

**Morbilidad por aborto en Guatemala:  
Una visión de la comunidad**

Sandra Sáenz de Tejada, Elena Prada y  
Gonzalo Ball

**Informe Ocasional No. 27**  
Octubre 2006

## Agradecimientos

El estudio *Morbilidad por aborto en Guatemala: Una visión de la comunidad* fue escrito por Sandra Sáenz de Tejada, Elena Prada y Gonzalo Ball. Es el tercero de una serie de informes del Instituto Guttmacher y de investigadores asociados de Guatemala, y presenta los resultados del estudio sobre aborto inseguro en Guatemala. Susheela Singh, vicepresidenta de investigaciones del Instituto Guttmacher y Akinrinola Bankole, director para investigaciones internacionales supervisaron el proceso del estudio, desde el diseño hasta la producción de este informe.

Los autores agradecen a María Gabriela Núñez, Secretaría Presidencial de la Mujer (SEPREM); Alejandro Silva, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; Eileen Yam, Population Council; Edgar Kestler, Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva (CIESAR) y Ann Moore, Instituto Guttmacher, por sus valiosos comentarios y sugerencias al informe preliminar. Queremos agradecer igualmente a excolegas del Instituto Guttmacher por su apoyo y asistencia técnica en diferentes etapas del estudio: Beth Fredrick, Carolina Sten y Vanessa Woog. Los autores también agradecen a Luciana Pávez y Roxana Gutiérrez por su trabajo de edición y a Kathleen Randall, Judith Rothman y Hector Duarte por el diseño y producción del informe.

El estudio fue realizado por investigadores de Guatemala y del Instituto Guttmacher con el apoyo del Ministerio de Cooperación para el Desarrollo de los Países Bajos, el Banco Mundial y el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido. El investigador principal del estudio en Guatemala es Edgar Kestler, director del Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva (CIESAR). Los coinvestigadores en Guatemala responsables del

estudio Morbilidad por aborto en Guatemala: Una visión de la comunidad son Sandra Sáenz de Tejada, antropóloga y consultora independiente y Gonzalo Ball, director de la Federación de Salud Materno Infantil y Salud Reproductiva de Guatemala (FESIRGUA).

Especiales agradecimientos para Telma Oztzy, Patricia de la Roca y Edwin Canú, quienes estuvieron a cargo de realizar las entrevistas a profundidad y de conducir las sesiones de grupos focales con mujeres, proveedores de salud y hombres.

Se sugiere citar como: 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.

Para obtener copia de este informe, ir a [www.guttmacher.org](http://www.guttmacher.org)

©2006, Guttmacher Institute, una corporación sin ánimo de lucro dedicada a la investigación en salud reproductiva, al análisis de política y a la educación pública.

ISBN: 0-939253-90-9

# Tabla de contenido

Agradecimientos .....	2
Resumen ejecutivo .....	5
Capítulo 1: Introducción .....	9
Capítulo 2: Metodología .....	13
Capítulo 3: Embarazo no planeado .....	19
Capítulo 4: Aborto espontáneo e inducido ...	23
Capítulo 5: Complicaciones y tratamiento del aborto .....	35
Capítulo 6: Consecuencias sociales, económicas y en salud de la morbilidad por aborto .....	43
Capítulo 7: Conclusiones e implicaciones para políticas de salud pública .....	49
Anexo .....	53
Referencias .....	55



# Morbilidad por aborto en Guatemala: Una visión de la comunidad

## Resumen Ejecutivo

El aborto en Guatemala sólo se permite en casos de riesgo de muerte de la mujer; sin embargo, muchas mujeres recurren al aborto cuando se enfrentan a un embarazo no deseado. Por lo general, los procedimientos se llevan a cabo en secreto y con frecuencia en condiciones inseguras que conducen a serias complicaciones, las cuales requieren tratamiento médico. A pesar de ello, no todas las mujeres buscan atención médica o lo hacen tardíamente por lo que la verdadera magnitud de la morbilidad por aborto se desconoce.

El presente estudio representa un primer intento por abordar, desde la perspectiva de la comunidad, el tema de la morbilidad por aborto que no llega a las instituciones de salud. El informe presenta las percepciones y opiniones de un grupo de mujeres, hombres y proveedores de atención en salud de dos comunidades de Guatemala: una rural predominantemente kaqchikel-maya y otra periurbana de la ciudad de Guatemala. La información fue obtenida a través de 16 grupos focales y 72 entrevistas a profundidad.

### **Embarazo no planeado y aborto inseguro**

Puesto que el aborto inducido es un indicio de embarazos no planeados, se exploró qué tan común era el embarazo no planeado en la comunidad y, en el caso de las entrevistas personales, si se había tenido esta experiencia. La mayoría de las personas del área urbana admite que muchas parejas enfrentan embarazos no planeados pero muy pocas reconocen haber tenido ellas mismas la experiencia personal. En el área rural de predominio kaqchikel-maya, la maternidad es altamente valorada, y la esencia del matrimonio es la procreación. En ellos, no se concibe el embarazo no planeado, y menos en las parejas en unión estable. No existe tampoco la idea de controlar la fecundidad y es inconcebible siquiera considerar la interrupción de un embarazo no planeado. Los embarazos son vistos como algo inevitable, a lo cual hay que resignarse, porque son designios de Dios y porque la maternidad no es una opción, sino el destino biológico de la mujer. Sin embargo, los relatos de casos co-

nocidos señalan que las mujeres rurales cuando tienen retrasos del período intentan el “retorno de la menstruación”, mediante el uso de métodos tradicionales.

Para la mayoría de las personas de ambas áreas, lo usual y lo primero que hacen las mujeres ante un embarazo no planeado es tratar de inducirse ellas mismas un aborto mediante la toma de bebedizos y otras prácticas caseras, y la ingesta masiva de analgésicos. Si esto falla, se acude a la comadrona, quien usualmente utiliza sondas y brebajes a base de hierbas. Otros recursos a los cuales se acude, en orden de mención, son los dependientes de farmacias, los médicos, los curanderos y las “señoras”. Aunque la demanda de uno u otro recurso depende de la disponibilidad de recursos económicos, se cree que las comadronas son más solicitadas por su bajo costo, mayor accesibilidad e identidad cultural y mejor trato en comparación con otro tipo de proveedor de estos servicios.

El aborto inducido parece ser menos común en el área rural kaqchikel que en el área urbana. Casi ninguna de las personas de esta área reconoce el hecho. Doce mujeres de un total de 42 entrevistadas reconocieron haber considerado o haber tratado abortar: cinco mujeres lo intentaron con remedios caseros (una del área rural) y cuatro acudieron donde una comadrona (una del área rural). Tan sólo una interrumpió el embarazo (mujer rural) mediante el uso de una sonda aplicada por la comadrona.

Las razones para interrumpir un embarazo, o al menos considerarlo, percibidas por los participantes de ambas áreas son inherentes al estado civil de la mujer. Se cree que la mujer soltera recurre al aborto por temor a la reacción de la familia y la comunidad; pero, si está en unión, las razones están asociadas con los problemas de pareja o relaciones inestables y violentas; tener el tamaño de familia deseado y tener precarias condiciones económicas y de salud. Estas razones no son nuevas. Un estudio realizado en Lima, Perú, en 1993 mostró que más de una tercera parte de las mujeres que abortaron lo hicieron por problemas de pareja y otra

proporción similar lo hizo por tener relaciones de pareja extremadamente conflictivas.<sup>1</sup>

### Complicaciones y búsqueda de atención

Las principales complicaciones del aborto inseguro son la hemorragia, la fiebre y la infección. En opinión de los participantes del estudio, la mujer por lo general busca atención médica inmediata en casos de hemorragia profusa; de lo contrario, tiende al autotratamiento a base de remedios caseros. En caso de no lograr la recuperación, las mujeres rurales acuden donde la comadrona y las del área urbana al hospital. Usualmente las mujeres tardan entre tres y quince días en buscar atención médica. Son varias las razones por las cuales las mujeres no buscan atención médica o demoran en hacerlo. La mayoría está relacionada con el fuerte estigma que rodea el aborto: sentimientos de vergüenza, temor a que el aborto se haga público y miedo a ser denunciadas ante las autoridades. Otras razones están relacionadas a factores de accesibilidad y calidad de la atención como la pobreza, la lejanía y los costos de transporte, y el temor al maltrato en las instituciones de salud. Otras cuantas, al desconocimiento de la gravedad de la complicación y la esperanza de sanar solas. Las barreras parecen ser más comunes en el área rural que en la urbana. Los proveedores de salud reconocieron que el personal de salud tiene actitudes negativas hacia la mujer que llega con complicaciones de aborto. Expresaron igualmente, demoras en el servicio y poca capacidad resolutive de las instituciones para atender complicaciones de aborto, particularmente en los servicios rurales donde sólo se ofrecen antibióticos y se hace referencia de la paciente a un hospital público. La demora en el servicio de salud puede llegar a ser hasta de 6 horas.

### Consecuencias sociales y económicas

Todo aborto, espontáneo o provocado, tiene sanción social y familiar pero es, desde luego, más punible el aborto provocado. A nivel de la comunidad –sea urbana o rural– no es bien visto que la mujer tenga una pérdida de embarazo, y al interior de las familias se culpabiliza a la mujer por no haber tenido las precauciones necesarias para haber evitado la pérdida. La desaprobación en el seno de la familia–igualmente urbana o rural– proviene principalmente de la suegra y en, segundo lugar, del marido.

\*En el presente documento, el término indígena incluye todos los grupos étnicos (Maya, Xinca y Garífuna) y no indígena a los que, por exclusión, no pertenecen a ningún grupo étnico específico. Se tomó esta decisión con base en los términos utilizados en los documentos oficiales por el Instituto Nacional de Estadística.

Las sanciones para la mujer que interrumpe un embarazo –tanto en el área rural como en la urbana– van desde rechazo, desprecio, repudio y burla de la comunidad y de la familia, hasta regaños y amenazas de golpes o violencia física por parte de los padres, esposos u otros miembros masculinos de la familia. A la joven soltera le dificultan volver a relacionarse con otros jóvenes mediante el descrédito y la advertencia a los pretendientes sobre su experiencia pasada. De este modo, las únicas opciones de matrimonio que le quedan a la joven son los hombres mayores, especialmente los viudos. Pese al fuerte estigma del aborto, éste –al igual que la actividad sexual–, se percibe legítimo dentro de la unión conyugal: la mujer censurable es la que no tiene marido. Si lo tiene y aborta, entonces es cuestión de la pareja.

La mujer se ve igualmente expuesta a la pérdida del empleo y del ingreso, si las complicaciones de aborto demandan largos períodos de convalecencia.

Los costos indirectos del aborto, en caso de complicaciones, incluyen el pago de una persona para los quehaceres de la casa durante el período de convalecencia; la pérdida de ingreso por los días no trabajados; y la pérdida del empleo. Adicionalmente, las actividades diarias como cocinar, tejer, ir al mercado y regresar con carga y lavar ropa, se ven afectadas. Se estima que la mujer no puede realizar estas tareas por dos a tres días o por semanas, y a veces hasta por seis meses. Para los proveedores de salud existen otros costos indirectos de orden psicológico y emocional como la depresión, los sentimientos de culpa, el rechazo de la familia y la comunidad y, en algunos casos, el abandono del esposo.

