tienen un aborto reciben calificativos de perras.²⁰ Prevalece un doble estándar: un hombre no es estigmatizado si su pareja tiene un aborto—aunque él la haya obligado, pero la mujer sí lo es. Además, los participantes masculinos en el estudio en comunidad tendieron a ser mucho más críticos, insultantes y cáusticos que sus contrapartes femeninas en sus observaciones sobre las mujeres que tienen un aborto.



El contexto de los embarazos no planeados y el aborto

En todo el mundo, las mujeres tienen abortos por razones similares—porque ya tienen el número de hijos que desean, han tenido un hijo recientemente y necesitan aplazar el siguiente nacimiento, no están en capacidad de sostener a otro hijo, están demasiado débiles o enfermas para cuidar otro hijo, o no están listas para iniciar una familia porque todavía están en la escuela o no tienen una relación estable, para nombrar unas cuantas.¹ Probablemente, las mujeres guatemaltecas no son diferentes.

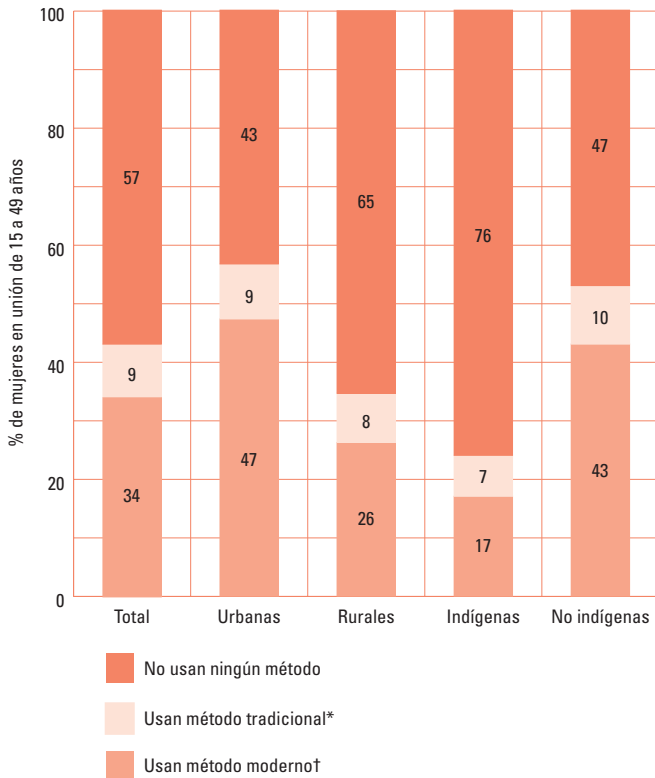
Aunque carecemos de datos específicos de las propias mujeres sobre las razones por las cuales sus embarazos fueron no deseados, sí sabemos que muchas mujeres tienen problemas para planear sus embarazos: alrededor de un tercio de todos los embarazos en el país son no planeados y resultan ya sea en un nacimiento no planeado o en un aborto inducido. La motivación de las mujeres guatemaltecas por tener familias más pequeñas probablemente está basada en las mismas razones sociales y económicas que sustentan la disminución del tamaño de la familia en todo el mundo en desarrollo. Estas razones incluyen el aumento en los niveles de educación y mayor exposición a los medios de comunicación;² el movimiento migratorio de las poblaciones a las ciudades, en donde el hacinamiento aumenta la competencia por el espacio y los recursos, lo cual hace que el tener muchos hijos sea menos beneficioso económicamente que en las áreas rurales;³ y los avances en la autonomía y el empoderamiento de las mujeres como resultado de mejoras en su educación y empleo.⁴

Desde diversos puntos de vista, Guatemala está en el camino hacia el cambio social y económico y la modernización. Por ejemplo, la proporción de personas que viven en áreas urbanas ha crecido sostenidamente en el pasado medio siglo, de 25% en 1950 a 36% en 1970 y 46% en

2002.⁵ La proporción de mujeres jóvenes en edades de 20–24 que tienen al menos alguna educación secundaria se duplicó entre 1987 y 2002 (de 19% a 39%), y la tasa de alfabetismo en la población total (personas de 15 años y mayores) aumentó de 64% en 1994 a 69% en 2002.⁶ El ingreso nacional bruto per cápita (ajustado por paridad del poder adquisitivo) aumentó de US\$2,531 a US\$3,821 entre 1992 y 2002.⁷ Además, las mujeres guatemaltecas están cada vez más expuestas al mundo a través de los medios de comunicación. Por ejemplo, el acceso a periódicos una vez por semana aumentó en alrededor de una quinta parte durante el corto período comprendido entre 1995 y 2002 (de 45% a 54%), aunque la proporción de las mujeres que escuchan radio diariamente aumentó sólo de manera marginal (de 72% a 77%).⁸

La mayoría de las mujeres guatemaltecas no usan anticonceptivos modernos

Desafortunadamente, los cambios necesarios para hacer realidad el deseo de las mujeres guatemaltecas de tener menos hijos—concretamente, aumentos en el uso de anticoncepción efectiva—no han ocurrido tan rápido como los cambios en el tamaño deseado de familia. Como muestra el Gráfico 5.1, página 24, una gran proporción de mujeres guatemaltecas en unión, especialmente las mujeres indígenas y rurales, no usan anticonceptivos en absoluto. Entre las mujeres que sí practican la anticoncepción, alrededor de una de cada cuatro usa un método tradicional (predominantemente la abstinencia periódica o retiro),⁹ los cuales son menos efectivos que los métodos modernos y, por lo mismo, tienen más probabilidades de resultar en un embarazo no planeado. Por ejemplo, la tasa anual de falla (quedar embarazada) entre las mujeres que usan métodos como el DIU o la inyección es de 2–3%, mientras

GRÁFICO 5.1**El uso anticonceptivo es bajo en Guatemala, sobre todo entre las mujeres rurales y las indígenas.**

*Incluye abstinencia periódica, retiro, método de la amenorrea de la lactancia (MELA) y métodos folclóricos. †Incluye píldora, DIU, inyección, métodos vaginales, condón, implante y esterilización masculina y femenina.

Fuente Referencia 9.

que las tasas llegan hasta 20–26% entre las mujeres que dependen de la abstinencia periódica o el retiro.¹⁰

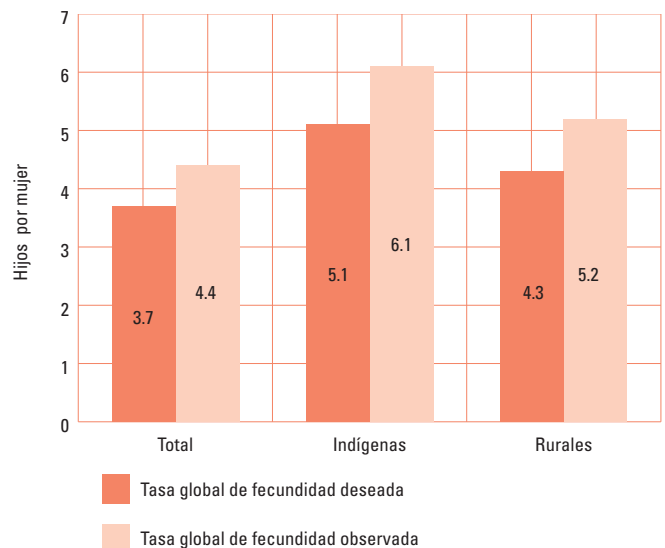
Aunque ha habido aumentos considerables en la proporción de mujeres guatemaltecas en unión que usan algún método anticonceptivo—la prevalencia aumentó de 23% en 1987 a 43% en 2002¹¹—su uso todavía dista mucho del promedio para la región de Latinoamérica y el Caribe en su conjunto (71%).¹² Las características únicas de la población de Guatemala y la historia reciente explican parcialmente esta discrepancia. Aunque ciertamente otros países comparten algunos de los rasgos que han retrasado la adopción generalizada de la anticoncepción en Guatemala—una numerosa población indígena, prolongados períodos de conflicto civil, una poderosa alianza entre el gobierno y la Iglesia Católica, y una temprana resistencia por parte de la izquierda hacia la planificación familiar—en ningún otro país de la región se han dado juntos estos cuatro rasgos.¹³

Las mujeres guatemaltecas tienen en la actualidad más hijos que los que dicen desean tener, y la diferencia entre la fecundidad deseada y la real es más pronunciada en las áreas rurales y entre las mujeres indígenas (Gráfico 5.2).¹⁴

Además de las barreras más ampliamente reconocidas de acceso inadecuado a los anticonceptivos, así como su disponibilidad limitada y la falta de conocimiento acerca de ellos, una razón importante por la cual las mujeres indígenas tienen especial propensión a tener más hijos de los que desearían se basa en las normas de privacidad: con frecuencia, las mujeres mayas sienten vergüenza de dejar ver sus cuerpos, y este sentimiento restringe severamente el uso de métodos efectivos de anticoncepción (como el DIU o la esterilización) una vez que han alcanzado el tamaño deseado de su familia.¹⁵ Además, el uso de la píldora es problemático para mujeres que no están acostumbradas al uso de calendarios o a la medicina moderna.