Los resultados del estudio revelan que el embarazo no planeado y el aborto inducido ocurren tanto en mujeres urbanas como rurales, aunque estas últimas no lo reconozcan abiertamente. A través de los relatos sobre casos conocidos, se advierten similitudes en cuanto a las prácticas utilizadas en los intentos de interrupción de un embarazo y en las complicaciones que sufren las mujeres como resultado de prácticas inseguras. Sin embargo, las mujeres del área rural se hallan en mayor desventaja que las del área urbana cuando sufren complicaciones que requieren tratamiento médico. La falta de recursos de salud y la poca capacidad resolutive de los escasos servicios locales disponibles son dos de las grandes barreras que enfrentan las mujeres rurales para obtener atención médica. La pobreza, la falta de transporte y la lejanía a los centros de atención demoran y muchas veces impiden que las mujeres busquen la atención médica adecuada. Además de las barreras económicas, geográficas y de disponibilidad de recursos de salud, las mujeres del área rural –en su mayoría indígenas\*– en-

frentan barreras culturales para la prevención del embarazo no planeado. En la población rural existe una fuerte oposición hacia la planificación familiar e ideas erradas sobre el uso de métodos anticonceptivos, debido en parte a una falta de información y conocimiento acertado sobre la anticoncepción moderna y en parte a las limitaciones del idioma. Las mujeres rurales tienen, además, una mayor dependencia –emocional y económica– del hombre que las mujeres del área urbana. Y, aunque el estigma es común en ambas áreas, las mujeres rurales tienen mayores dificultades para mantener en secreto la ocurrencia del evento.

Los resultados de este estudio señalan posibles caminos para la disminución de la ocurrencia de embarazos no planeados y el aborto inducido. Uno de ellos, y más prometedor, es lograr un mayor acceso y disponibilidad de servicios de planificación familiar, particularmente para la población de áreas rurales; fortalecer y expandir el enfoque integral de atención postaborto, que actualmente se lleva a cabo en 22 hospitales públicos;<sup>2</sup> y desarrollar permanentes campañas de información y educación dirigidas a hombres y mujeres y proveedores de servicios de salud sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, a fin de sensibilizarlos hacia los principios de equidad e igualdad que deben tener las mujeres, y hacia el respeto y mejor trato que debe dárseles en los servicios de atención postaborto.

La reciente Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar establece asegurar el acceso de la población a los servicios de planificación familiar, incluyendo información, consejería, educación en salud sexual y reproductiva, y provisión de métodos de planificación familiar. Dada su reciente promulgación –abril de 2006– y la fuerte oposición que aún registra su aprobación, se requiere una voluntad política firme que acelere su implementación en todos los niveles de servicios, con el fin de que las mujeres puedan satisfacer sus necesidades en anticoncepción y lograr sus metas reproductivas.



## Capítulo 1

# Introducción

### El contexto del aborto en Guatemala

Guatemala es uno de los países más pobres, y una de las sociedades más estratificadas de Latinoamérica.<sup>3</sup> Es también uno de los países de la región con menor progreso en asuntos poblacionales. De acuerdo con estimaciones del Banco Mundial, para el año 2000 el 56% de las familias de Guatemala se encontraba por debajo de la línea de pobreza y, de éstas, un 16% estaba en condiciones de extrema pobreza. Los niveles de pobreza son más agudos en los grupos indígenas: más de las tres cuartas partes estaba por debajo de la línea de pobreza (76%) y, de ésta, más de la cuarta parte (27%) se encontraba en condiciones de extrema pobreza.<sup>4</sup> Vale recordar que la población indígena representa el 41% de la población total guatemalteca.

Guatemala tiene una de las tasas más altas de fecundidad de Latinoamérica y la más alta de todo Centroamérica. Mientras el tamaño promedio de la familia para la región centroamericana es de 2,9 hijos por mujer, en Guatemala era de 4,4 hijos por mujer en 2002.<sup>5</sup> En las mujeres indígenas, el tamaño de familia es más del doble del promedio centroamericano, y supera al promedio nacional en dos hijos (6,1). Las mujeres de áreas rurales tienen también un tamaño de familia más alto que el promedio de Centroamérica y más alto que el promedio nacional, aunque es ligeramente más bajo (5,2) que el de las mujeres indígenas. La alta fecundidad en mujeres indígenas y de áreas rurales se debe a la combinación de varios factores: una iniciación sexual y conformación de familia muy temprana; un mayor número de hijos deseados y un menor uso de métodos anticonceptivos que sus contrapartes no indígenas y urbanas.<sup>6</sup>

El uso de métodos anticonceptivos en Guatemala es el más bajo de América Latina y el Caribe. Mientras el resto de países de la región ha alcanzado niveles de uso anticonceptivo entre 47% y 69%, en Guatemala la tasa es de 43%.<sup>7</sup> La información disponible sugiere que muchas mujeres guatemaltecas continúan enfrentando problemas para planear sus familias. En 2002, casi un

tercio (28%) de los nacimientos recientes de las mujeres en unión fueron no planeados; esto es, no se deseaba tener más hijos o se deseaba tenerlos más tarde.

### Situación del aborto en Guatemala

En Guatemala, el aborto inducido es altamente restringido y sólo se permite para salvar la vida de la mujer.<sup>8</sup> Sin embargo, su práctica es muy común, puesto que aproximadamente 65.000 abortos ocurren cada año en mujeres de 15 a 49 años, lo cual representa una tasa anual de 24 abortos por cada mil mujeres guatemaltecas en edad reproductiva.<sup>9</sup> Como es el caso de todos los países con legislaciones altamente restrictivas, el aborto se realiza clandestinamente y en condiciones que ponen en riesgo la salud y la vida de la mujer. En efecto, muchas mujeres mueren y muchas otras sufren complicaciones debido a que una gran proporción de los abortos son realizados por personas no calificadas y sin las debidas condiciones de asepsia requeridas.

La clandestinidad del aborto explica la falta de registros oficiales sobre la morbilidad y mortalidad por aborto en Guatemala. No obstante, la escasa evidencia disponible señala que el aborto inducido está ocurriendo y representa un serio problema de salud. Un estudio realizado entre agosto de 1993 y julio de 1994 en seis hospitales de Guatemala encontró que, del total de mujeres tratadas por complicaciones de aborto durante ese período, cerca del 50% de los casos tenía mayor probabilidad de haber sido inducido.<sup>10</sup> Otro estudio realizado en el 2000 en el hospital de Coatepeque mostró que el 10% del presupuesto hospitalario y el 30% del servicio de gineco-obstetricia<sup>11</sup> se destinaron a la atención de pacientes con complicaciones de aborto. El estudio sobre mortalidad materna –estimada en 153 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos en el 2000<sup>12</sup>, una de las más altas de Centroamérica– reveló que el aborto es una de las principales causas de la mortalidad materna en Guatemala. Otros estudios calculan que entre un 10%<sup>13</sup> y un 33%<sup>14</sup> de todas las muertes maternas que ocurren por año en Guatemala se debe al

aborto inducido. En un estudio más reciente, los profesionales de la salud entrevistados\* declararon que las principales complicaciones como resultado de abortos realizados en condiciones de riesgo son la hemorragia, la perforación uterina, la infección, el aborto incompleto, la infertilidad, el daño de órganos adyacentes, dolor, anemia y muerte.<sup>15</sup> Cálculos basados en este mismo estudio indican que 27.000 mujeres fueron atendidas por complicaciones de aborto, de las cuales cerca del 80% se debía a aborto inducido. Estas cifras revelan una realidad palpable, difícil de ignorar: muchas mujeres guatemaltecas están recurriendo en forma clandestina a una medida desesperada para controlar su fecundidad, y muchas están sufriendo complicaciones que requieren tratamiento médico.

Sin embargo, estos resultados son apenas una parte del problema, debido en gran medida a la escasez de evidencia empírica confiable sobre el aborto en el país.

### **Justificación y objetivos**

En países donde el aborto es altamente restringido por ley, muy poco se sabe acerca de las verdaderas dimensiones de la morbilidad asociada al aborto y sobre el impacto que tiene el aborto inseguro en la salud y la vida de las mujeres y sus familias. Existe además un gran desconocimiento acerca de las consecuencias para las mujeres que nunca llegan a las instituciones de salud, quienes por lo general son mujeres muy pobres o viven en las áreas más apartadas del país. La falta de evidencia ha conducido a que se ignore el problema o no se le dé la debida importancia que le corresponde.

El presente estudio aborda la necesidad de información sobre las consecuencias sociales, económicas y de salud del aborto inseguro para las mujeres y sus familias. Se consideró que la investigación cualitativa era el mejor enfoque para abordar un tema sensible como el aborto, y sobre el cual no hay mayor información. También era el mejor enfoque para proveer nueva información detallada sobre las circunstancias que rodean el embarazo no planeado, la decisión de buscar un aborto y las consecuencias para aquellas mujeres que tienen un aborto inseguro y no obtienen ni buscan atención médica para las complicaciones resultantes o demoran en hacerlo. Asimismo, debido a la poca experiencia que hay en el mundo sobre las consecuencias sociales y económicas del aborto inseguro, no existen modelos ni pautas que pudieran seguirse para abordar estos temas. Por lo tanto, el desarrollo del estudio tuvo que ser de carácter exploratorio.

\*Estudio basado en una muestra intencional de expertos conocedores de la atención postaborto (74 profesionales).

Por otra parte, debido al alto nivel de sensibilidad del tema a tratarse, los investigadores estuvimos conscientes de las dificultades que enfrentaríamos para lograr que las personas relataran experiencias personales de aborto. Por lo tanto, se consideró importante indagar sobre experiencias conocidas de otras personas de la comunidad o de la familia. Igualmente, se estimó conveniente obtener una visión de la experiencia de aborto desde diferentes perspectivas: de mujeres y hombres de 18-60 años y proveedores de atención en salud.

Evidentemente, el principal grupo a incluir en un estudio sobre morbilidad por aborto son las mujeres en edad reproductiva. En este estudio se excluyeron las menores de 18 años (pese a que el aborto también ocurre en este grupo) debido a la dificultad de obtener el consentimiento informado de los padres o tutores, dada la naturaleza del tema. Las mujeres de 50 a 60 años se incluyeron con el fin de explorar posibles cambios ocurridos en los últimos 20 años, comparando la situación cuando ellas estaban en edad fértil con la situación actual (información basada en vivencias de sus hijas –si tenían– o de familiares o conocidas).

Se incluyeron hombres, ya que ellos pueden jugar un papel importante en la decisión de la mujer de hacerse un aborto y de buscar atención médica para las complicaciones de aborto. En muchos casos, el hombre es quien da el apoyo económico y quien decide cuándo y dónde buscar atención médica. Los hombres también pueden verse afectados por las consecuencias de un aborto, y pueden tener conocimiento sobre el tema a partir de la experiencia de alguien cercano como sus esposas o compañeras, familiares o mujeres de su comunidad.

Se consideró igualmente valioso conocer la visión de los proveedores de salud debido a su papel en la prestación de servicios de salud reproductiva. Estos proveedores tienen una alta probabilidad de atender a mujeres con complicaciones de aborto y, por lo tanto, de tener mayor conocimiento sobre las complicaciones más comunes y las consecuencias en salud y el tipo de tratamiento utilizado.

### **Preguntas de investigación**

Muchos factores pueden hacer que las mujeres no busquen atención médica para las complicaciones de aborto o demoren en buscarla. La estricta legislación y el fuerte estigma social que rodea el aborto pueden atemorizar e inhibir a las mujeres a admitir haberse hecho un aborto. Por ello, hacen lo imposible por mantenerlo en secreto, y esta necesidad se convierte en una de las principales barreras para la búsqueda de atención mé-

dica. Es posible también que las mujeres desconozcan dónde ir o a quién acudir, y otras carezcan de los medios económicos para cubrir los gastos que ocasione su desplazamiento y atención médica, especialmente si residen en áreas remotas. En otros casos, puede haber temor al maltrato por parte del personal de salud o aprensión de ser atendidas por personal masculino. En Guatemala, donde la población indígena representa el 41% del total de la población del país, hay un bajo uso de servicios de salud por parte de las mujeres indígenas, entre varias razones debido a la oposición de los hombres a que sus esposas reciban atención biomédica.<sup>16</sup> En otros tantos casos, el compañero puede ser quien se rehúse a proveer los medios económicos para el tratamiento de las complicaciones de aborto.

Para que las autoridades de salud puedan desarrollar acciones de prevención y tratamiento del aborto inseguro sobre bases informadas y, por ende, afrontar una de las principales causas de la mortalidad materna en Guatemala, es vital disponer de información sobre la morbilidad por aborto que no llega a las instituciones de salud. Una primera aproximación sería intentar dar respuesta a preguntas como: ¿Qué hacen las mujeres cuando se enfrentan a un embarazo no deseado? ¿A quién (o dónde) acuden y qué hacen? ¿Reciben apoyo del compañero? ¿Buscan las mujeres atención médica? ¿A quién o a dónde acuden? ¿Cuánto tiempo esperan para ir a buscar ayuda médica? ¿Se tratan ellas mismas? ¿Por qué razón? ¿Qué consecuencias sociales, económicas y en salud sufren las mujeres que no buscan tratamiento para sus complicaciones de aborto inseguro o se demoran en buscarlo? ¿Es diferente la conducta en mujeres indígenas y no indígenas, y entre mujeres urbanas y rurales?

Para contestar estas preguntas y tratar de llenar el vacío de conocimiento que existe en esta área, el Instituto Guttmacher, en colaboración con la Federación de Salud Infantil y Reproductiva de Guatemala (FESIR-GUA)\* y la asistencia de una asesora técnica, llevó a cabo un estudio cualitativo y exploratorio sobre la morbilidad debido al aborto en comunidades de dos áreas de Guatemala: una urbana y otra rural. Una de las comunidades del estudio fue en el área periurbana de la ciudad de Guatemala y las otras comunidades en un área rural del centro del país. De esta forma era posible captar diferencias importantes en las percepciones que tienen mujeres, hombres y proveedores de salud en torno al aborto. El estudio utilizó entrevistas en profundidad y sesiones de grupos focales, técnicas que permitían comprender en detalle los valores y las normas de la comunidad, y las actitudes y conductas per-

sonales de los individuos.

Este estudio forma parte de una investigación mayor “Documentando la incidencia y el impacto del aborto inseguro: una investigación en Guatemala” realizada por el Instituto Guttmacher y el Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva (CIESAR). Los otros dos componentes del proyecto incluyen una revisión de las condiciones de la atención postaborto y la estimación del nivel de incidencia del aborto basada en dos encuestas, una de nivel nacional en todas las instituciones de salud de Guatemala que proveen atención postaborto y la otra con un selecto grupo de profesionales de la salud. El proyecto global comenzó en enero de 2003 y la recolección de datos sobre las dos encuestas cuantitativas se llevó a cabo en septiembre de 2003. Los datos sobre los cuales se basa este informe se efectuó en el primer semestre de 2004. De este esfuerzo de investigación ya han sido publicados los resultados de los dos componentes cuantitativos.<sup>17</sup> Además del presente informe, en el momento se encuentra en preparación un informe final, el cual sintetiza los resultados de los componentes cuantitativos con los de este estudio cualitativo e incorpora información de encuestas nacionales representativas de mujeres en edad reproductiva de Guatemala. Este último informe estará disponible a finales del año 2006.

### Estructura del informe

El Capítulo 1 de este informe ofrece, en forma resumida, una visión del contexto del aborto en Guatemala y los objetivos del estudio.

El Capítulo 2 describe el diseño del componente cualitativo del estudio y su metodología, incluyendo los retos y las limitaciones de los datos de dicho componente.

En el Capítulo 3 se presenta la percepción de los entrevistados respecto de la ocurrencia de embarazos no planeados y la conducta seguida por las mujeres cuando se enfrentan a una experiencia de estas.

El Capítulo 4 describe las percepciones acerca del aborto espontáneo e inducido, incluyendo los métodos utilizados, los tipos de proveedores del servicio y los costos del aborto inducido.

En el Capítulo 5 se presentan las percepciones de los participantes del estudio acerca de las complicaciones de aborto, incluyendo el tipo de complicaciones, qué hacen y a dónde acuden las mujeres ante la eventual-

\*FESIRGUA es una red de organizaciones mayas que trabaja en siete departamentos del altiplano Guatemalteco. Las organizaciones miembros de esta red son ASECSA, BELEJEB BATZ, RXINN TINAMIT, IDEI, PIES del Occidente, SHARE, Cooperativa el Recuerdo, Renacimiento y la Asociación C.D.R.O.

dad de una complicación, las razones para la demora en buscar atención médica y por qué se prefiere más a un proveedor que a otro.

En el Capítulo 6 se describen las consecuencias económicas, sociales y en salud del aborto inducido, incluyendo los costos económicos y sociales de las complicaciones del aborto inseguro.

En la última sección, el Capítulo 7, se resumen los principales resultados y se hacen algunas recomendaciones para orientar el diseño de políticas encaminadas a mejorar la atención postaborto, prevenir el embarazo no deseado y disminuir la incidencia del aborto inseguro.

Con los resultados de este estudio esperamos llenar los vacíos de conocimiento sobre la morbilidad por aborto y poner a disposición de los formuladores de políticas en salud, información confiable y actualizada para el diseño de políticas centradas en las necesidades en salud sexual y reproductiva de las mujeres guatemaltecas.

## Capítulo 2

# Metodología

### Áreas del estudio

El estudio se llevó a cabo en dos áreas de Guatemala: una urbana y una rural. En representación del área rural se seleccionaron algunas aldeas de Patzún, municipio del departamento de Chimaltenango (altiplano de Guatemala) y en representación del área urbana se seleccionó un sector de La Reinita, comunidad peri-urbana de Ciudad de Guatemala. La mayoría de la población de Patzún es kaqchikel (90%), tercer grupo maya más grande del país, mientras que la población de La Reinita es mayormente no indígena.

### En Patzún

Para las entrevistas a profundidad se seleccionaron las aldeas de Chichoy Alto, Chichoy Bajo, El Paraíso y Xeatz'an. Estas aldeas son cercanas unas a otras pero distantes de Patzún, donde se halla El Renacimiento.\* Se buscó cercanía entre las aldeas (debido a la dificultad de transporte en un área rural montañosa, con población dispersa) y, a la vez, que fueran distantes de Patzún, a fin de disminuir el posible sesgo que podría introducir la asociación de El Renacimiento con el estudio. Para los grupos focales se seleccionó un mayor número de aldeas con el fin de mantener el anonimato de los participantes de dichas sesiones. Las aldeas seleccionadas fueron Las Mercedes, Chiquel, Xetzitzi, Xejolón, Chuchuca', Chuinimachicaj, Mocolicxot Alto, Cojobal, Xeatz'an, Chichoy Alto, Chichoy Bajo y El Paraíso.

### En La Reinita

En el área de La Reinita se seleccionó el barrio de Santiago de los Caballeros, uno de los diez barrios que conforman este sector, el cual tenía las condiciones necesarias para la selección de participantes del estudio por su mayor tamaño de población, y a su vez, ofrecía un mayor grado de seguridad para el personal de campo debido a que el sector presenta altos niveles de delincuencia común.

### Diseño del estudio

Se incluyeron mujeres en edad reproductiva (18 a 49 años), mujeres mayores (de 50 a 60), hombres de 18 a 60 años, promotoras de salud de FESIRGUA y proveedores de salud que trabajan en las comunidades del estudio.

En total se realizaron 72 entrevistas individuales y 12 grupos focales. En cada área del estudio se entrevistaron siete mujeres por cada grupo de edad: 18-30, 31-45, 46-60; siete hombres de 18 a 60 años y ocho proveedores de salud entre médicos, enfermeras, comadronas† y dependientes de farmacia y curanderos. Igualmente, por cada área de estudio se conformaron dos grupos focales con mujeres de 18 a 49 años, dos con mujeres de 50 a 60 años, uno con hombres y uno con promotoras de salud de FESIRGUA. En promedio asistieron de siete a ocho personas en cada grupo focal, para un gran total de aproximadamente 90 personas (Tabla 1, página 14).

### Temas abordados y guías

Se utilizaron las guías de entrevistas a profundidad y de grupos focales utilizadas en un estudio similar del Instituto Guttmacher en Uganda.<sup>18</sup> Estas guías fueron revisadas y ajustadas a las condiciones de Guatemala. Aunque algunas entrevistas y los grupos focales de Patzún se hicieron en kaqchikel, no fue necesario traducir las guías a este idioma debido a que el personal a cargo de las entrevistas en esta área es completamente bilingüe. En total se diseñaron tres guías de entrevistas a profundidad (para hombres, mujeres y proveedores de salud) y tres guías de discusión de grupos focales: hombres, mujeres de 18 a 49 años y mujeres de 50-60 años. Copia de estas guías pueden obtenerse de los autores a solicitud.

---

\*El Renacimiento es la ONG local, miembro de FESIRGUA

†La comadrona es el único recurso de salud reproductiva en las comunidades rurales de Guatemala. Son altamente apreciadas y respetadas por toda la comunidad. Por lo general reciben capacitación de otra comadrona, aunque el Ministerio de Salud realiza capacitaciones formales de vez en cuando. Dan atención prenatal (por la cual no cobran nada) y atención de partos.

**Tabla 1: Número de participantes en grupos focales y entrevistas individuales por grupo y área del estudio**

Técnica	La Reinita	No. de Participantes en los GF	Patzún	No. de Participantes en los GF
<b>GRUPOS FOCALES</b>				
Mujeres (18-49)	2	16	2	16
Mujeres (50-60)	2	13	2	13
Hombres (18-60)	1	8	1	8
Promotoras de salud de FESIRGUA	1	8	1	8
Total, sesiones grupos focales	<b>6</b>	<b>45</b>	<b>6</b>	<b>45</b>
<b>ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD</b>				
Mujeres (18-49)	7		7	
Mujeres (50-60)	7		7	
Mujeres (46-60)	7		7	
Hombres (18-60)	7		7	
Proveedores de salud	8		8	
Total, entrevistas a profundidad	<b>36</b>		<b>36</b>	

Mientras los grupos focales fueron diseñados para obtener una dinámica grupal de consenso o desacuerdo sobre las normas y expectativas de la comunidad en aspectos relacionados con el aborto, las entrevistas a profundidad se diseñaron para obtener información detallada acerca de la experiencia personal y de otras personas conocidas o allegadas a la entrevistada (o al entrevistado) sobre estos asuntos. Se consideró necesario indagar por la experiencia de terceras personas conocidas o cercanas a los participantes debido a que muchas veces las personas prefieren relatar casos conocidos o comentar las vivencias propias pero en forma que parezcan ser casos de otras personas.

### Actividades preparatorias

*Prueba de instrumentos:* La prueba de las guías de grupos focales y de entrevistas a profundidad se llevó a cabo del 23 al 28 de febrero 2004 en la cabecera municipal de Patzún y en el barrio Nueve de Junio en La Reinita, áreas diferentes a las del estudio. Se realizaron en total 11 entrevistas a profundidad (seis con mujeres, dos con hombres y tres con proveedores de salud: comadrona, enfermera y médico) y cuatro grupos focales (dos de mujeres y dos de hombres). Tres de las cuatro entrevistas y los dos grupos focales de Patzún fueron realizadas en kaqchikel, el idioma más utilizado en Patzún.

*Personal de campo:* El personal de campo consistió en tres entrevistadores: dos mujeres y un hombre. Las entrevistadoras fungieron como moderadoras y asistentes en la toma de notas en los grupos focales. El entrevistador desempeñó la labor de facilitador de los dos grupos focales de hombres, con la asistencia de otro hombre para la toma de notas en estas sesiones. En la traducción

y transcripción al español de las grabaciones realizadas en kaqchikel participaron las dos entrevistadoras, con la colaboración de una traductora-transcriptora. La traducción fue revisada por el director de FESIRGUA, versado en idioma kaqchikel y co-investigador del estudio.

Todo el personal, a excepción de la entrevistadora maya quien tiene estudios de pedagogía, eran profesionales de ciencias sociales y de salud, con varios años de experiencia en el campo de educación en salud y con experiencia en conducir grupos focales y realizar entrevistas a profundidad. Previo a la capacitación, todo el equipo del estudio firmó el formato de Acuerdo de Confidencialidad.