La necesidad insatisfecha en anticoncepción continúa en aumento

Si los deseos de las mujeres por tener familias más pequeñas continúan aumentando sin el acompañamiento de un incremento en el uso de anticonceptivos, la brecha entre el tamaño deseado y el real simplemente seguirá creciendo—y puede resultar en un número aún mayor de mujeres que recurren al aborto. La falta de correspondencia entre los deseos y la acción destaca la necesidad insatisfecha en anticoncepción que tienen las mujeres, la cual ha aumentado continuamente durante las dos pasadas décadas: la proporción de mujeres en unión que afirman que son fértiles y no desean embarazarse pero no usan ningún método anticonceptivo ha crecido de 19% en 1987 a 28% en 2002.¹⁶ El nivel de la necesidad insatisfecha es notable-

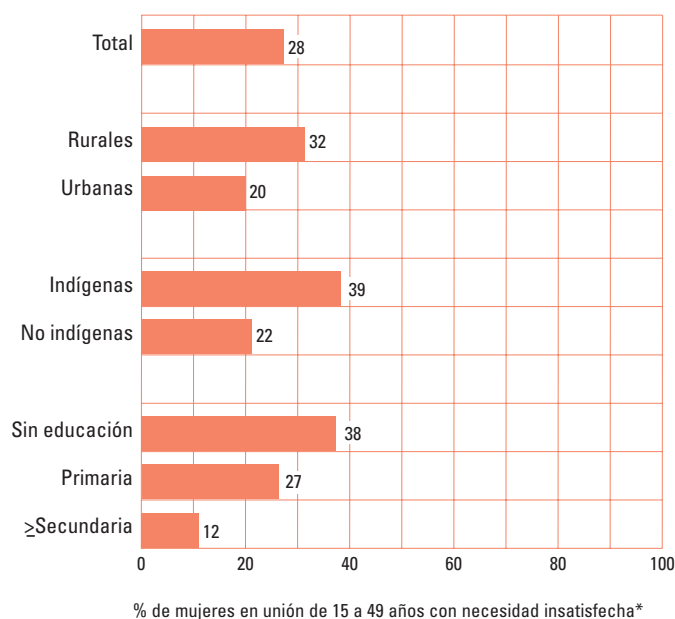
GRÁFICO 5.2**La diferencia entre el número deseado de hijos y el número de hijos que realmente tienen las mujeres es más alta que el promedio nacional entre las mujeres indígenas y las mujeres rurales.**

Fuente Referencia 14.



GRÁFICO 5.3

La necesidad insatisfecha en anticoncepción es la más alta entre las mujeres indígenas y las de menor educación.



*Se considera que una mujer unida tiene una necesidad insatisfecha en anticoncepción si no usa ningún método a pesar de que está fértil y no desea más hijos o desea esperar por lo menos dos años, o si está actualmente embarazada o en amenorrea y su actual o último embarazo fue no deseado o deseado para más tarde.

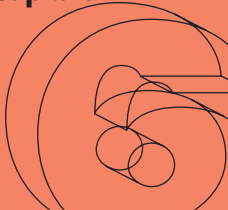
Fuente Referencia 17.

mente alto entre las mujeres indígenas y sin educación, de las cuales alrededor de dos quintas partes no están tomando medidas para cumplir con sus preferencias en cuanto al número y momento de sus embarazos (Gráfico 5.3).¹⁷

Los servicios de planificación familiar del sector público tendrán que hacer un enorme esfuerzo para satisfacer esta creciente necesidad de anticoncepción efectiva. Por muchos años el sector privado fue la principal fuente de anticoncepción (responsable del 70% de métodos prestados en 1995 y del 55% en 2002¹⁸) debido a que apenas recientemente el gobierno abordó el desafío de asegurar el acceso adecuado a los métodos de planificación familiar. El gobierno provee servicios y métodos de planificación familiar (notablemente la inyección, así como la esterilización) principalmente a través de su Programa Nacional de Salud Reproductiva a cargo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social provee una variedad limitada de servicios a grupos más pequeños de trabajadores en el sector formal y sus dependientes.¹⁹

Las adolescentes igualmente tienen un nivel elevado de necesidad insatisfecha en anticoncepción para evitar los embarazos no planeados y los posibles abortos futuros. En el año 2002, el 27% de las jóvenes de 15–19 años de edad viviendo en unión tenían una necesidad insatisfecha

de métodos de anticoncepción. Además, la actividad sexual premarital está comenzando a aumentar en Guatemala. La proporción de mujeres guatemaltecas de 20–24 años de edad que tuvieron relaciones sexuales fuera del matrimonio siendo adolescentes aumentó de 14% en 1995 a 18% en 2002.²⁰ Aunque los niveles de actividad sexual adolescente premarital permanecen relativamente bajos en algunas regiones del país (ver Cuadro 1 del Apéndice) y entre las indígenas, tal actividad ha aumentado sustancialmente entre las adolescentes de más alta educación.²¹ Debido a que la maternidad fuera de la unión es fuertemente censurada en Guatemala, el aborto podría ser una posible vía de acción para las mujeres jóvenes solteras que se embaracen y no tengan la opción o deseo de casarse.



Enfrentando el tema del aborto inseguro

La evidencia presentada en este informe confirma que las leyes altamente restrictivas de Guatemala no han tenido éxito en impedir la práctica del aborto. Datos de todas partes del mundo sugieren que la penalización no limita el número de abortos que ocurren (el aborto inducido parece ser al menos dos veces más común en Guatemala que en muchos países en donde el procedimiento es legal y accesible¹), pero sí hace que el aborto sea más peligroso. Para citar un ejemplo, después de que el procedimiento fuera despenalizado en Sudáfrica en 1996, los daños en salud debidos al aborto inseguro disminuyeron significativamente, en especial entre las mujeres más jóvenes; además, las muertes debidas al aborto inseguro parecen haber disminuido en 91% entre 1994 y 1999-2001.²

Ciertamente no es fácil someterse a un aborto en Guatemala y el hecho de que tantas mujeres lo hagan (arriesgándose mucho en el proceso) demuestra que las barreras legales no las están deteniendo. El aborto clandestino tiene las más devastadoras consecuencias sociales y en la salud entre las mujeres que tienen menos capacidad para pagar los costos de un aborto seguro. Los abortos de las mujeres de mayores recursos tienen un costo relativamente pequeño en términos de su bienestar y salud, pero las mujeres pobres—el grueso de la población femenina de Guatemala—asumen una exagerada porción de la carga del aborto inseguro, al igual que los servicios de salud pública a los cuales recurren cuando sufren complicaciones postaborto.

Las dos regiones de Guatemala con las mayores tasas de aborto tienen poblaciones muy diferentes: una es predominantemente no indígena (la región Metropolitana, en donde el 87% de las mujeres son no indígenas) y la otra tiene una mayoría indígena (Suroccidente, en donde el 55% de las mujeres son mayas).³ Este hallazgo sugiere

que la práctica del aborto en Guatemala puede ser transcultural, en contraste con el supuesto común de que las mujeres indígenas tendrían menos probabilidades que otras mujeres de recurrir a un aborto. Aunque el estudio de 1993-1994 de mujeres internadas en seis hospitales urbanos tuvo una muestra predominantemente no indígena (tres cuartas partes no indígenas versus una cuarta parte indígena), el estudio encontró que las mujeres indígenas que lograron llegar al hospital tenían al menos las mismas probabilidades que las mujeres no indígenas de haber tenido un aborto inducido en vez de un aborto espontáneo (58% de los abortos de las mujeres indígenas y 50% de los abortos de las mujeres no indígenas se clasificaron como abortos inducidos, con base en las respuestas y síntomas de las mujeres).⁴ Por lo tanto, la idea de que la mujer típica que recurre al aborto es no indígena está posiblemente basada en la baja proporción de mujeres indígenas entre las pacientes hospitalizadas por complicaciones de aborto. Es probable que las personas indígenas representen una proporción mucho más pequeña de las pacientes hospitalizadas en parte porque evitan la hospitalización por razones culturales, pero especialmente debido a que tienden a vivir en áreas rurales alejadas de los hospitales, que son de difícil acceso. Definitivamente, se requiere más investigación que arroje luz sobre cómo la práctica del aborto inducido varía por origen étnico en Guatemala.

Un rasgo común entre los guatemaltecos, sin importar su origen étnico, es el fuerte estigma social que tiene el aborto inducido. La vergüenza asociada al procedimiento lleva a muchas mujeres a inducir sus propios abortos o a buscar hacerse con proveedores no capacitados, frecuentemente con resultados desastrosos, especialmente si las mujeres demoran posteriormente el tratamiento de las complicaciones que con frecuencia ponen en peligro sus vidas.

Sin embargo, hay alternativas de acción claras que pueden reducir el número de embarazos no planeados y los abortos inseguros que habitualmente les siguen. Estas alternativas comienzan con ayudar a las mujeres y sus parejas a obtener mejor información sobre sexualidad, salud reproductiva y anticoncepción, y asegurar que tengan acceso a los anticonceptivos modernos, que sepan usarlos correctamente y que puedan pagar los precios de ellos. Aunque casi todas las mujeres guatemaltecas desean tener hijos, la realidad es que necesitan dedicar la mayor parte de su período reproductivo evitando el embarazo. En promedio, las mujeres guatemaltecas desean tener 3.7 hijos; para lograr esta meta reproductiva, deben evitar el embarazo durante casi 17 años de sus 25 años reproductivos, (esto es, entre los 20 y 45 años de edad, ver Gráfico 6.1, página 28).⁵ En otras palabras, la mujer guatemalteca promedio dedica solamente 3.7 años de su vida tratando de embarazarse, 2.8 años estando embarazada, 1.9 años estando infértil debido a un nacimiento reciente, y los 16.7 años restantes necesitando evitar el embarazo.* Debido a que desean un mayor número de hijos (5.1 hijos), las mujeres indígenas necesitan dedicar ligeramente menos tiempo evitando el embarazo (14 años), en tanto que las mujeres no indígenas, quienes solamente desean 3.1 hijos, tienen que dedicar mucho más tiempo—alrededor de 18 años—tratando de evitar el embarazo si desean lograr sus metas reproductivas.

Guatemala necesita atacar de raíz la causa directa del aborto inseguro—el embarazo no planeado—y abordar el tema del aborto inseguro en muchos frentes. Algunos pasos específicos que pueden ayudar en cada uno de estos frentes se describen a continuación.