*Capacitación:* La capacitación del personal de campo, a cargo de la asesora del estudio, se realizó del 18 al 20 de febrero de 2004 en Chimaltenango. Durante el entrenamiento, se hizo una revisión de la situación de salud reproductiva de la mujer guatemalteca y un breve recuento del proyecto y sus componentes. Igualmente, se revisaron los objetivos de las preguntas contenidas en las guías, para asegurar que los conceptos y las palabras no perdieran el sentido al traducirlos al kaqchikel.

### Trabajo de campo y recolección de información

*Proceso de selección de hombres y mujeres para entrevistas a profundidad:* Con base en los listados censales disponibles en FESIRGUA se hizo una primera selección de participantes de acuerdo con los criterios de edad y residencia, pero no sobre paridad o experiencia de aborto debido a carencia del dato en dichos listados. En el caso de los hombres, los criterios de selección fueron edad (18 a 60 años), residencia o haber estado in-

volucrados en una situación de embarazo, independientemente del resultado del embarazo (Ver Anexo 1).

Utilizando los listados de selección previa, tres facilitadores de Renacimiento que trabajan en las aldeas de Patzún colaboraron en la identificación y el reclutamiento de los participantes del área rural. Debido a que la base de datos estaba desactualizada y en muchos casos no era posible contactar a las mujeres previamente seleccionadas, se optó por pasar a la casa vecina de la mujer inicialmente seleccionada e indagar si había alguna mujer que cumpliera con los criterios de selección. Si la mujer llenaba los requisitos de edad, residencia, paridad y aceptaba participar en el estudio, se procedía a hacer la entrevista, si era factible. En caso contrario, se fijaba una cita para la entrevista. La mitad de la muestra fue identificada y contactada utilizando las listas iniciales disponibles y la otra mitad se seleccionó utilizando el proceso alternativo de selección (usualmente la vecina) o seleccionando al azar cada quinta casa. En el área de La Reinita (urbana), se contó inicialmente con la colaboración de la enfermera coordinadora de las promotoras de salud asociadas a FESIRGUA pero, por problemas de salud de esta persona, se dio la necesidad de pedir ayuda a dos de sus asistentes.

*Proceso de selección de hombres y mujeres para grupos focales:* Para asegurar el anonimato de los participantes a los grupos focales, se solicitó a cada una de las promotoras de salud de FESIRGUA que invitara un (una) participante de la comunidad o aldea donde trabajaba. A cada uno de los participantes se le informó sobre los objetivos de la reunión, el día, lugar y la hora de la reunión. Las sesiones en Patzún se realizaron en la sede de Renacimiento, los días martes y viernes en horas de la mañana, cuando el transporte se facilita y las personas acuden más fácilmente a la cabecera municipal por ser días de mercado. En La Reinita, la primera sesión se efectuó en la casa de una de las trabajadoras de salud de la comunidad y las demás, en la sede de un jardín infantil.

La selección de los proveedores de salud de ambas áreas se hizo al azar, sobre la base de un listado elaborado conjuntamente por el director del estudio y algunos promotores de salud de la institución. Dentro de los proveedores se incluyeron médicos, enfermeras, dependientes de farmacias, comadronas y curanderos.\*<sup>19</sup>

*Obtención del consentimiento informado:* Antes de realizar las entrevistas a profundidad y los grupos focales, a todas las personas se les explicaron los objetivos

del estudio, se les solicitó firmar el formato de consentimiento informado y se les pidió permiso para grabar las entrevistas. El equipo de trabajo de campo se aseguró de que las entrevistas a profundidad y las sesiones de grupos focales se desarrollaran en un lugar privado, seguro y apacible.

El tiempo de duración de las entrevistas fue variable, ya que dependía de las características, la experiencia y el conocimiento de los entrevistados sobre el aborto. Las entrevistas de hombres y mujeres tuvieron una duración de treinta minutos a dos horas, mientras que las de los proveedores de salud tomaron entre treinta minutos y dos horas y media. Los grupos focales duraron entre una y dos horas.

*Recolección de datos:* La recolección de la información se llevó a cabo en Patzún del 23 de marzo al 14 de abril y en La Reinita, del 19 de abril al 31 de mayo de 2004. En todos los casos se utilizó grabación de audio.

### Procesamiento y análisis de los datos

Una vez terminado el proceso de transcripción y traducción de las entrevistas al español, los textos fueron codificados utilizando el paquete N6, versión QSR International de Australia, para análisis de datos cualitativos. La estructura de nodos para las categorías de análisis de la información se organizó siguiendo la temática examinada de embarazo no planeado, aborto espontáneo e inducido, complicaciones y consecuencias económicas, sociales y en salud del aborto.

Los resultados se presentan de acuerdo con las preguntas y los temas abordados en el estudio. Dentro de cada tema se describe lo expresado por cada grupo en particular –mujeres, hombres y proveedores de salud– tanto en los grupos focales como en las entrevistas a profundidad. La idea no es comparar los resultados de una técnica con otra (EP versus GF) sino complementarlas para enriquecer el conocimiento sobre el tema del aborto. Adicionalmente, la información se presenta desde las diferentes situaciones exploradas: la experiencia de aborto en la comunidad o de terceras personas conocidas y la propia experiencia de los entrevistados. En muchos casos se resaltan las diferencias o similitudes entre lo urbano y lo rural y entre subgrupos de participantes

\*A lo largo de este informe se hablará de proveedores biomédicos y no biomédicos. En el contexto de la estructura de atención en salud en Guatemala coexisten y se utilizan paralelamente proveedores tradicionales, populares y biomédicos. Estos últimos son personal de salud calificado que trabaja en hospitales y centros de salud públicos y privados. Los proveedores biomédicos incluyen médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería. Los no biomédicos incluyen comadronas, dependientes de farmacia y curanderos.

**Tabla 2. Algunas características demográficas básicas de los entrevistados según área**

Características	Patzún		La Reinita	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Edad (promedio)	38,2	32,6	33,7	38,4
Años de escolaridad (promedio)	2,5	5,7	3,3	4,3
Total de hijos tenidos (promedio)	6,2	3,1	4,1	2,4
Total de hijos sobrevivientes (promedio)	5,3	3,1	3,7	2,4

según género y edad. En general, la información recolectada con las promotoras de salud de FESIRGUA se presenta en forma conjunta con las de las mujeres de la comunidad. Esta decisión se tomó porque las promotoras, a pesar de tener cierta capacitación en salud, cuentan con un nivel educativo y de especialidad en los servicios de salud prestados que no permite asimilarlas al grupo de proveedores de atención en salud.

A lo largo del informe se presentan citas, algunas veces textuales y otras editadas [paráfrasis], para hacerlas más comprensibles al lector. En las citas y paráfrasis se especifica el género, la edad y la procedencia de la persona entrevistada, o el género y el área del grupo focal.

### Características de los participantes

Las mujeres entrevistadas en La Reinita eran relativamente más jóvenes y tenían más años de escolaridad que las mujeres entrevistadas en Patzún. Por el contrario, los hombres eran de mayor edad y de menor escolaridad que los de Patzún. Asimismo, el tamaño promedio de familia fue menor en los participantes de La Reinita que en los de Patzún (Tabla 2).

Más de la mitad de los participantes –hombres y mujeres– declaró profesar la religión católica (54%) y casi la totalidad estaban casados o en unión (89%, no mostrado). Mientras la mayoría de las mujeres (71 %) eran amas de casa, la mayoría de los hombres eran asalariados. Las pocas mujeres asalariadas del área urbana estaban dedicadas a ventas o a oficios del servicio doméstico, y las del área rural, a la siembra de arveja o bien, eran costureras o tejedoras. Los hombres de Patzún eran básicamente trabajadores agrícolas y los de La Reinita desempeñaban una gran variedad de oficios. Tan solo cuatro hombres, dos de cada área, trabajaban por cuenta propia (los de área urbana en ventas y jardinería, y los de área rural en carpintería y construcción).

Los proveedores de salud entrevistados incluyeron seis médicos y dos enfermeras, seis comadronas y dos dependientes de farmacias. La edad promedio de los proveedores de La Reinita fue de 51 años, con un rango de 33 a 78 años, mientras que en los de Patzún la edad promedio fue de 46 años, con un rango de 35 a 58 años.

Diez de los 16 proveedores fueron mujeres. La mayoría tenía más de diez años de experiencia en la provisión de servicios de salud, era católico y estaba casado. Las seis comadronas trabajaban en sus casas y el resto de proveedores en instituciones públicas o privadas.

### Retos enfrentados y limitaciones de los datos

El equipo de investigación enfrentó varios retos durante el trabajo de campo, los cuales se abordaron mediante la implementación de diferentes estrategias.

- La identificación y realización de las entrevistas fue particularmente difícil debido a la desactualización de los listados. Por esta razón, fue necesario adoptar la estrategia alterna de selección de la mujer visitando la casa vecina o cada quinta casa.
- El número de mujeres contactadas para entrevistar fue mayor del planeado debido al rechazo al momento de solicitarles la entrevista y explicarles el propósito de la misma. Para lograr las 21 entrevistas planeadas por área, se contactaron 37 mujeres en Patzún y 50 en La Reinita. Los motivos de rechazo fueron varios: no tener tiempo para atender la entrevista, no estar interesadas en el tema, no desear hablar sobre el tema de aborto y desconfiar de personas extrañas. Esto último es más frecuente en áreas urbanas y particularmente en áreas caracterizadas por altos niveles de delincuencia común, como es el caso de La Reinita.
- En varios casos hubo temor por el uso de la grabadora, debido a la creencia errada de que las mujeres podrían ser identificadas por su voz. Las entrevistadoras-facilitadoras tuvieron que asegurarles y recordarles permanentemente a las mujeres el propósito de la grabación y la confidencialidad de la información. Pese a estos esfuerzos, se observó, sin embargo, que las mujeres hablaban más libremente sobre los distintos temas abordados en la entrevista y grupos focales, una vez que la grabadora había sido apagada.
- Por lo general, se realizaron tan sólo dos entrevistas por día debido a que era altamente peligroso perma-

necer en las áreas del estudio después de que oscureciera. Este riesgo fue particularmente notable en el área de La Reinita.

Al hacerse la lectura de estos resultados, deben tenerse presentes las limitaciones propias en la recolección de información sobre un tema altamente estigmatizado y restringido por la ley, como es el aborto inducido en Guatemala. Uno de los propósitos de las entrevistas individuales era obtener información detallada del proceso de interrupción de un embarazo, desde el momento que se toma conciencia de un embarazo no deseado hasta la búsqueda de atención médica en caso de una complicación. Quizás debido a una combinación de varios factores, la descripción de los relatos no fue clara ni precisa, y casi nadie reconoció haberse hecho un aborto. En primer lugar, a muchas mujeres, por temor o vergüenza, se les hace difícil reconocer el haber tenido un aborto. En segundo lugar, es posible que los participantes no tuvieran información detallada sobre los casos de aborto de conocidas o familiares –particularmente notorio en los hombres y en las participantes de los grupos focales–, condición reforzada por el manto de silencio que rodea al aborto en ambientes donde su práctica es ilegal. En tercer lugar, es posible que las mujeres que hayan pasado por una experiencia de aborto no desearan recordar situaciones que pueden haber sido dolorosas física y emocionalmente. En cuarto lugar, a los entrevistadores-facilitadores les faltó, quizás, un poco de destreza en solicitar mayor precisión del proceso. Debe tenerse también presente que un enfoque cualitativo no permite hacer generalizaciones para toda la población. Una última observación para tener en cuenta en la lectura de los datos son los posibles sesgos o errores que pudieron haberse introducido durante el proceso de traducción al español de las transcripciones de entrevistas y grupos focales realizados en kaqchikel.



## Capítulo 3

# Embarazo no planeado

Desde hace más de una década, la proporción de embarazos no planeados ha permanecido estable en Guatemala. De acuerdo con las Encuestas Nacionales de Salud Materno Infantil (ENSMI), entre 1987<sup>20</sup> y el 2002, el porcentaje de nacimientos no planeados en los cinco años anteriores\* a dichas encuestas ha estado alrededor de 29% y 28%.<sup>21</sup> Esto quiere decir que, por espacio de 15 años, una tercera parte de las mujeres guatemaltecas no ha deseado tener más hijos de los que ya tenía o deseaba esperar al menos dos años antes de tener otro hijo (o uno). Asimismo, el uso de métodos anticonceptivos modernos es aún muy bajo (34%) y la necesidad insatisfecha en anticoncepción es alta (28%). En mujeres indígenas, la necesidad insatisfecha es mucho más alta que el promedio nacional (39%) y en mujeres no indígenas es ligeramente más baja (22%).<sup>22</sup> En este capítulo se explora qué tan frecuente es el embarazo no planeado, cuáles son las razones por las cuales las mujeres tienen embarazos no planeados, qué conducta asumen las mujeres ante un embarazo no deseado, qué hacen los proveedores ante la solicitud de las pacientes de interrumpir un embarazo no deseado y qué papel deben asumir los hombres para ayudar a las mujeres a prevenir los embarazos no planeados.

### ***La experiencia personal de embarazos no planeados es poco reconocida***

Mientras la mayoría de los entrevistados –hombres, mujeres y proveedores de La Reinita– admitió conocer o haber oído entre uno y tres casos de mujeres que quedaron embarazadas sin desearlo, casi la totalidad de los entrevistados de Patzún manifestó no conocer ni haber oído de algún caso, o bien, no reconocieron que fuese un evento frecuente. De las cuarenta y seis personas que afirmaron tener conocimiento, tan sólo cuatro mujeres de Patzún y quince de La Reinita (de éstas, tres fueron hombres) admitieron haber tenido la experiencia de un embarazo no planeado. Varias mujeres de Patzún señalaron que, aunque los embarazos no esperados se presentan, nadie comenta al respecto pues es algo

muy personal que cae dentro de la esfera privada de las personas, lo cual genera silencio o reserva de ello.

*E: ¿Conoce usted de alguien o ha oído hablar de alguien que haya quedado embarazada sin estarlo esperando?*

*M: No he escuchado de nadie que no quiera, si no que media vez que resultó embarazada lo tiene que tener.*

*E: ¿Aquí, en esta comunidad, las mujeres platican de este tema?*

*M: No. La mujer, si resulta embarazada, tiene que tenerlo, mujer rural, 35 años*

En los relatos hay indicios sobre el alto valor social asignado a la maternidad. Por un lado, la maternidad es vista más como destino biológico que como una opción de las personas. Es decir, no se puede ser madre y no desear todos los hijos. Además, si se tiene esposo es para tener hijos.

### ***Las razones para considerar un embarazo como no deseado son muy variadas***

Tanto hombres como mujeres expresaron varias razones para considerar cuándo un embarazo es no deseado. La razón principal para los entrevistados de ambas áreas son los problemas de pareja, incluyendo la falta de apoyo económico y emocional del compañero, el alcoholismo, la violencia doméstica, no tener compañero, no reconocimiento del hijo o el no deseo de más hijos por parte del hombre. En menor frecuencia se mencionaron tener ya otros hijos o problemas económicos para sostener una familia más grande, querer evitar el dolor o complicaciones experimentados en embarazos o partos anteriores y, en el caso específico de las adolescentes, el temor a ser expulsadas de sus casas.

Las razones de embarazo no deseado son muy simi-

---

\*Incluye todos los nacimientos en los cinco años anteriores de cada encuesta, y no incluye el embarazo al momento de la encuesta

lares entre las mujeres que han enfrentado la experiencia y aquellas que aseguran que nunca la han tenido: no tenían esposo, tenían problemas con el marido, tenían ya una familia formada y no deseaban *agrandarla*, tener su *cuerpo cansado* debido a las complicaciones en el último parto, no poder sostener otro hijo y rechazo del embarazo por parte del compañero por estar casado con otra mujer.

Ante un embarazo no planeado, las mujeres de ambas áreas asumen una actitud de resignación y califican de inaceptable la posibilidad de una interrupción del embarazo. Sin embargo, hay una diferencia notable entre unas mujeres y otras. Mientras las mujeres del área urbana son más expresivas al hablar de sus sentimientos y tienen mayor capacidad de raciocinio al respecto, las mujeres del área rural son más reservadas y lacónicas.

*La verdad desde que me embaracé [no lo quería], pues yo a principios decía que yo no quería resultar embarazada. Y si no tenía relaciones con él, él se enojaba y era un lío tremendo... Yo sí lloraba amargamente porque yo no quería... Sí, después me fui conformando, verdad. Yo decía bueno, que Dios diga, que sea lo que sea, pero que Dios me lo dé sano, decía yo... Yo nunca pensé en abortarlo... Va contra mis principios... Sí, le voy a decir que yo me sentí tan mal, pero después reaccioné de todo eso. ¡Ay no, Dios! dije yo, perdóname, pero la verdad es de que no esperaba esto, le dije. Bueno, ahora qué puedo hacer más que seguir adelante, ¿verdad?..."*  
—mujer urbana, 32 años.

*E. ¿Ha estado usted embarazada cuando no lo deseaba o no lo esperaba?*

*M. Sí, pero tengo que dar a luz, tengo que tener el bebé.*

*E. ¿Cuántas veces ha quedado usted embarazada sin quererlo o cuando menos lo esperaba?*

*M. Siete veces he quedado embarazada sin esperarlo, mujer rural, 39 años*

Las mismas razones encontradas en las entrevistas individuales se mencionaron en los grupos focales. Sin embargo, el énfasis fue diferente. En las sesiones focales hubo una mayor mención de problemas económicos y de tener ya los hijos deseados, y mucho menos alusiones a los problemas de pareja, abuso conyugal, no tener una pareja estable o problemas de embarazos

o partos previos difíciles. Este cambio de énfasis en las razones para considerar un embarazo como no deseado puede ser consecuencia de la misma técnica de recolección de información. En una reunión grupal las personas pueden sentirse inhibidas a exponer razones que caen dentro de la esfera personal, como los problemas de pareja o la violencia doméstica, no así los problemas económicos.

Otra de las razones aducidas en los grupos focales de mujeres de Patzún fue la baja autoestima y la falta de empoderamiento de la mujer. En estas sesiones se argumentó que las mujeres no se valoran y se dejan mangonear por los hombres, les tienen miedo. Se embarazan porque ellos lo quieren.

Para la mayoría de los proveedores de salud, tanto de La Reinita como de Patzún, las dos razones principales por las cuales algunas mujeres no desean un embarazo son de orden económico —no poder mantener a otro hijo— y el no uso de métodos anticonceptivos. Unos pocos agregaron que el ser muy jóvenes y no conocer su sexualidad ni asumir la responsabilidad de una vida sexualmente activa, no estar casadas y no contar con el apoyo del compañero. Sin embargo, cuando se preguntó a todos los entrevistados específicamente en qué grupo de mujeres era más común la ocurrencia de embarazos no deseados, más de la mitad no dudó en señalar el grupo de mujeres jóvenes y solteras. Este mismo señalamiento fue ratificado en la mayoría de las sesiones focales.

### ***Las actitudes hacia la planificación familiar varían de un área a otra***

Mientras la casi totalidad de mujeres y hombres entrevistados en La Reinita expresó que el uso de algún método moderno de planificación familiar es una de las formas para prevenir los embarazos no deseados, muy pocos fueron los entrevistados en Patzún que lo mencionaron. Aún más, de todas las personas entrevistadas, muy pocas asocian la falta de protección anticonceptiva con la ocurrencia de un embarazo no deseado. Apenas dos mujeres —ninguna de Patzún— y cinco hombres expresaron que el embarazo no deseado puede ocurrir por no uso de métodos incluyendo fallas del método o del uso, temor o desconocimiento de los métodos y oposición del marido. Incluso la mitad de las mujeres de Patzún mostró reservas con algunos métodos o se manifestó abiertamente en contra de la utilización de los métodos anticonceptivos; unos cuantos entrevistados —mujeres y hombres— recomendaron usar métodos naturales de planificación familiar porque consideran que los métodos modernos le hacen daño al organismo. Por

el contrario, muy pocas mujeres y hombres de La Reinita comparten la opinión de utilizar métodos naturales.

*Yo no puedo usar métodos de planificación familiar porque tengo esposo y entonces tengo que tener sus hijos”, mujer rural 40 años.*

*Bueno, digamos que hay modos, pero no usar métodos, porque hay una ley eclesiástica, ¿verdad?... hay una ley que la iglesia le pone a uno, entonces uno va con el tiempo de ella (se refiere al período de la menstruación)... pero no sé usan cosas, medicina o un método o cualquier cosa.... No están de acuerdo (la Iglesia), como ya platicamos, porque trae consecuencias y complicaciones sobre nosotros por eso... —hombre rural, 53 años.*

*... no hay necesidad de recibir pastillas y así pero... para mí, digo yo, que no es bueno porque para mí no es bueno ponerse cosas así porque la pastilla a veces llama enfermedad... todo eso... hace daño... porque la pastilla quieran o no se va amontonando se va amontonando y al poco tiempo viene la enfermedad...” —mujer urbana, 49 años*

Sin embargo, en ambas áreas la casi totalidad de los entrevistados —hombres y mujeres— considera que el uso de métodos anticonceptivos es responsabilidad de la mujer. Unos pocos mencionaron la necesidad de establecer una comunicación y diálogo más efectivos en la pareja sobre planificación familiar. Y aunque la mayoría de los hombres estimó que el gobierno podía promocionar la planificación familiar para evitar los embarazos no deseados, tan sólo tres hombres aceptan usar el condón (todos de La Reinita) y expresan la necesidad de conocer el ciclo menstrual de la mujer para saber cuándo tener relaciones sexuales sin correr el riesgo de un embarazo.

### ***El embarazo no deseado es un concepto extraño en las mujeres rurales***

Ante un embarazo no planeado las mujeres de una y otra área reaccionan en forma diferente. Como se vio anteriormente, la mitad de los entrevistados en La Reinita reconoció haber tenido la experiencia personal, mientras que en Patzún muy pocos lo admitieron, y una gran mayoría de éstos aseguró no conocer a nadie que alguna vez hubiera enfrentado un embarazo no deseado o no planeado. Aún más, las mujeres de esta área

participantes en los grupos focales estuvieron renuentes a hablar incluso de experiencias de terceras personas y muchas veces no contestaron las preguntas de la facilitadora o tendían a contestar vagamente.