La reducción de la incidencia de embarazos no planeados requerirá estrategias múltiples

Para reducir el número de embarazos no planeados en Guatemala, los encargados de formular políticas en todos los niveles del gobierno y las partes interesadas en la salud de la mujer necesitan realizar las siguientes acciones:

- *Construir el consenso político requerido para aumentar y mantener el rol gubernamental de garantizar el derecho de las parejas a la planificación familiar, para que las mujeres y hombres guatemaltecos puedan tener los hijos que deseen y decidir cuándo tenerlos.* Aunque finalmente en abril de 2006 se aprobó una ley (Decreto 87-2005) que garantiza el acceso universal y equitativo a los métodos voluntarios de planificación familiar y a la educación sexual adecuada (después de un veto presidencial, una anulación por parte del Congreso y una impugnación ante la Corte de Constitucionalidad), se necesita que todas las agencias gubernamentales pertinentes garanticen que esta ley sea plenamente implementada.
- *Introducir un producto dedicado de anticoncepción de emergencia y educar a las mujeres y proveedores sobre su uso.* Pese a que las normas de planificación familiar

del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social mencionan la anticoncepción de emergencia y a que la organización no gubernamental APROFAM (Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala) ofrece el régimen Yuzpe (píldoras anticonceptivas usuales en una dosis mayor), actualmente no hay un producto de anticoncepción de emergencia registrado que las mujeres guatemaltecas puedan usar para evitar el embarazo no planeado en el caso de una relación sexual sin protección.⁶ Además, la falta de alguna mención de la anticoncepción de emergencia en las normas nacionales para la atención de las víctimas de violencia sexual resulta especialmente problemático dada la combinación de la alta incidencia de violencia sexual y violación⁷ en Guatemala y un código penal que no permite el aborto en caso de violación o incesto.

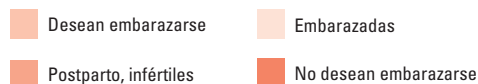
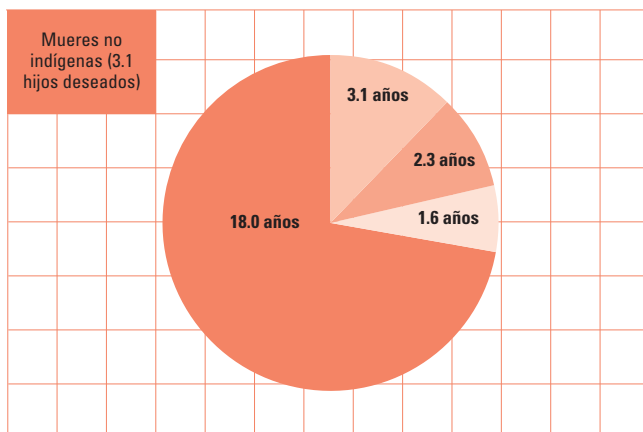
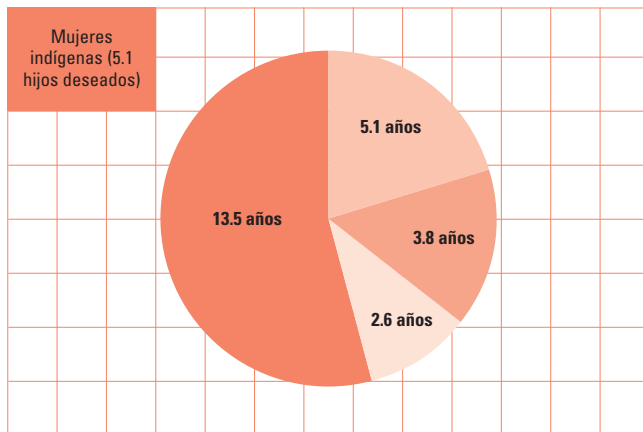
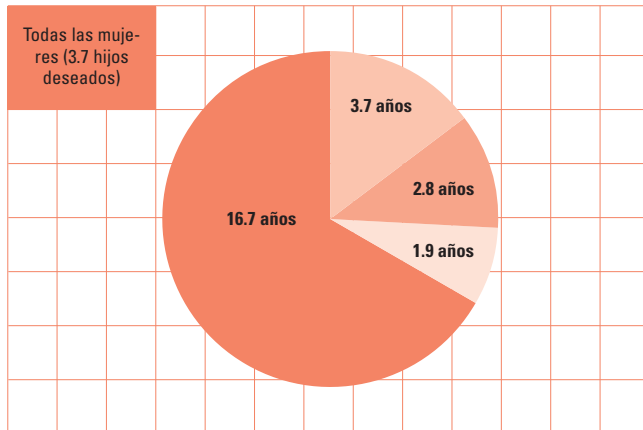
- *Poner especial atención a las necesidades de la gente joven.* La gente joven en Guatemala tiene un acceso especialmente pobre a la información sobre temas sexuales. Por ejemplo, en 2002, solamente 26–29% de los hombres y mujeres guatemaltecos de 15–24 años de edad reportaron haber recibido información por medio de pláticas o cursos acerca de tópicos específicos de salud reproductiva, incluyendo la anticoncepción, embarazo, parto y VIH/SIDA.⁸ Estos jóvenes necesitan una mejor educación sexual y anticonceptiva para protegerse adecuadamente de los embarazos no planeados y las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH. Ellos también necesitan servicios amigables de consejería y anticoncepción que les ayuden a evitar convertirse en padres y madres de familia antes de que estén preparados para ello.
- *Aumentar la participación masculina en la planificación familiar.* Se requiere hacer mucho más para combatir la actitud tan común que la planificación familiar es solamente responsabilidad de la mujer, quizá aprovechando los entornos predominantemente masculinos (como los centros deportivos o fábricas) para difundir mensajes diseñados para hombres. Los hombres necesitan estar mejor informados sobre la anticoncepción, las consecuencias de los embarazos no planeados y los riesgos del aborto inseguro; no se puede progresar mucho sin su participación consciente y directa. Para afrontar el arraigado problema de la violencia doméstica y el desequilibrio de poder dentro de las relaciones sexuales, los hombres deben ser sensibilizados respecto al tema general de la igualdad de género.
- *Asegurar que los programas de planificación familiar sean culturalmente apropiados a las necesidades de la población indígena.* Las barreras para ayudar a que las

*Estas estimaciones están basadas en una serie de supuestos: que una mujer tarda un año para quedarse embarazada; que cada embarazo dura nueve meses; y, en ausencia de una prolongada lactancia o abstinencia postparto, no puede concebir durante seis meses después de cada nacimiento (ver Bongaarts J y Potter RG, *Fertility, Biology, and Behavior: An Analysis of the Proximate Determinants*, Nueva York: Academic Press, 1983).

GRÁFICO 6.1

Las mujeres guatemaltecas deberían pasar la mayoría de sus años reproductivos evitando el embarazo para alcanzar sus metas de tamaño de familia.

Distribución de los 25 años entre las edades de 20 y 45



Fuente Referencia 5.

mujeres mayas alcancen sus metas reproductivas son formidables, dados su desconfianza del trato discriminatorio y poco cálido que podrían recibir en los servicios de salud, su temor a los métodos anticonceptivos modernos (a los que consideran extraños y peligrosos), su creencia que las mujeres están predestinadas a tener un cierto número inalterable de hijos y su muy bajo nivel de autonomía dentro del matrimonio.⁹ Sin embargo, varios programas han sido diseñados de acuerdo con las necesidades específicas de los mayas y ejecutados en idiomas mayas (que son los únicos usados por el 44% de la población maya¹⁰); éstos han sido exitosos en aumentar la toma de conciencia sobre la planificación familiar y su uso, y pueden servir de modelos valiosos para alcanzar poblaciones de difícil acceso.¹¹

- Trabajar con líderes católicos y evangélicos para aprovechar intereses comunes sobre la protección de la salud de la mujer. Los encargados de formular políticas y los proveedores de salud pueden establecer alianzas con líderes religiosos para impulsar las metas compartidas de preservar la vida y promover la salud de las mujeres guatemaltecas, ayudándoles a evitar el embarazo no planeado.

Los encargados de formular políticas y las partes interesadas pueden reducir el peligro del aborto inseguro

Aún con el mejoramiento en el acceso y uso de los anticonceptivos, algunas mujeres todavía necesitarán recurrir al aborto. El proporcionarles servicios de atención postaborto de calidad y con sentido humano ayudaría a minimizar las complicaciones inmediatas y de largo plazo del aborto inseguro. Con el fin de limitar el daño causado por el aborto inseguro al reducir el nivel de riesgo de los procedimientos, los encargados de formular políticas y las partes interesadas en la salud de la mujer deben dar los siguientes pasos:

- Expandir y mejorar la atención postaborto en las instituciones de salud. Ante el innegable hecho de que un gran número de mujeres está buscando atención para las complicaciones de aborto en las instituciones de salud, los hospitales en todo el país deben institucionalizar el programa de atención postaborto que actualmente está funcionando en 22 hospitales departamentales del sector público.¹² Se requiere un mayor impulso para extender este programa, el cual establece mecanismos sostenibles para proveer aspiración manual endouterina (AMEU), procedimiento médico que es más eficiente, menos costoso y tiene menores probabilidades de resultar en complicaciones que el legrado quirúrgico.¹³ Adicionalmente, las mujeres que reciben tratamiento por complicaciones postaborto deben recibir consejería sobre anticoncepción y, cuando sea posible, debe proveérseles un método. La poca investigación disponible sugiere que las mujeres guatemaltecas se beneficiarían enormemente de una mejor consejería postaborto sobre



el uso de anticonceptivos.¹⁴ Esa consejería y la provisión de métodos son indispensables para ayudar a evitar que las mujeres repitan el embarazo no planeado, puesto que una mujer puede volver a embarazarse apenas unas cuantas semanas después de un aborto de primer trimestre.¹⁵