En la cosmovisión maya tradicional, la razón principal para unirse en pareja es la procreación de los hijos<sup>23</sup> y para muchos, especialmente los mayores de 40 años, la idea de controlar la fecundidad aún es extraña. Si bien en ambos lugares se habla de la necesidad de espaciar y limitar el número de embarazos, en realidad son pocas las parejas indígenas que lo logran hacer. Vale recordar que sólo el 17% de las mujeres indígenas en unión utiliza un método moderno de planificación familiar.<sup>24</sup> La actitud de varias de las entrevistadas parecía ser que sus embarazos estaban completamente fuera de su control, no sólo porque son los hombres los que deciden cuándo tener relaciones sexuales, sino también por el desconocimiento de su propio ciclo menstrual.\* De igual manera, los embarazos frecuentes se consideran parte intrínseca de la condición de mujer que está en unión. En este contexto, la reacción más común ante un embarazo no deseado es resignarse y continuar la gestación:

*Yo pienso que..., cuando una resulta embarazada, va a venir un niño al mundo. Y después resulta embarazada otra vez, peor si ya no se desea ese embarazo... Así como dice la otra compañera, que un embarazo tras otro embarazo, la mujer se debilita, adelgaza y ya no se arregla... [no se embaraza de nuevo] porque eso ha dicho Dios, que vamos a tener hijos y tenemos que vivir con ellos.” —grupo focal de mujeres, área rural*

*“El otro día me dijo [un amigo] que tenía un problema grande, porque... un hijo sólo tenía nueve meses cuando se dio cuenta que su esposa estaba embarazada otra vez. Entonces ellos tuvieron problema porque ellos dijeron que debería de haber dos años de diferencia entre cada niño... sin embargo no pudieron hacer nada, porque no se dieron cuenta. Y aunque quisieron hacer algo, nada pudieron hacer...” —grupo focal de hombres, área rural*

Tanto en las entrevistas como en los grupos focales, algunas mujeres hicieron mención del estado de domi-

\*De acuerdo con la Encuesta de Salud Materno Infantil de 2002, el 22% de las usuarias de los métodos naturales pudo identificar correctamente el período fértil de la mujer

nación bajo el cual vive la mujer indígena [aunque la no indígena también lo vive]. Bajo este contexto, la mujer no está en condición de decidir sobre su propio cuerpo ni de rechazar las exigencias sexuales de su esposo:

*..para mí eso significa que se violan los derechos de la mujer, porque si la mujer no quiere tener relaciones con su esposo es porque no, una tiene sus razones... pero el hombre insiste hasta que se deben tener relaciones con él. Entonces en ese momento si la mujer está en su etapa de la fertilidad, justamente queda embarazada. Entonces ahí se están violando los derechos de la mujer.”*

*—grupo focal de mujeres, área rural*

En opinión de las mujeres de La Reinita, si la mujer tiene una relación estable de pareja se tiende a consultar con el esposo qué hacer ante un embarazo no planeado. Si las mujeres sienten maltrato, ellas solas deciden qué hacer o consultan con sus madres, vecinas, familiares o amigas.

### ***Las mujeres de mayor edad perciben cambios en relación con el pasado***

En opinión de las mujeres de 50 a 60 años entrevistadas y participantes a grupos focales, a las mujeres jóvenes no les gusta estar embarazadas, no les gusta asumir la responsabilidad de tener más hijos y se prefieren familias más pequeñas, mientras que en el pasado todos los hijos eran deseados. Anotan igualmente que ahora la juventud es sexualmente más activa y que hay una mayor disponibilidad de métodos de planificación familiar para controlar la fecundidad.

*Ahora hay pláticas para las mujeres, como las que nos dan en el Centro de Salud. Pero en los tiempos de antes no era así, sólo llegaba la mujer embarazada con la comadrona y la ayudaba durante el parto.... En cambio ahora se dan consejos, se habla... sobre la vida costosa, que hay que planificar. En cambio antes no se escuchaba nada de eso, era pecado hablar así.”*

*—grupo focal de mujeres, área rural*

## Capítulo 4

# Aborto espontáneo e inducido

### Aborto espontáneo

El aborto espontáneo es la interrupción del embarazo sin ninguna intervención externa deliberada, que puede ser causado por defectos genéticos del embrión o por enfermedades de la madre.<sup>25</sup> Es un problema de salud de la mujer el cual, al igual que el aborto inducido, puede tener consecuencias sociales, económicas y psicológicas para ella, su familia y su comunidad.

La restrictiva legislación y el fuerte estigma social del aborto hacen que muchas mujeres tiendan a ser más abiertas para hablar de pérdidas de embarazo que de abortos inducidos, y suelen declarar más como aborto espontáneo la interrupción deliberada de algún embarazo. Por lo tanto, se consideró que una manera de romper el hielo y ganar la confianza de los participantes para hablar del aborto inducido, era necesario iniciar el diálogo abordando primero el tema de aborto espontáneo a partir de la experiencia de otros, para luego indagar sobre la experiencia personal.

### *El aborto espontáneo se percibe relativamente frecuente*

La gran mayoría de los entrevistados, hombres y mujeres, conoce al menos un caso de aborto espontáneo y, junto con los ocho proveedores biomédicos, lo consideran como un evento relativamente frecuente. Por el contrario, los proveedores no biomédicos tienden a pensar que el aborto espontáneo es poco común.

Pese a que en las entrevistas y sesiones focales no se indagaba sobre vivencias personales de aborto, ya fuese espontáneo o inducido, varios entrevistados y al menos una participante en cada uno de ellos narraron de manera voluntaria y abierta experiencias personales de abortos espontáneos que las mismas mujeres o las compañeras de los hombres habían tenido. Inclusive varias mujeres relataron haber tenido más de uno, y unas pocas declararon haber tenido hasta cuatro abortos espontáneos.

Alrededor del aborto espontáneo existen mitos y creencias generalizadas entre el grupo de participantes. Las

mujeres entrevistadas consideran que el aborto espontáneo es inevitable y ocurre por voluntad divina o por un deseo frustrado de la mujer: por ejemplo, el deseo de comer o beber algo que no logra conseguir, provocando *que se le venga el niño*. Aunque estas creencias son comunes en mujeres de ambas áreas, el deseo frustrado predomina entre las mujeres de Patzún. Otras afirmaciones tienen que ver con hacer esfuerzos físicos (*hacer fuerzas*), sufrir caídas, *tener débil la matriz*, *sufrir enojos* (sentir ira o disgusto) o sustos grandes.

La violencia doméstica se menciona como causa de aborto espontáneo en mujeres del área urbana, mas no en el área rural. Seis de las 21 mujeres de La Reinita dijeron haber abortado por los golpes que les daba el marido.

*“Yo tenía 4 meses de embarazo y él me pegó, me aventó y después me pateó en la panza. Yo tenía 15 años. Me pidió que no contara que me había golpeado y que por eso había abortado.”*  
—mujer urbana, 21 años

*“Yo tuve 3 pérdidas porque mi marido me pegaba mucho y no me alimentaba bien.”*  
—mujer urbana, 47 años

El aborto espontáneo tiene sanción social y de la familia. A nivel de la comunidad, no es bien visto que la mujer tenga una pérdida de embarazo y, a nivel de las familias, particularmente en áreas rurales, se reprocha a la mujer por *no haberse cuidado* y haber precipitado el aborto espontáneo. El reproche, que les genera a las mujeres sentimientos de culpa y vergüenza, proviene principalmente de la suegra\* y del marido. Algunas mujeres de Patzún, en su mayoría mayores de 50 años, y las participantes en los dos grupos focales de esta misma edad y área, mencionaron conocer casos de mu-

\*En el área rural de Guatemala, el patrón de residencia tiende a ser patrilocal.

eres que sentían vergüenza de haber tenido un aborto y sentían temor que se les recriminara por su descuido; esa era una de las causas para la demora en buscar atención médica. Una de las mujeres, al relatar su segundo aborto espontáneo, afirmó haber tardado en solicitar atención de la comadrona cuatro horas hasta que llegó el marido. No quería que su suegra volviera a hablar mal de ella como lo había hecho con su primer aborto.

Un médico de Patzún corroboró estas apreciaciones. Según este proveedor, los hombres de su comunidad tienden a responsabilizar a las mujeres por la pérdida, en vez de darles el apoyo que necesitan.

*... el hombre siempre va a menospreciar a la mujer cuando sufre una pérdida, cuando es un aborto espontáneo, tiene la tendencia el hombre achacar (a) la mujer que sufrió la pérdida, de que no es una mujer apta para los hijos, o que es una mujer que tiene ciertos problemas y que eso hace que pierda a los hijos... hay tendencia de eso. Con respecto a su pareja, y su entorno social es otro problema, porque es mal visto para muchos..., el que alguien sufra un aborto.*

### **No todas las mujeres que sufren un aborto espontáneo buscan atención médica**

Algunas mujeres buscan atención médica en caso de un aborto espontáneo, pero otras no y otras se tardan en hacerlo. Ocho de las 22 mujeres que habían sufrido un aborto espontáneo acudieron al hospital; tan sólo una era de Patzún. En los relatos de casos personales y de terceras personas, varias mujeres mencionaron haber demorado hasta un mes en solicitar la atención: son casos de dolores leves o moderados, pero persistentes. Por el contrario, los casos de dolor agudo o hemorragia, o cuando las molestias son autolimitantes, se acude de inmediato al hospital.

Las razones por las cuales no se busca atención médica inmediata o ningún tipo de ayuda médica son va-

\*El salario diario en el campo estaba alrededor de Q40, lo cual implica que una persona debía trabajar de dos a seis días para poder pagar el transporte hacia el hospital.

†Por ejemplo infusión caliente de manzanilla, pimienta, clavos.

‡La matriz (upam en kaqchikel, que quiere decir tanto estómago como útero) tiende a desplazarse después de grandes esfuerzos como dar a luz, abortar o “hacer fuerzas” (levantar pesos muy grandes). Para hacer regresar el útero a su lugar, las comadronas utilizan por lo general tres métodos: masajes en el vientre, antes y después del parto; vendarlo (fajarlo) e ingerir líquidos calientes; y colgar de los pies a la mujer. Ninguna de las tres terapias es mutuamente excluyente, y en ocasiones, se dan las tres simultáneamente.

rias: las mujeres no sabían que estaban embarazadas; no querían que se enteraran del embarazo; sentían vergüenza de que las viera un médico; no tenían recursos económicos para buscar atención; utilizaban remedios caseros o esperaban sanar por sí mismas. Sin embargo, la razón principal difiere según el área. Para las mujeres de La Reinita, es el maltrato en los hospitales (desde poca amabilidad del personal hasta largas horas de espera), en tanto que en Patzún, es la carencia de recursos económicos y limitaciones de transporte público. Se explicó, por ejemplo, que para llegar a tiempo a tomar turno en el centro de salud de la cabecera municipal, es necesario salir de la aldea a las cinco de la mañana, pues el siguiente autobús pasa dos horas más tarde; es decir, el servicio no es frecuente. En caso de requerir atención médica de urgencia se debe tomar taxi, el cual puede costar entre Q80 a Q250\* (US\$10–32), suma que fácilmente puede representar el salario agrícola de cuatro a seis días. Los bomberos de Patzún cuentan con una ambulancia que presta el servicio a precios más razonables; sin embargo, ninguna de las personas entrevistadas mencionó su utilización.

*Una muchacha estaba a punto de aborto, pero tomó sajcap (miel blanca) y con eso lo retuvo.  
—mujer rural, 60 años*

*Sé de un caso en que el marido llevó a la mujer con el médico hasta después de un mes del aborto. Cuando lo regañaron en el hospital por llegar con tanta demora él no dijo nada, se quedó callado.  
—mujer rural, 19 años*

*Si el esposo no se preocupa y no hay dinero, aunque tengamos mucho dolor no buscamos atención.  
—mujer rural, 43 años*

*Primero buscamos un remedio casero, unas plantas y si eso no alivia y tenemos dinero buscamos al médico. Con mi aborto tuve mucho dolor y fiebre; yo guardé cama tres días y se me pasó el dolor.  
—mujer rural, 43 años*

### **El autotratamiento es lo primero que se hace usualmente a base de brebajes**

Lo primero que hacen las mujeres cuando ocurre un aborto espontáneo es tomarse algún brebaje *caliente*<sup>†</sup>, fajarse para *regresar la matriz a su lugar*<sup>‡</sup> y reposar

todo el día. Si esto no funciona, se busca ayuda no biomédica o biomédica, dependiendo de la complicación. Tanto los proveedores biomédicos como los no biomédicos reafirman lo expresado por las mujeres. La mitad de ellos mencionó el uso de hierbas que las mujeres se autorecetan para el tratamiento del aborto; otros tantos mencionaron el uso de antibióticos.