- *Involucrar a personal de salud no médico en los esfuerzos comunitarios para reducir la morbilidad y mortalidad causadas por el aborto inseguro.* Aunque muchas mujeres reciben atención postaborto en instituciones formales de salud, muchas otras, en particular las mujeres rurales, buscan la ayuda de comadronas tradicionales. Se ha recomendado la capacitación de las comadronas para que puedan reconocer y referir las emergencias obstétricas;¹⁶ de manera similar, las comadronas pueden ser capacitadas para referir emergencias de complicaciones postaborto. Además, las enfermeras y parteras certificadas pueden ser capacitadas en técnicas de AMEU para que las mujeres que no tengan un acceso expedito a un hospital puedan aún recibir tratamiento oportuno y apropiado. Otros servicios comunitarios que reducirían el daño causado por el tratamiento tardío incluyen el ofrecer atención postaborto en centros no hospitalarios y centros de salud comunitarios para casos menos graves, y para las mujeres que sufren complicaciones, subsidiar el costo de transporte a las instituciones médicas.
- *Informar a las mujeres y al público en general sobre las razones médicas por las cuales el aborto está permitido legalmente y sobre los riesgos del aborto inseguro.* Las mujeres deben saber que tienen derecho a un aborto legal para salvar sus vidas. También necesitan ser educadas sobre los riesgos del aborto inseguro para que puedan minimizar el daño potencial inherente en sus decisiones relacionadas con el aborto (por ejemplo, selección de un proveedor o método, así como búsqueda de atención en caso de complicaciones).
- *Educar a profesionales de la salud de todos los niveles sobre qué dice la ley en cuanto al aborto, aclarar las razones médicas que sustentan el aborto legal y establecer un proceso para la provisión de esos procedimientos legales.* Los médicos, enfermeras y parteras capacitadas, y proveedores tradicionales deben ser educados sobre el derecho de la mujer a tener los abortos que son legales en Guatemala,¹⁷ y sobre el derecho de los profesionales para realizar esos procedimientos legales y su deber de referir a las mujeres que los necesitan. Con ese fin, los profesionales certificados necesitan ser capacitados adecuadamente en todas las técnicas apropiadas y ser informados sobre su obligación de proveer atención compasiva y humana. Además, sería beneficioso que tanto el personal de las instituciones de salud como los proveedores tradicionales recibieran capacitación sobre sensibilidad y ética médica para que modifiquen sus actitudes críticas y de censura que tienen a veces hacia las mujeres que han tenido un aborto—particularmente hacia las mujeres pobres y de origen indígena, quienes tienen mayor riesgo de ser maltratadas.

- *Utilizar información recientemente disponible sobre el aborto para aumentar la conciencia pública, reducir el estigma asociado al aborto y estimular la discusión informada sobre el tema.* El impacto social y en salud del aborto inseguro debe ser monitoreado de manera constante; los datos todavía son limitados y carecemos de evidencia acerca de tendencias en el tiempo. Los resultados de investigaciones confiables deben ser ampliamente difundidos con el fin de fomentar una mayor comprensión de las causas y consecuencias del aborto inseguro, así como proporcionar un fundamento sólido para la discusión pública y para sustentar respuestas apropiadas programáticas y de políticas.

Es el momento de ver al aborto inseguro como un problema de salud pública que amenaza la salud y supervivencia de las mujeres, así como su bienestar y dignidad. Para tener éxito en la eliminación de esta seria amenaza para la mujer y sus familias, todas las partes interesadas en Guatemala—incluyendo los encargados de formular políticas, proveedores de salud y activistas—deben unirse para reconocer la gravedad del tema y hacer frente a sus causas y consecuencias. La evidencia demográfica nos enseña que actualmente Guatemala está en el proceso de la transición hacia familias más pequeñas. Con base en las experiencias de otros países latinoamericanos, sabemos que a medida que Guatemala avanza hacia las siguientes etapas de esa transición es probable que aumenten los niveles de aborto si no ocurre un aumento significativo en el uso de los anticonceptivos efectivos.¹⁸ Si en esos momentos se hace un gran esfuerzo para evitar el embarazo no planeado, fortalecer la atención postaborto y afrontar el tema del aborto inseguro generalizado, Guatemala puede evitar un aumento en la carga del aborto inseguro y, eventualmente, eliminarla en los años por venir.

Apéndice metodológico

Metodología para estimar la incidencia del aborto inducido

Para estimar la incidencia del aborto inducido en Guatemala, adaptamos un método diseñado para otros estudios de nivel nacional.¹ En resumen, calculamos el número de mujeres tratadas anualmente por complicaciones relacionadas con el aborto en los hospitales de Guatemala, restamos los casos probables de aborto espontáneo, y luego estimamos la proporción de todos los abortos inducidos que representan las mujeres tratadas en las instituciones de salud. Este enfoque requirió los siguientes pasos:

Estimación del número de pacientes de aborto tratadas en las instituciones de salud

Las personas entrevistadas en la Encuesta a Instituciones de Salud (EIS) y en la Encuesta a Profesionales de la Salud (EPS) proporcionaron la información básica necesaria para poder estimar el número total de abortos inducidos que ocurren anualmente en Guatemala—estimaciones del número de mujeres tratadas anualmente en hospitales guatemaltecos por complicaciones relacionadas con el aborto, y estimaciones de la proporción que estas hospitalizaciones representan en relación con el total de las mujeres que tienen abortos.

Se preguntó a un informante clave en cada hospital si la institución proporcionaba tratamiento para las complicaciones de aborto espontáneo e inducido, tanto en servicios ambulatorios como de hospitalización. Si la institución proporcionaba dicho tratamiento, se preguntaba al informante cuántas pacientes de aborto (tanto espontáneos como inducidos) eran tratadas en el mes promedio y en el mes anterior. Estos dos números eran promediados y multiplicados por 12 para tener una estimación del número de mujeres tratadas por complicaciones de cualquier tipo de aborto durante el año de calendario. En total, en el año 2003, unas 27,014 mujeres fueron tratadas en Guatemala por complicaciones de abortos inducidos y espontáneos.

El siguiente paso fue estimar la proporción de los casos que representaban tratamiento de complicaciones por abortos espontáneos (usando supuestos descritos en publicaciones anteriores²), y sustraer esos casos del total general. Este paso es necesario porque las complicaciones de los abortos espontáneos con frecuencia son similares a las de los abortos inducidos, y las restricciones legales a los abortos inducidos conducen a que muchas mujeres reporten los abortos inducidos como si fueran espontáneos.

Para estimar la proporción de las complicaciones que probablemente son debidas a los abortos espontáneos usamos un método indirecto. Como lo sugieren estudios clí-

nicos sobre los patrones biológicos del aborto espontáneo,³ supusimos que las mujeres que tienen abortos espontáneos en una etapa relativamente tardía del embarazo—esto es, entre las semanas 13 a 22 de gestación—generalmente requieren atención en una institución de salud. Lo más probable es que estas mujeres representen la vasta mayoría de las pacientes tratadas en hospitales por complicaciones de abortos espontáneos. Aunque algunas mujeres que tienen abortos espontáneos en una etapa más temprana del embarazo también buscan atención médica, relativamente pocas son tratadas en un hospital; por otra parte, las pérdidas del embarazo a las 23 semanas o más usualmente se clasifican más como muertes fetales que como abortos espontáneos.

Los estudios indican que los abortos espontáneos que ocurren entre las semanas 13 a 22 de gestación representan el 2.9% de los embarazos reconocidos y los nacidos vivos el 84.8%; por lo tanto, el número de abortos espontáneos es igual al 3.4% de los nacidos vivos. Estimamos el número de nacimientos en Guatemala en el año 2003 usando los datos más recientes sobre las tasas de fecundidad específicas por edad, las mismas que provienen de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de 2002,⁴ y las estimaciones más recientes del número de mujeres en cada grupo quinquenal, a nivel nacional y por región, que provienen del censo de 2002.⁵ Según estos cálculos, en 2003 había en Guatemala unos 405,017 nacimientos y 13,811 abortos espontáneos tardíos (3.41% de 405,017).

Estimación del número de abortos inducidos tratados en las instituciones de salud

Se requiere un ajuste adicional debido a que solamente una fracción de las mujeres que necesitan tratamiento de complicaciones de aborto espontáneo tardío tiene acceso a instituciones de salud. Suponemos que esta proporción es equivalente a la proporción de mujeres que reciben atención de parto en hospitales. A nivel nacional, alrededor del 39% de los partos son atendidos en una institución de salud.* Por lo tanto, estimamos que cada año, 5,389 mujeres (39.02% de los 13,811 abortos espontáneos) reciben tratamiento en instituciones de salud por complicaciones de abortos espontáneos. Restando este número del número global de mujeres tratadas por complicaciones de ambos tipos de aborto resulta en un total de 21,625 mujeres tratadas anualmente por complicaciones de aborto inducido.

*La proporción de partos que tiene lugar en instituciones de salud varía por región y es la más alta en la región Metropolitana (72%), seguida por Central (47%), Nororiente (42%), Suroriente (33%), Suroccidente (31%), Petén (31%), Norte (25%) y Noroccidente (20%).

Estimación del multiplicador y del número total de abortos inducidos

Sin embargo, las mujeres que reciben tratamiento por complicaciones de abortos inducidos representan solamente una fracción de las mujeres que tienen abortos. Esto se debe a que algunas mujeres que tienen un aborto no sufren complicaciones, otras sufren complicaciones pero no reciben tratamiento médico, algunas reciben atención de alguna fuente distinta a una institución formal de salud, y algunas mueren antes de llegar a un centro de atención. Por lo tanto, para tomar en cuenta estos abortos “invisibles”, calculamos un multiplicador—el número por el cual se multiplican los 21,625 casos de complicaciones de aborto inducido tratados en hospitales, según la metodología que ha sido utilizada en estudios previos sobre el aborto en otros países latinoamericanos.⁶

El multiplicador se calculó usando información recogida de la EPS. Se solicitó a las personas entrevistadas que estimaran la proporción de abortos que fueron realizados en Guatemala por cada categoría de proveedor. También se les pidió que estimaran, para cada tipo de proveedor, la proporción de mujeres con probabilidades de sufrir complicaciones, y la proporción de mujeres con complicaciones que tenían probabilidades de recibir atención en una institución formal de salud.

Cada una de estas preguntas se planteó por separado para cuatro subgrupos de mujeres—urbanas pobres, urbanas no pobres, rurales pobres y rurales no pobres—porque las condiciones bajo las cuales se realizan los abortos varían mucho según el nivel socioeconómico y lugar de residencia de la mujer. Por ejemplo, hay la creencia generalizada de que las mujeres de mayores recursos que pueden pagar los servicios de profesionales médicos capacitados rara vez sufren complicaciones suficientemente serias como para justificar su hospitalización. Por otra parte, las mujeres rurales pobres, quienes frecuentemente dependen de proveedores sin capacitación que trabajan en condiciones carentes de higiene y que utilizan métodos inseguros, tienen más probabilidades de padecer complicaciones que requieren tratamiento. Igualmente, los factores socioeconómicos influyen en la probabilidad de que una mujer con complicaciones tenga acceso a la atención médica. Las mujeres de mayores recursos tienen una mayor probabilidad que las mujeres pobres de poder pagar los costos de la atención, y las mujeres que viven en el medio urbano tienen una mayor probabilidad que las del medio rural de vivir cerca de un hospital. Además, es probable que las circunstancias de vida y actitudes culturales de una mujer afecten su decisión de buscar o no la atención, en dónde y cuándo buscarla.

Debido a que las percepciones de los profesionales de la salud pueden variar según el tipo de experiencia que hayan tenido con la provisión de aborto y según las condiciones por las que se enteraron del tema del aborto, repetimos el análisis anterior, esta vez tomando en cuenta la formación profesional (médica versus no médica) de

las personas entrevistadas, así como su sector de trabajo (público versus privado/no gubernamental). Esta consideración más detallada de los datos confirmó nuestras expectativas de que las personas entrevistadas que trabajan en el sector público o en la provisión directa de servicios médicos percibirían un mayor riesgo de complicaciones y, por lo tanto, estimarían multiplicadores más bajos que los profesionales no médicos o quienes trabajan en el sector privado (los multiplicadores fueron de 2.47 y 2.26 para los primeros grupos, en comparación con 3.00 y 3.13 para los últimos grupos⁷).

Este patrón fue identificado en trabajos anteriores en Latinoamérica⁸ y sugiere que las personas entrevistadas que están más cerca del tratamiento real de complicaciones graves (esto es, los profesionales médicos o empleados del sector público) tienen mayores probabilidades de sobreestimar tanto el grado en que la provisión de aborto es insegura como la probabilidad de que las mujeres reciban la atención que necesitan. Por el contrario, las personas que, en cierta medida, están aisladas de la atención postaborto directa tienen mayores probabilidades de proveer una perspectiva menos sesgada que sea más completa y representativa de la situación general del aborto. Por lo tanto, nuestra estimación final recomendada de la probabilidad promedio de que las mujeres presenten complicaciones que requieren tratamiento médico se basa en las respuestas de las personas entrevistadas que trabajan en el sector privado o en un ambiente no médico.

Después de obtener las estimaciones de la proporción de mujeres que tienen abortos y que tienen probabilidad de ser tratadas por complicaciones para cada uno de los cuatro subgrupos, ponderamos estos porcentajes por el tamaño relativo de los cuatro subgrupos a nivel nacional para llegar a un multiplicador para el país en su conjunto. Se utilizó un solo multiplicador tanto para áreas urbanas como rurales, porque los sesgos por lugar de residencia tienden a trabajar en direcciones opuestas y a cancelarse unos a otros: aunque la mayor disponibilidad de instituciones médicas en áreas urbanas significa que las mujeres urbanas tienen mayor probabilidad que sus contrapartes rurales a ser hospitalizadas, las mismas mujeres urbanas tienen menos probabilidad que las mujeres rurales de sufrir complicaciones que necesitan tratamiento.

Con base en estos cálculos, estimamos que el 33% de las mujeres que se someten a un aborto inducido reciben tratamiento de complicaciones en un hospital. El multiplicador nacional es el inverso de esta proporción: 3.0. Dado que hay muchos supuestos que sustentan nuestras estimaciones y que hay mucha variabilidad entre regiones, calculamos un rango de estimaciones usando los multiplicadores de 2.0, 3.0 y 4.0, a nivel nacional y por cada región. Sin embargo, la estimación recomendada es el valor medio. Al aplicar el multiplicador de 3.0 a la estimación de unas 21,625 mujeres tratadas anualmente por complicaciones de aborto inducido, da como resultado una estimación de alrededor de 65,000 abortos inducidos realizados cada año.⁹

Características sociales, demográficas y reproductivas de las mujeres, a nivel nacional y por región y área de residencia, Guatemala, 2002

Características*	Total	Región					
		Metropolitana	Norte	Nororiente	Suroriente	Central	Suroccidente
SOCIALES Y DEMOGRÁFICAS							
Porcentajes							
Religión: Católica	51.2	55.6	62.0	56.9	59.6	48.8	37.2
Protestante (evangélica)	35.6	33.4	34.3	26.9	25.2	36.2	48.1
Protestante (no evangélica)	0.2	0.1	0.2	0.5	0.0	0.0	0.5
Otra	1.4	1.4	0.2	0.3	0.6	0.8	0.7
Ninguna	11.7	9.5	3.3	15.4	14.6	14.1	13.6
Años de escolaridad: Ninguno	25.5	12.9	49.0	28.0	28.9	21.7	29.8
1-6	44.4	35.1	41.1	50.6	57.6	50.7	50.8
≥7	30.1	52.0	9.9	21.4	13.6	27.6	19.5
Vive en área urbana	42.5	65.9	26.6	21.2	27.2	43.4	29.1
Vive en hogar muy pobre†	20.8	4.2	55.7	35.5	30.2	14.5	21.0
Indígena	30.7	14.8	81.2	11.5	1.7	28.2	47.4
Acceso a medios de comunicación							
Ve televisión por lo menos una vez a la semana	66.6	89.0	28.0	53.4	61.4	74.3	59.9
Escucha radio diariamente	77.1	80.4	79.1	74.1	61.7	73.1	80.2
REPRODUCTIVAS							
Porcentajes							
Desea un hijo, pero más tarde‡	34.3	27.5	39.2	34.1	36.7	35.9	37.2
No desea más hijos‡	52.0	57.7	49.6	54.8	51.0	51.8	47.7
Actualmente usa un método anticonceptivo moderno‡,§	34.4	48.2	22.6	33.1	26.9	40.6	27.6
Sexualmente activa antes de la unión y antes de los 20 años**	17.7	19.1	13.4	12.2	20.0	17.4	20.7
Tiene una necesidad insatisfecha en anticoncepción‡,††	27.6	17.7	33.8	27.5	37.0	24.5	33.6
Recibió atención profesional prenatal‡†	70.7	85.2	73.9	66.4	76.5	76.6	59.8
Recibió atención profesional durante el parto‡†	48.4	78.1	28.9	47.5	34.5	54.9	37.6
Tasas							
Tasa global de fecundidad (hijos por mujer durante su vida reproductiva)	4.4	3.2	6.5	4.7	4.4	4.2	5.0
Tasa global de fecundidad deseada (hijos deseados por mujer)	3.7	2.8	5.2	3.8	3.6	3.5	4.2
Medianas							
Edad a la primera relación sexual§§	18.3	18.9	17.5	17.9	18.0	18.5	18.1
Edad a la primera unión§§	18.8	18.8	17.9	18.5	18.1	18.9	18.7
Edad al primer nacimiento§§	20.1	21.1	19.3	19.7	19.5	20.2	19.9

		Residencia	
Noroccidente	Petén	Urbana	Rural
45.5	44.7	52.0	50.6
36.8	36.9	36.3	35.0
0.2	0.4	0.2	0.2
6.2	0.4	1.3	1.4
11.3	17.7	10.2	12.8
44.0	31.0	15.6	32.8
42.6	50.5	36.9	50.0
13.4	18.5	47.5	17.2
24.5	44.8	na	na
32.6	50.2	5.5	32.2
67.4	31.3	20.9	37.9
42.1	38.8	84.2	53.6
79.4	74.8	80.2	74.8
41.0	35.3	28.3	38.2
44.5	52.2	58.2	48.2
20.3	28.3	47.3	26.2
14.9	13.6	19.3	16.7
34.4	29.0	20.2	32.3
50.7	60.3	81.5	64.5
21.5	37.1	71.6	35.0
5.5	5.8	3.4	5.2
4.9	4.7	2.8	4.3
17.7	16.6	19.0	18.8
17.9	17.0	19.9	18.2
19.9	18.9	21.1	19.5

*Entre las mujeres de 15 a 49 años, a menos que se indique lo contrario.
†Hogar muy pobre se define como aquel que está, a nivel nacional, en el quintil (20%) más bajo del Índice de Riqueza, una medida compuesta basada en un índice de bienes y servicios de la ENSMI-2002, y aplicada a la distribución nacional de hogares.
‡Entre las mujeres de 15 a 49 años en unión (formal o consensual).
§Incluye píldora, inyección, implante, condón (masculino y femenino), DIU, métodos vaginales y esterilización (masculina y femenina).
**Entre las mujeres de 20 a 24 años. Incluye las que nunca han estado en unión.
††Las mujeres que tienen una necesidad insatisfecha en anticoncepción son aquellas que son sexualmente activas y fértiles, no desean tener un hijo en los próximos dos años o no quieren más, y no están usando ningún método anticonceptivo.
‡‡Atención profesional de médico y/o enfermera en el último embarazo/parto, dentro de los cinco años anteriores a la encuesta.
§§Entre las mujeres de 25 a 34 años.