Para los proveedores biomédicos las prácticas utilizadas en el autotratamiento no son exitosas. Consideran que sólo las mujeres que tienen un aborto espontáneo completo pueden recuperarse, pero no aquellas a las que les quedan restos placentarios. No hay unanimidad entre los proveedores no biomédicos. Dos comadronas opinan que, si las mujeres toman infusión de manzanilla, sí pueden recuperarse por sí mismas, mientras que los seis proveedores restantes manifiestan que algunas lo podrían lograr. Casi todos los proveedores consideran que la mujer corre el riesgo de morir o de desarrollar infección pélvica cuando no busca atención médica; sin embargo, algunas comadronas creen además que una complicación severa como quedar con la *matriz dañada* o quedar *con el daño rezagado en la matriz*, son condiciones que pueden causar cáncer posteriormente.

### ***El recurso médico al cual se acude difiere de un área a otra***

Ante la eventualidad de requerir atención médica para el tratamiento del aborto espontáneo, las mujeres urbanas acuden a los hospitales públicos y las mujeres del área rural, principalmente donde las comadronas y, en segunda instancia, al centro de salud. La consulta con médico particular es poco frecuente a menos que se tengan los recursos económicos para pagar sus servicios y el transporte.

Tanto en los grupos focales de hombres y mujeres como en las entrevistas a profundidad con los proveedores, las opiniones fueron idénticas a las de las mujeres: en el área rural se tiende a consultar primero a la comadrona, quien decide si se refiere a la paciente al hospital y, en el área urbana, las mujeres tienden a acudir directamente al hospital.

Igualmente, todos los participantes del estudio coincidieron en que la consulta no es inmediata. Tiende a haber demora a menos que haya hemorragia profusa. La demora en buscar atención es variable. Una médica de área urbana considera que las mujeres más jóvenes tienden a buscar atención más rápidamente, en tanto que una comadrona de una aldea de Patzún opina justo lo opuesto: las jóvenes primigestantes *no conocen bien su cuerpo y les da vergüenza preguntarle a sus sue-*

*gras*, lo que incide en demorar la consulta. Para otras comadronas, algunas mujeres se tardan entre una y tres semanas en solicitar asistencia médica.

### ***Las comadronas utilizan prácticas tradicionales en el tratamiento del aborto espontáneo***

Los proveedores biomédicos y no biomédicos expresaron que generalmente las mujeres que llegan a consultar por un aborto espontáneo presentan cuadros de hemorragia, dolor y fiebre. El tipo de tratamiento de estas patologías varía. Los proveedores biomédicos utilizan procedimientos modernos como el uso de antibióticos, legrado uterino instrumental (LUI) o aspiración manual endouterina (AMEU). Las comadronas suelen utilizar prácticas ancestrales, como darle a beber a las mujeres pociones calientes a base de hierbas (incluyendo flores de geranio, pimienta, clavo, pericón y manzanilla), *jalarles* la matriz para que baje o darles masajes vigorosos en el vientre para *arreglar la matriz*, sobarlas con brasas (o algo caliente) y fajarlas. La idea es calentar el útero y ponerlo *en su lugar*, pues el aborto hace que éste *se caiga*.

*Les doy a tomar algo caliente (manzanilla, pimienta, clavos) y les sobo con brasas y así se les baja todo. También les paso la plancha caliente: las cubro de papel y les paso la plancha. Mi suegra es indígena y de ella aprendí a calentar.*  
—comadrona área urbana, 42 años

El “fajar” a las mujeres es una práctica utilizada por las comadronas para asegurar el útero en su lugar, no solo en casos de aborto espontáneo sino también después de un parto y de un aborto inducido. Tan solo tres de las seis comadronas (una urbana y dos rurales) comentan que en los casos de aborto incompleto, infección o hemorragia se refiere a las mujeres a los hospitales.

Estas prácticas ancestrales fueron confirmadas por cinco mujeres que habían sido tratadas por comadronas cuando tuvieron un aborto espontáneo. Manifestaron que las comadronas les frotaron el vientre, les pusieron una faja y *les arreglaron la matriz*. Una de ellas mencionó que le gustaba el servicio de la comadrona, particularmente porque no la refería con médicos ni al hospital y que ella sola (la comadrona) la curaba. Para las mujeres, las comadronas tienen la ventaja de hablar el mismo idioma, cobrar muy poco por sus servicios, ofrecer más confianza, conocerlas y estar más cercanas a ellas que los médicos u hospitales.

### ***Se cree que el hombre es ajeno a los problemas de salud de la mujer***

En general, tanto hombres como mujeres expresaron que los hombres tienden a no preocuparse por la salud de sus esposas o compañeras, y sólo algunos de ellos las apoyan y les procuran la atención en salud.

En las entrevistas individuales, cinco mujeres (dos de ellas con experiencia personal de aborto espontáneo) y ocho hombres (seis de ellos de La Reinita) específicamente dijeron que a los hombres no les preocupa la salud de las mujeres. Una de las mujeres que había sufrido un aborto espontáneo relató que, ante la indiferencia del marido, fue su propia madre la que consiguió llevarla al hospital. Hay que recordar que seis mujeres de La Reinita dijeron haber abortado por los golpes que les daban sus maridos. Tan sólo dos mujeres de la misma área manifestaron que el marido las llevó al hospital cuando sufrieron un aborto espontáneo.

Aunque la norma cultural maya dicta que los hombres deben llevar a sus mujeres con el proveedor de salud en caso de requerirse, en Patzún –predominantemente maya– sólo dos hombres manifiestan que en efecto esto se hace. Algunos hombres argumentan que no siempre se procura la atención en salud debido a limitaciones económicas y a indiferencia. Dos más añaden que las mujeres están sometidas emocional y económicamente a sus maridos y estos tienen el poder de decidir si se busca o no atención. Esta dependencia de las mujeres en la búsqueda de atención en salud también ha sido observada en otros grupos indígenas de Latinoamérica (Meentzen).<sup>26</sup> En los estudios de Chirix et al<sup>27</sup> y Castillo<sup>28</sup> hay evidencia sobre el grado de dependencia de las mujeres al poder del hombre dentro de los grupos mayas.

### ***En los servicios privados, el costo del tratamiento del aborto espontáneo es muy alto***

Aunque los servicios en los hospitales públicos son gratuitos, algunas veces las mujeres deben cubrir el costo de algunos medicamentos. Por el contrario, la atención en los servicios privados tiene un costo, por lo regular muy alto e inaccesible para la mayoría de las mujeres y particularmente para las indígenas, dados los altos niveles de pobreza de la población Guatemalteca.<sup>29</sup>

En opinión de las entrevistadas de ambas áreas, en las clínicas privadas se paga por un legrado y tratamiento de complicaciones del aborto espontáneo entre Q1.500 y Q2.000\* (US \$192-256). En Patzún, sólo el

costo de la consulta con médico privado oscila entre Q30 y Q50 (US\$4-6), mientras que en Ciudad de Guatemala los médicos de clínicas privadas cercanas a La Reinita cobran entre Q50 y Q100 (US\$6-13). En Patzún las comadronas cobran, por cada consulta, entre Q3 y Q5 (US\$0,4-0,6 centavos), aunque en algunos casos no cobran nada. No se obtuvo información sobre el costo del servicio prestado por comadrona en área urbana.

Los costos de tratamiento del aborto espontáneo son más altos en Patzún que en La Reinita, pese a que la población del primero – eminentemente maya – es más pobre que la del segundo. En este costo influye el gasto adicional de transporte, el cual puede ser significativo, como se mencionó previamente y, de hecho, muchas veces constituye la principal barrera para solicitar atención médica, aun en los hospitales públicos donde la atención es gratuita. Tal es el caso de Patzún. En La Reinita, la distancia a los hospitales es menor y el transporte puede ser más asequible pero, por estar las viviendas situadas en las laderas de un barranco, no hay acceso para vehículos y es necesario entrar y salir a pie. Las mujeres usualmente llaman a los bomberos o toman taxi, cuyo costo al hospital más cercano es aproximadamente de Q35 (US\$4,50). Aunque los bomberos son un servicio del estado y no cobran por el transporte, en algunas ocasiones se niegan a acudir a la zona debido a la dificultad de acceso y la presencia de pandillas juveniles.

### **Aborto inducido**

Una definición simple de aborto inducido o provocado es cuando hay una intervención deliberada para interrumpir un embarazo. Sin embargo, dependiendo de las condiciones en que se realice, se habla de aborto inseguro o seguro. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud<sup>30</sup>, el aborto inseguro es “un procedimiento para poner fin a un embarazo no deseado, sea realizado por personas que carecen de las aptitudes necesarias o en un ámbito en el que no se cumplen los mínimos criterios médicos, o con la ocurrencia de ambas circunstancias”. Lo opuesto es el aborto seguro. Empero, este no es el caso de Guatemala, donde la mayoría de los abortos cae dentro del primer tipo: inseguro.

En esta sección se examina la práctica de aborto inducido desde dos escenarios: en la comunidad en general y el de la propia experiencia de las mujeres. En las entrevistas individuales y en los grupos focales se preguntó a los participantes qué tan difícil era obtener un aborto, mientras que a los proveedores se les indagó qué tan frecuente era la práctica del aborto en las comunidades. A todos los participantes se les pidió señalar qué

\*Al momento del estudio, la tasa de cambio era de US \$1 = 7.80 quetzales. Los costos que se mencionan se refieren al menor y mayor valor (rango) expresado por los participantes del estudio.

grupo de mujeres en especial recurre al aborto y los métodos de aborto utilizados, así como los costos para la obtención de un aborto y las barreras enfrentadas. Se indagaron igualmente las opiniones de hombres y mujeres sobre las circunstancias bajo las cuales sería aceptable interrumpir un embarazo. En las sesiones focales se exploró qué hacen las mujeres si los intentos por abortar fallan, y si se observan cambios en relación con el pasado. Con los proveedores se exploró la conducta que ellos usualmente asumen en caso de requerimiento de interrupción de un embarazo, así como la probabilidad de que las mujeres recurran al aborto y el nivel de éxito con los métodos utilizados por las mujeres.

***Interrumpir un embarazo no es una decisión autónoma si se es joven o se tiene compañero***

Según los datos recolectados en Patzún, algunas mujeres se cuestionan si desean o deben continuar con el embarazo, especialmente cuando no tienen marido. Si no tienen marido y son jóvenes, los padres son quienes deciden. Si las mujeres tienen marido, hay cierto hermetismo en relación con el proceso de decisión. Los entrevistados de esta área se limitaron a afirmar que *es decisión de la pareja*. Sin embargo, esta expresión es más bien un eufemismo debido a que estudios anteriores sobre el uso de recursos domésticos y agrícolas han mostrado que, con frecuencia, es prerrogativa del hombre decidir por la pareja aunque se manifieste que es decisión de ambos. A la mujer apenas se le consulta, y más frecuentemente sólo se le dan instrucciones sobre el curso a seguir o qué debe hacer<sup>31</sup>.

*“Está entre la pareja decidir. Cuando no tiene esposo son los padres de la muchacha los que dicen para sacarlo”*

*—grupo focal de proveedores, área rural*

En La Reinita los participantes del estudio fueron ligeramente más explícitos sobre el proceso de decisión. En opinión de estos participantes, si las mujeres tienen una relación estable con sus compañeros, se tiende a consultar con ellos; en caso contrario, no. Asimismo, si las mujeres sienten que son maltratadas o no tienen una buena relación de pareja, deciden solas o consultan con varias personas como las madres, vecinas, familiares y amigas.

***El hombre no apoya a la mujer en caso de desear interrumpir el embarazo***

En opinión de la mayoría de las mujeres de Patzún y la totalidad de los hombres de ambas áreas, los varones

no apoyan la interrupción de un embarazo y, para muchos de ellos, no deberían hacerlo porque es pecado. Algunos hombres relataron en entrevistas y grupos focales casos de compañeros que habían abandonado a la mujer por haber abortado. Igualmente, casi la totalidad de los hombres y la mitad de las mujeres argumentaron que únicamente los “mareros” (pandilleros juveniles) aceptaban la interrupción del embarazo. En general, la actitud de algunos hombres es que la mujer debe resignarse a tener los embarazos que ocurran.