Notas na=no applicable. Para el indicador “desea un hijo, pero más tarde”, el numerador consiste en las mujeres que desean tener un hijo más tarde (dentro de por lo menos dos años), las que desean un hijo pero no sabe cuándo y las que están indecisas. Para el indicador “no desea más hijos”, el numerador consiste en las mujeres que indican que no quieren más y las que ya están protegidas por la esterilización (suya o la de su pareja).

Fuente Tabulaciones especiales de los datos de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de 2002.

APÉNDICE: CUADRO 2
Indicadores demográficos, socioeconómicos y reproductivos por departamento, Guatemala, varios años

Región y departamento	Población (en 000 s)	% que vive en área rural	% indígena	% que vive en pobreza*	% que vive en pobreza extrema†	% alfabetas‡				Promedio de hijos§
						Total	Mujeres	Mujeres indígenas	Mujeres no indígenas	
TOTAL	11,237	53.9	41.0	56.2	15.7	69.1	63.3	41.7	76.7	4.4
METROPOLITANA										
Guatemala	2,542	14.0	13.5	14.2	1.6	87.7	84.6	56.9	88.6	3.4
NORTE										
Baja Verapaz	216	72.7	58.8	73.2	23.5	56.2	48.7	34.1	68	4.7
Alta Verapaz	776	79.0	92.8	84.1	41.2	47.2	36.2	31.6	86.1	4.9
NORORIENTE										
El Progreso	139	63.9	0.9	45.4	8.6	74.7	73.2	58.6	73.3	4.6
Izabal	314	71.2	23.3	47.9	8.2	67.2	63.9	38.1	70.4	4.5
Zacapa	200	61.1	0.8	42.4	7.0	69.9	68.2	51.1	68.3	4.3
Chiquimula	302	74.0	16.7	56.5	13.3	57.4	56.2	22.4	62.1	4.6
SURORIENTE										
Santa Rosa	301	65.1	2.8	63.2	19.2	71.1	68.6	54.6	68.9	4.8
Jalapa	243	68.4	19.3	72.0	30.0	61.6	56.9	40.6	60.6	5.0
Jutiapa	389	72.8	3.4	66.2	24.0	68.0	65.0	49.7	65.5	4.9
CENTRAL										
Sacatepéquez	248	15.8	42.3	36.1	5.3	82.2	76.3	62.3	85.6	4.1
Escuintla	539	52.3	7.5	47.6	7.8	74.2	70.3	42.5	72.4	4.3
Chimaltenango	446	51.2	79.1	59.4	13.5	70.7	63.6	58.6	80.7	4.8
SUROCCIDENTE										
Sololá	308	51.2	96.4	77.5	29.2	53.7	44.3	42.1	91.6	4.7
Totonicapán	339	64.2	98.3	73.7	22.6	56.5	46.3	45.4	88.1	5.0
Quetzaltenango	625	44.8	54.1	50.8	11.2	72.7	66.1	55.5	77.9	4.5
Suchitepéquez	404	58.9	51.5	64.7	15.9	65.8	58.1	42.9	73.2	4.8
Retalhuleu	241	63.7	22.7	55.3	10.9	71.5	65.1	46.4	70.6	4.6
San Marcos	795	78.2	31.3	73.1	25.0	65.7	57.1	38.7	65.0	5.0
NOROCCIDENTE										
Huehuetenango	847	77.3	65.1	78.3	30.3	54.4	45.1	34.2	64.2	4.8
Quiché	656	75.3	88.8	84.6	33.2	43.6	34.1	29.3	68.4	4.9
PETÉN										
Petén	367	69.9	30.9	62.6	13.0	63.9	59.3	35.7	69.1	4.9

Razón de mortalidad materna**	No. de mujeres tratadas en los hospitales por complicaciones de aborto, por año††
153	27,014
207	8,844
65 260	384 630
65 207 63 115	519 693 300 725
54 104 35	960 426 654
62 131 63	570 852 1,578
233 190 89 100 55 106	355 129 3,048 833 1,220 1,528
241 165	966 1,092
162	708

*En 2000, la línea de pobreza (incapacidad para comprar un paquete básico de bienes y servicios) fue de 4,318 quetzales per cápita por año (US\$1,278, ajustado por paridad del poder adquisitivo).
†En 2000, la línea de pobreza extrema (incapacidad para satisfacer las necesidades mínimas de alimentación) fue de 1,912 quetzales per cápita por año (US\$566, ajustado por paridad del poder adquisitivo).
‡Entre las personas de 15 años y más.
§Entre las mujeres de 12 años y más.
**Muertes maternas por 100,000 nacidos vivos.
††Incluye abortos espontáneos e inducidos.

Fuentes **Medidas de población, área de residencia, etnicidad, alfabetismo y fecundidad (2002)**—Instituto Nacional de Estadística, *Censo 2002: XI de Población y VI de Habitación 2002*, <http://www.ine.gob.gt/content/consul_2/pob/censo2002.pdf>, consultado el 17 de julio de 2006. **Pobreza (2000)**—Instituto Nacional de Estadística (INE), *Encuesta Nacional de Condiciones de Vida, ENCOVI 2000, Perfil de Pobreza en Guatemala*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: INE, 2002; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), *Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala, 2005*, <<http://www.desarrollohumano.org.gt/INDH2005/capitulos/Anexo%20b.pdf>>, consultado el 5 de octubre de 2006; y PNUD, *Proyecto Estado de la Región, Segundo Informe sobre Desarrollo Humano en Centroamérica y Panamá*, San José, Costa Rica: PNUD, 2003. **Mortalidad materna (2000)**—Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), *Informe Final: Línea Basal de Mortalidad Materna para el Año 2000*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: MSPAS, 2003. **Complicaciones de aborto (2003)**—Tabulaciones especiales de los datos de la Encuesta a Instituciones de Salud, 2003.

Referencias

Capítulo 1: Un tema no reconocido pero crítico

1. Código Penal de Guatemala, Decreto No. 17-73, Artículos 133-140, <http://www.oas.org/juridico/MLA/sp/gtm/sp_gtm-int-text-cp.pdf>, consultado el 24 de mayo de 2006.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS), *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000*, fourth ed., Ginebra: OMS, 2004.
3. Figueroa W y Schieber B, Study of the use of financial resources in reproductive health and postabortion care, Nueva York: Population Council, 2001, p. 12.
4. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), *Informe Final: Línea Basal de Mortalidad Materna para el Año 2000*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: MSPAS, 2003.
5. Kestler E y Ramírez L, Pregnancy-related mortality in Guatemala, 1993-1996, *Pan American Journal of Public Health*, 2000, 7(1):41-46.
6. OMS, 2004, op. cit. (ver referencia 2), Annex 3, p. 32.
7. MSPAS, 2003, op. cit. (ver referencia 4).
8. Ibid.
9. Universidad de Costa Rica Centro Centroamericano de Población, Calendario poblacional, <<http://ccp.ucr.ac.cr/>>, consultado el 22 de junio de 2006.
10. División de Población de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, *World Urbanization Prospects: The 2003 Revision*, Nueva York: Naciones Unidas, 2004, p. 166.
11. Instituto Nacional de Estadística, *Censo 2002: XI de Población y VI de Habitación*, <http://www.ine.gob.gt/content/consul_2/pob/censo2002.pdf>, consultado el 11 de agosto de 2006.
12. Population Reference Bureau (PRB), *2005 World Population Data Sheet*, Washington, DC: PRB, 2005, p. 8.
13. Rivadeneira L, *Guatemala: Población y Desarrollo. Un Diagnóstico Sociodemográfico*, Santiago, Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, 2001, p. 33.
14. Sistema de las Naciones Unidas, Metas del milenio: informe de avance de Guatemala, 2002, documento sin publicar, <<http://www.lib.utexas.edu/benson/lagovdocs/guatemala/federal/presidente/metas/metas-2002.pdf>>, consultado el 24 de octubre de 2006.
15. Gagnolati M y Marini A, *Health and Poverty in Guatemala*, Policy Research Working Paper, Washington, DC: World Bank Latin America and Caribbean Unit, 2003, No. 2966.
16. Santiso-Galvez R y Bertrand JT, The delayed contraceptive revolution in Guatemala, *Human Organization*, 2004, 63(1):57-67.
17. Gagnolati M y Marini A, 2003, op. cit. (ver referencia 15).
18. MSPAS, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) e Institute for Resource Development

(IRD)/Westinghouse, *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1987*, Columbia, MD, EEUU: IRD/Westinghouse, 1989; y tabulaciones especiales de datos del MSPAS et al., *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: MSPAS, 2003.

19. MSPAS et al., 2003, op. cit. (ver referencia 18), p. 71; e Instituto Nacional de Estadística (INE) et al., *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1995*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: INE; y Calverton, MD, EEUU: Macro International, 1996.
20. MSPAS et al., 2003, op. cit. (ver referencia 18).
21. Para fines de comparación con la ENSMI-1987 (MSPAS, INCAP e IRD/Westinghouse, 1989, op. cit. [ver referencia 18]), se convirtieron los datos de la ENSMI-2002 referentes a la planificación de los nacimientos en los últimos tres años para los últimos cinco años (MSPAS et al., 2003, op. cit. [ver referencia 18]).

Capítulo 2: Incidencia y patrones de aborto inducido en Guatemala

1. Santiso-Galvez R y Bertrand JT, The delayed contraceptive revolution in Guatemala, *Human Organization*, 2004, 63(1):57-67.
2. Kestler E et al., Scaling up post-abortion care in Guatemala: initial successes at national level, *Reproductive Health Matters*, 2006, 14(27): 138-147; y Valencia L, Disponibilidad y calidad de la atención postaborto en Guatemala, 2004, <<http://www.ciesar.org.gt/es/pub/pub2/index.htm>>, consultado el 23 de mayo de 2006.
3. Singh S y Wulf D, Estimating abortion levels in Brazil, Colombia and Peru using hospital admission and fertility survey data, *International Family Planning Perspectives*, 1991, 17(1):8-13; Rossier C, Estimating induced abortion rates: a review, *Studies in Family Planning*, 2003, 34(2): 87-102; y Singh S y Wulf D, Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 1994, pp. 3-13.
4. Singh S, Prada E y Kestler E, Aborto inducido y embarazo no planeado en Guatemala, 2006, <<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3213606S.pdf>>, consultado el 30 de noviembre de 2006.
5. Ibid.
6. Ferrando D, *Prevalencia del aborto inducido en el Perú*, Lima, Perú: Pathfinder International y Flora Tristán, 2001.
7. The Alan Guttmacher Institute (AGI), *Aborto clandestino: una realidad latinoamericana*, Nueva York: AGI, 1994, p. 24.
8. Finer LB y Henshaw SK, Estimates of U.S. abortion incidence in 2001 and 2002, <<http://www.guttmacher.org/latest-statistics/index.html>>, consultado el 17 de enero de 2006; y Guttmacher Institute, tasas de aborto para mujeres de 15 a 44 años en 60 países, sin publicar.
9. Singh S, Prada E y Kestler E, 2006, op. cit. (ver referencia 4).

10. Tabulaciones especiales de datos del Censo 2002: XI de Población y VI de Habitación.

11. Ibid.; tabulaciones especiales de datos de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de 2002; y Bongaarts J y Potter RG, *Fertility, Biology, and Behavior: An Analysis of the Proximate Determinants*, Nueva York: Academic Press, 1983.

12. Grajeda R et al., Estudio multicentro sobre el aborto, país Guatemala, Organización Mundial de la Salud, 1995 (Publicación INCAP DCE/020).

13. Tabulaciones especiales de datos de Grajeda R et al., 1995, op. cit. (ver referencia 12).

14. Grajeda R et al., op. cit. (ver referencia 12).

15. Sáenz de Tejada S, Prada E y Ball G, Morbilidad por aborto en Guatemala: una visión de la comunidad, *Informe Ocasional*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2006, No. 27.

16. Ibid.

17. Ibid.

Recuadro: Fuentes de datos

1. Singh S, Prada E y Kestler E, Aborto inducido y embarazo no planeado en Guatemala, 2006, <<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3213606S.pdf>>, consultado el 30 de noviembre de 2006.

2. Ibid.

3. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) e Institute for Resource Development (IRD)/Westinghouse, *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1987*, Columbia, MD, EEUU: IRD/Westinghouse, 1989; Instituto Nacional de Estadística (INE) et al., *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1995*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: INE; y Calverton, MD, EEUU: Macro International, 1996; y MSPAS et al., *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: MSPAS, 2003.

4. Instituto Nacional de Estadística, *Censo 2002: XI de Población y VI de Habitación*, <http://www.ine.gob.gt/content/consul_2/pob/censo2002.pdf>, consultado el 11 de agosto de 2006, Gráfico 2, p. 15.

Capítulo 3: La práctica del aborto inseguro en Guatemala

1. Tabulaciones especiales de datos de la Encuesta a Profesionales de la Salud, 2003.

2. Ibid.

3. Por ejemplo, véase Guía Profesional en los clasificados, *Prensa Libre*, Ciudad de Guatemala, Guatemala, 3 de mayo de 2006, p. 5.

4. Prada E et al., Aborto y atención postaborto en Guatemala: informe de profesionales de la salud e instituciones de salud, *Informe Ocasional*, Nueva York: The Alan Guttmacher Institute, 2005, No. 18; y Sáenz de Tejada S,

Prada E y Ball G, Morbilidad por aborto en Guatemala: una visión de la comunidad, *Informe Ocasional*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2006, No. 27.

5. Sáenz de Tejada S, Prada E y Ball G, 2006, op. cit. (ver referencia 4).

6. Grajeda R et al., Estudio multicentro sobre el aborto, País Guatemala, Organización Mundial de la Salud, 1995 (Publicación INCAP DCE/020).

7. Ibid.

8. Costa SH y Vessey MP, Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro, Brazil, *Lancet*, 1993, 341(8855):1258-1261; y Coelho HL et al., Misoprostol and illegal abortion in Fortaleza, Brazil, *Lancet*, 1993, 341(8855):1261-1263.

9. Sáenz de Tejada S, Prada E y Ball G, 2006, op. cit. (ver referencia 4).

10. Jain JK et al., A prospective randomized, double-blinded, placebo-controlled trial comparing mifepristone and vaginal misoprostol to vaginal misoprostol alone for elective termination of early pregnancy, *Human Reproduction*, 2002, 17(6):1477-1482.

11. Instituto Nacional de Estadística (INE), Proyecto de Mejoramiento de las Encuestas de Hogares, *Encuesta Nacional de Empleo e Ingreso, 2004*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: INE, 2004.

Capítulo 4: Consecuencias del aborto inseguro

1. Singh S, Prada E y Kestler E, Aborto inducido y embarazo no planeado en Guatemala, <<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3213606S.pdf>>, consultado el 30 de noviembre de 2006.

2. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), *Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala*, <<http://www.desarrollohumano.org.gt/documentos/pdfs/milenio/PROBRE-1.PDF>>, consultado el 21 de septiembre de 2006.

3. Organización Mundial de la Salud (OMS), *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000*, fourth ed., Ginebra: OMS, 2004.

4. Singh S, Prada E y Kestler E, 2006, op. cit. (ver referencia 1).

5. Prada E et al., Aborto y atención postaborto en Guatemala: informe de profesionales de la salud e instituciones de salud, *Informe Ocasional*, Nueva York: The Alan Guttmacher Institute, 2005, No. 18.

6. PNUD, Human development reports: indicators, <<http://hdr.undp.org/statistics/data/indicators.cfm?x=52&y=2&z=2>>, consultado el 23 de enero de 2006.

7. Prada E et al., 2005, op. cit. (ver referencia 5).

8. Lichtenberg ES, Grimes DA y Paul M, Abortion complications: prevention and management, en: Paul M et al., eds., *A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion*, Nueva York: Churchill Livingstone, 1999, pp. 197-216; y Henshaw

SK, How safe is therapeutic abortion? en: Teoh ES et al., eds., *Pregnancy Termination and Labour*, Nueva York: Parthenon Publications, 1993, pp. 33–41.

9. Tabulaciones especiales de datos de la Encuesta a Profesionales de la Salud, 2003.

10. Ibid.

11. Grajeda R et al., Estudio multicentro sobre el aborto, país Guatemala, Organización Mundial de la Salud, 1995 (Publicación INCAP DCE/020).

12. Prada E et al., 2005, op. cit. (ver referencia 5).

13. Tabulaciones especiales de datos de la Encuesta a Profesionales de la Salud, 2003.

14. Sáenz de Tejada S, Prada E y Ball G, Morbilidad por aborto en Guatemala: una visión de la comunidad, *Informe Ocasional*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2006, No. 27.

15. Ibid.

16. Ibid.

17. Ibid.

18. Billings DL y Benson J, Postabortion care in Latin America: policy and service recommendations from a decade of operations research, *Health Policy Planning*, 2005, 20(3):158–166.

19. Sáenz de Tejada S, Prada E y Ball G, 2006, op. cit. (ver referencia 14).

20. Ibid.

Capítulo 5: El contexto de los embarazos no planeados y el aborto

1. Bankole A, Singh S y Haas T, Reasons why women have induced abortions: evidence from 27 countries, *International Family Planning Perspectives*, 1998, 24(3):117–127 & 152.

2. Cleland JG y Wilson C, Demand theories of the fertility transition: an iconoclastic view, *Population Studies*, 1987, 41(1):5–30.

3. Caldwell J, Direct economic costs and benefits of children, en: Bulatao R y Lee R, eds., *Determinants of Fertility in Developing Countries*, Nueva York: Academic Press, 1983, pp. 458–493.

4. Guzmán JM et al., eds., *The Fertility Transition in Latin America*, Nueva York: Oxford University Press, 1996; y Van de Kaa DJ, Anchored narratives: the story and findings of half a century of research into the determinants of fertility, *Population Studies*, 1996, 50(4):389–432.

5. División de Población de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, *World Urbanization Prospects: The 2003 Revision*, Nueva York: Naciones Unidas, 2004, pp. 166 & 174.

6. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) e Institute for Resource Development (IRD)/Westinghouse, *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1987*, Columbia, MD, USA: IRD/Westinghouse, 1989; y MSPAS et

al., *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: MSPAS, 2003; e Instituto Nacional de Estadística, *Censo 2002: XI de Población y VI de Habitación, 2002*, <http://www.ine.gob.gt/content/consul_2/pob/censo2002.pdf>, consultado el 17 de julio de 2006, Cuadro 25, p. 37.

7. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), *Segundo Informe sobre Desarrollo Humano en Centroamérica y Panamá*, San José, Costa Rica: PNUD, 2003, Cuadro 1.4, p. 35.

8. Instituto Nacional de Estadística (INE) et al., *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1995*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: INE; y Calverton, MD, EEUU: Macro International, 1996; y MSPAS et al., 2003, op. cit., (ver referencia 6).

9. MSPAS et al., 2003, op. cit. (ver referencia 6).

10. Cleland J y Ali M, Dynamics of contraceptive use, en: *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 2002*, Nueva York: Naciones Unidas, 2006.

11. MSPAS, INCAP e IRD/Westinghouse, 1989, op. cit. (ver referencia 6); y MSPAS et al., 2003, op. cit. (ver referencia 6).

12. Population Reference Bureau (PRB), *2005 World Population Data Sheet*, Washington, DC: PRB, 2005, p. 8.

13. Santiso-Galvez R y Bertrand JT, The delayed contraceptive revolution in Guatemala, *Human Organization*, 2004, 63(1):57–67.

14. MSPAS et al., 2003, op. cit. (ver referencia 6).

15. Mundigo A, director de programas internacionales, Center for Health and Social Policy, comunicación personal, 16 de junio de 2006; y Hall Martínez K y Scott Jones B, *La planificación familiar en Guatemala: un derecho fundamental que no se cumple*, Nueva York: Center for Reproductive Rights, 2003, p. 27.

16. MSPAS, INCAP e IRD/Westinghouse, 1989, op. cit. (ver referencia 6); y MSPAS et al., 2003, op. cit. (ver referencia 6).

17. MSPAS et al., 2003, op. cit. (ver referencia 6).

18. Ibid., p. 90.

19. Hall Martínez K y Scott Jones B, 2003, op. cit. (ver referencia 15).

20. MSPAS et al., 2003, op. cit. (ver referencia 6).

21. Ibid.

Capítulo 6: Enfrentando el tema del aborto inseguro

1. Deschner A y Cohen SA, Contraceptive use is key to reducing abortion worldwide, *Guttmacher Report on Public Policy*, 2003, 6(4):7–10; Rahman A, Katzive L y Henshaw SK, A global review of laws on induced abortion, 1985–1997, *International Family Planning Perspectives*, 1998, 24(2):56–64; y Henshaw SK, Singh S y Haas T, Incidencia del aborto inducido a nivel mundial, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 1999, 16–24.

2. Jewkes R et al., The impact of age on the epidemiology of incomplete abortions in South Africa after legislative change, *BJOG*, 2005, 112(3):355–359.

3. Tabulaciones de los datos del Censo 2002: XI de Población y VI de Habitación, 2002, publicados en: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), *Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala 2005*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: PNUD, 2005, Anexo estadístico, Cuadro Pb_01, p. 349.

4. Tabulaciones especiales de datos de Grajeda R et al., Estudio multicentro sobre el aborto, país Guatemala, Organización Mundial de la Salud, 1995 (Publicación INCAP DCE/020).

5. Tabulaciones especiales de datos de MSPAS et al., *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: MSPAS, 2003, p. 69; y Bongaarts J y Potter RG, *Fertility, Biology, and Behavior: An Analysis of the Proximate Determinants*, Nueva York: Academic Press, 1983.

6. Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia, Cuadro resumen de la situación de la anticoncepción de emergencia en países latinoamericanos y del Caribe, <http://www.clae.info/Mecanismos%20de%20Accion/cuadro_resu_nov05.doc>, consultado el 3 de agosto de 2006; y Edwin Morales, director médico, APROFAM (Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala), Ciudad de Guatemala, Guatemala, comunicación personal, el 7 de agosto de 2006.

7. Eraturk Y, Informe de la relatora especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, misión a Guatemala, Naciones Unidas Consejo Económico y Social, 2005, <<http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/3396.pdf>>, consultado el 7 de septiembre de 2006.

8. Monteith RS, Stupp PW y McCracken SD, *Reproductive, Maternal, and Child Health in Central America: Trends and Challenges Facing Women and Children*, Atlanta, GA, EEUU: Division of Reproductive Health, Centers for Disease Control and Prevention, 2005, Table 5.15, p. 68.

9. Hall Martínez K y Scott Jones B, *La planificación familiar en Guatemala: un derecho fundamental que no se cumple*, Nueva York: Center for Reproductive Rights, 2003, p. 271; Metz B, Politics, population, and family planning in Guatemala: Ch'orti' Maya experiences, *Human Organization*, 2001, 60(3):259–271; Bertrand JT, Seiber E y Escudero G, Dinámica de la anticoncepción en Guatemala: 1978–1998, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 2002, pp. 10–19; Bertrand JT et al., La promoción del espaciamiento de los nacimientos entre los Maya-Quiché de Guatemala, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 2000, pp. 23–31; y Bertrand JT et al., Ethnic differences in family planning acceptance in rural Guatemala, *Studies in Family Planning*, 1979, 10(8/9):238–245.

10. Instituto Nacional de Estadística, *Censo 2002: XI de Población y VI de Habitación*, 2002, <http://www.ine.gob.gt/content/consul_2/pob/censo2002.pdf>, consultado el 17

de julio de 2006.

11. Terborgh A et al., Family planning among indigenous populations in Latin America, *International Family Planning Perspectives*, 1995, 21(4):143–149; Metz B, 2001, op. cit. (ver referencia 9); Bertrand JT, Seiber E y Escudero G, 2001, op. cit. (ver referencia 9); Bertrand JT et al., 1999, op. cit. (ver referencia 9); y Burkhart MC et al., Eficacia del método del ritmo de la regla estándar con base en el calendario entre parejas mayas de Guatemala, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 2001, pp. 9–13 & 27.

12. Programa Nacional de Atención Postaborto, Evaluando la calidad de la prestación de servicio en la atención postaborto (APA) en Guatemala, *Boletín del Programa Nacional de Atención Postaborto*, 2005, Vol. 1, No. 4; y Kestler E et al., Scaling up post-abortion care in Guatemala: initial successes at national level, *Reproductive Health Matters*, 2006, 14(27):138–147.

13. Greenslade F et al., *Manual Vacuum Aspiration: A Summary of Clinical and Programmatic Experience Worldwide*, Carrboro, NC, EEUU: Ipas, 1993.

14. Farfan O et al., Información y consejería en planificación familiar postaborto: experiencia en cuatro hospitales de Centro América, *Revista Centro Americana de Ginecología y Obstetricia*, 1997, 7(2):46–56.

15. Palma Y, Lince E y Raya R, Unsafe abortion in Latin America and the Caribbean: priorities for research and action, en: Warriner IK y Shah IH, eds., *Unsafe Abortion and Its Consequences: Priorities for Research and Action*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2006.

16. Gleit DA, Goldman N y Rodríguez G, Utilization of care during pregnancy in rural Guatemala: does obstetrical need matter? *Social Science & Medicine*, 2003, 57(12):2447–2463; y Goldman N y Gleit DA, Evaluation of midwifery care: results from a survey in rural Guatemala, *Social Science & Medicine*, 2003, 56(4):685–700.

17. Código Penal de Guatemala, Decreto No. 17–73, Artículo 133, <http://www.oas.org/juridico/MLA/sp/gtm/sp_gtm-int-text-cp.pdf>, consultado el 24 de mayo de 2006.

18. Frejka T y Atkins L, The role of induced abortion in the fertility transition of Latin America, en: Guzmán JM et al., eds., *The Fertility Transition in Latin America*, Nueva York: Oxford University Press, 1996; y Singh S y Sedgh G, Relación del aborto con las tendencias anticonceptivas y de fecundidad en el Brasil, Colombia y México, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 1997, pp. 2–13.

Apéndice metodológico

1. Singh S y Wulf D, Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 1994, pp. 3–13; Singh S et al., Estimating the level of abortion in the Philippines and Bangladesh, *International Family Planning Perspectives*, 1997, 23(3):100–107 & 144; y Henshaw SK et al., The incidence of induced abortion in Nigeria,

International Family Planning Perspectives, 1998, 24(4):156-164.

2. Singh S y Wulf D, 1994, op. cit. (ver referencia 1); Singh S et al., 1997, op. cit. (ver referencia 1); y Henshaw SK et al., 1998, op. cit. (ver referencia 1).

3. Bongaarts J y Potter RG, *Fertility, Biology, and Behavior: An Analysis of the Proximate Determinants*, Nueva York: Academic Press, 1983, p. 39; y Harlap S, Shiono PH y Ramcharan S, A life table of spontaneous abortions and the effects of age, parity and other variables, en: Hook EB y Porter I, eds., *Human Embryonic and Fetal Death*, Nueva York: Academic Press, 1980, Table 1, pp. 148 & 157.

4. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) et al., *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: MSPAS, 2003.

5. Instituto Nacional de Estadística, *Censo 2002: XI de Población y VI de Habitación*, 2002, <http://www.ine.gob.gt/content/consul_2/pob/censo2002.pdf>, consultado el 11 de agosto de 2006.

6. Singh S y Wulf D, 1994, op. cit. (ver referencia 1).

7. Singh S, Prada E y Kestler E, Aborto inducido y embarazo no planeado en Guatemala, 2006, <<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3213606S.pdf>>, consultado el 30 de noviembre de 2006.

8. Tabulaciones no publicadas de datos recogidos por el Alan Guttmacher Institute en su Encuesta de Opinión sobre la Práctica del Aborto en Brasil, Colombia, Chile, México, Perú y la República Dominicana, 1992.

9. Singh S, Prada E y Kestler E, 2006, op. cit. (ver referencia 7).

©2006 Guttmacher Institute, una corporación sin fines de lucro que promueve la salud sexual y reproductiva en el mundo a través de la investigación, el análisis de políticas y la educación pública. Todos los derechos, incluyendo la traducción a otros idiomas, están reservados bajo la Convención Universal de Derechos de Autor, la Convención de Berna para la Protección de los Trabajos Literarios y Artísticos, y la Convención Internacional y Panamericana de Derechos de Autor (Ciudad de México y Buenos Aires). Se puede permitir la traducción del contenido de este informe mediante solicitud expresa al Guttmacher Institute.

ISBN: 0-939253-93-3

Cita sugerida: Prada E et al., *Embarazo no planeado y aborto inseguro en Guatemala: causas y consecuencias*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2006.

Guttmacher Institute
120 Wall Street
New York, NY 10005 USA
Tel: 212-248-1111; Fax: 212-248-1951
E-mail: info@guttmacher.org

1301 Connecticut Avenue NW, Suite 700
Washington, DC 20036 USA

www.guttmacher.org