Por el contrario, algunas mujeres de La Reinita expresaron que sí hay apoyo del hombre ante la eventualidad de que la mujer desee interrumpir un embarazo. En Patzún, sólo tres mujeres opinaron lo mismo, pero precisaron que la aprobación se da en casos en que la mujer embarazada sea la amante y no la esposa, o cuando el marido no ama a la mujer. El apoyo se limita a cubrir los costos del aborto.

De las dieciséis mujeres que admitieron haber enfrentado la experiencia de un embarazo no planeado, cinco explicaron la actitud asumida por sus esposos en ese momento. En dos casos, los esposos les pidieron continuar con el embarazo y en otros dos, les sugirieron hacerse un aborto (aunque finalmente no lo hicieron), en tanto que la quinta relató haber abortado en contra de su voluntad, siguiendo instrucciones de su compañero.

***Mujeres y hombres consideran difícil obtener un aborto***

En opinión de la mayoría de los entrevistados —hombres y mujeres de ambas áreas— no es fácil hacerse un aborto. Las mujeres de La Reinita aducen que es una decisión difícil de tomar y que resulta arduo encontrar un proveedor calificado, además de que existe temor a los riesgos en salud y la vida de la mujer y temor a que en el hospital se den cuenta del hecho (en caso de complicaciones). Para las mujeres de Patzún, las razones son de índole emocional y religiosa más que de riesgos en salud. Los hombres expusieron motivos similares a los expresados por las mujeres.

*No es fácil porque no todas las comadronas lo hacen. Y después de pronto tienen que ir al hospital y si se dan cuenta que fue provocado, es más difícil.”*

*—mujer área urbana, 51 años.*

*En los hospitales no lo hacen y tienen que ir a lo clandestino. Además emocionalmente debe ser difícil.*

*—mujer urbana, 33 años*

*Ah, es muy difícil, aunque uno diga que es fácil pero ante Dios es pecado y de todos modos si una mujer abortó su conciencia lo lleva, porque no es fácil sacarlo.*

—mujer rural, 49 años

*No es tan fácil que hagan un aborto a la mujer, porque se sabe que es peligroso, se sabe que tanto trae consecuencias y que tal si se muere, tiene que averiguar por qué le paso eso, porque es delante de la comunidad.*

—hombre rural, 53 años

*Porque la gente se da cuenta y después habla.*

—hombre rural 40 años

No obstante, unas pocas mujeres entrevistadas (mayoría de Patzún) consideraron que inducir un aborto no era tan difícil, principalmente porque hay remedios caseros y medicamentos disponibles.

### **Los proveedores no tienen certeza sobre qué tan común es el aborto inducido**

Casi todos los proveedores —exceptuando una médica— expresaron no saber con certeza con qué frecuencia se da el aborto inducido, pero consideran que puede ser alta debido a la clandestinidad de su práctica. Cerca de la mitad de los proveedores reconoció que muy pocas mujeres con embarazos no deseados acudían donde ellos a solicitar un aborto, y casi todos, a excepción de uno, aseguraron no haber realizado nunca un aborto ni haber orientado ni referido a alguna de las mujeres que habían solicitado ayuda para la interrupción de un embarazo. Uno de los médicos de Patzún expresó que nunca ha visto un aborto terapéutico, pues según expresó, la idea aún no es aceptada en Guatemala. Esta observación sugiere que la ley, pese a lo restrictiva que es, no se está aplicando aún en el caso en que está permitido: salvar la vida de la mujer.<sup>32</sup>

*... aquí en Guatemala por lo menos yo nunca he visto un aborto terapéutico, nunca lo he visto, porque la idea en cuanto al aborto terapéutico, acá en Guatemala, todavía no se acepta, hay muchas contradicciones con respecto a una institución, en quienes están de acuerdo y quienes no, al realizar un aborto terapéutico, y nadie quiere asumir una responsabilidad de esas, a pesar de que se pueda tener claro las indicaciones para hacerlo [salvar la vida de la mujer], médico ginecólogo de área rural, 35 años*

Los proveedores hicieron énfasis en que ellos evitaban a toda costa que la mujer abortara, y se limitaban a aconsejar continuar con el embarazo y a dar orientación sobre la necesidad de acudir a controles prenatales, tener una adecuada nutrición y suministrar suplementos vitamínicos, en algunos casos. Los médicos y comadronas expresaron además que recomendaban a las mujeres mejorar la comunicación con su pareja (no se indagó con qué fin), utilizar métodos anticonceptivos en el futuro y, por último, considerar dar el hijo en adopción.

Debido a que la ley de aborto en Guatemala contempla sanciones tanto para las mujeres que se hacen un aborto como para las personas que proveen el servicio, a los proveedores de salud entrevistados no se les preguntó directamente si ellos brindaban servicios de aborto. En consecuencia, es comprensible que casi todos evitaran hacer referencia a la provisión de aborto y procuraran hacer énfasis en la orientación y consejería en cuidado prenatal y prevención del siguiente embarazo.

### **Todas las mujeres tienen probabilidad de recurrir a un aborto inducido**

Más de la tercera parte de los entrevistados cree que las mujeres jóvenes y solteras son las mujeres que más se practican abortos. El siguiente grupo de mayor probabilidad son las mujeres de mayor edad que tienen hijos pero no tienen compañero estable, o que están casadas pero el hijo que esperan es fruto de una relación extramarital. Una médica del área urbana mencionó también al grupo de estudiantes universitarias.

*Son las patojas [adolescentes] que se van a trabajar a Guatemala [ciudad capital] y después ya no quieren a sus hijos, mujer rural, 37 años*

*Pues, en mi criterio y que yo lo he visto, la mayoría son (patojas...) las patojas que andan en la calle, comadrona de área urbana, 40 años*

*(Ella) no tenía esposo, ella trabajaba de sirvienta, pero al patrón la engañó, tuvo que ver con ella, entonces la dejó embarazada del primer niño, razón ella sola con el niño andaba... mujer urbana, 31 años.*

### **Lo primero que intentan las mujeres es autoinducirse el aborto a base de brebajes**

La mayoría de entrevistados y participantes de los grupos focales, afirmó que lo primero que hacen las mujeres para tratar de interrumpir un embarazo no deseado

es la toma de pociones o brebajes a base de hierbas, preparados por las mismas mujeres o por una comadrona. Por lo general, los brebajes se toman solos o en combinación con analgésicos, como la aspirina, que se toma en grandes cantidades (20-40 pastillas), u otros productos como el Alka-Seltzer. Se cree que todos estos métodos son eficaces si se utilizan al principio del embarazo, pero ineficaces cuando la mujer tiene *la matriz fuerte* o *cuando no es la voluntad de Dios*. Otros remedios caseros menos mencionados fueron el sulfato de magnesia, la sal inglesa, el Aralén (medicamento contra la malaria), sal en grandes cantidades (250 gr) y purgante de aceite de castor.

Unas pocas entrevistadas mencionaron otras prácticas como saltar y hacer fuerzas (usualmente levantar objetos pesados) y la inserción en la vagina de objetos sólidos como un lápiz o ganchos de ropa.

#### ***Métodos abortivos más comunes:***

- semillas de aguacate (se pica la semilla y se pone a cocer)
- clavo
- pimienta
- orégano y ajeno
- agua de coco
- caldo de fríjol
- jugo de limón
- cáscara o semilla de granada (fruta)
- mirto (planta)
- flor inmortal (flor seca)
- cilantro con aguardiente (licor)
- la punta de apazote (planta)
- salvia silvestre (planta con hojas son de sabor amargo)
- verbena (planta)
- “remedios amargos” y “remedios calientes”
- “puños de limón” con mejorales (aspirina) en ayunas

#### ***Los brebajes y las sondas son los métodos más utilizados por las comadronas***

La mayoría de las mujeres y la mitad de los hombres de La Reinita mencionaron a las comadronas como el segundo recurso al cual se acude. En Patzún, por el contrario, poquísimos entrevistados las mencionaron y, en dos de los seis grupos focales de esta área, los participantes negaron enfáticamente que ellas practicaran abortos. Es comprensible que, en una sesión focal, se tratara de evitar su señalamiento como proveedoras de

aborto, dado que la comadrona es el recurso de salud más asequible y amigable del cual dispone la población del área rural y la práctica del aborto es una acción prohibida por ley.

De acuerdo con los relatos, las comadronas utilizan tres procedimientos para inducir el aborto: brebajes que se toman durante quince días, colocación de sondas en la vagina e inyecciones. Para los proveedores, estos también son los métodos más comúnmente utilizados: sondas, brebajes e inyecciones de oxitocina o proba nova. Las enfermeras y los médicos señalaron, además, que actualmente se ven pocos casos de inserción vaginal de alambres y otros objetos. Tan sólo una comadrona mencionó la introducción vaginal de una solución de *sal inglesa con sulfato*. Adicionalmente, cuatro médicos hicieron la observación que en Ciudad Antigua, Guatemala se empieza a ver el uso del misoprostol, y que algunas comadronas lo están recetando, pues es de venta libre en las farmacias\*.

*... otra cosa que se ha visto últimamente es que... hay libre acceso a medicamentos como el misoprostol, por ejemplo. El misoprostol es un medicamento... pues ahora las comadronas de alguna forma tienen conocimiento de esto y como es libre la adquisición en la farmacia usted va a decir ‘mire véndame un frasco’, si tiene sus ochocientos quetzales para pagarlo, lo compra...*

—médica ginecóloga, área urbana, 33 años

*“Un medicamento muy popular actualmente es el misoprostol, que... no fue creado para problemas obstétricos... pero más de alguien se dio cuenta que tenía muy buena efectividad en cuanto a interrupción de embarazos y lo están utilizando como tal en muchos lugares...*

—médico ginecólogo, área rural, 35 años

Aparte de estos métodos, unos pocos entrevistados y casi la totalidad de mujeres y hombres participantes en las sesiones focales mencionaron el uso de pastillas e inyecciones que venden en la farmacia. En algunos casos, las farmacias se limitan a expender el producto y en otros, incluyen el servicio de aplicación del medicamento. Sin embargo, ninguna de las personas logró identificar ni recordar el nombre del producto, o quizás no quisieron suministrar la información pese a la insis-

\*Los investigadores no pudieron constatar la venta libre de este medicamento en Ciudad Antigua. Tampoco se obtuvo información sobre por qué los proveedores del área urbana entrevistados no lo mencionaron.

tencia de las entrevistadoras y facilitadoras.

### **Los médicos, otro de los recursos identificados en la provisión de aborto**

Un buen número de mujeres y unos pocos hombres de ambas áreas de estudio señalaron a los médicos como otro recurso en la provisión de servicios de aborto. Sin embargo, los consideran la opción más cara para acceder a un aborto. Anotaron que estos profesionales, además de hacer legrados, también hacen abortos por medio de inyecciones y pastillas. Es posible que algunos de los “doctores” a los cuales se refirieron los entrevistados del área rural fueran en realidad dependientes de farmacia. En algunas entrevistas y en dos grupos focales se mencionó la presencia *del doctor de la farmacia en Patzún quien da pastillas e inyecciones*. Sin embargo, cuando se entrevistó a esta persona se pudo corroborar que no era un profesional médico.

Dos de las entrevistadas del área de La Reinita que mencionaron a los médicos, explicaron haberse enterado de este recurso de aborto a través del dependiente de una farmacia y a través del mismo profesional, quien se ofreció hacer el aborto en el hospital público. En ninguno de los dos casos se llegó a realizar el procedimiento. También se mencionaron casos de mujeres que, aparentemente, ingresaban al hospital por abortos incompletos, esperando que allí les hicieran el legrado. Sin embargo, no se logró establecer si las mujeres habían hecho algo o si alguien les había iniciado el aborto para que posteriormente les atendieran la complicación del aborto en la institución de salud.

De los 16 proveedores entrevistados, únicamente cuatro médicos reconocieron que algunos colegas realizaban abortos mediante el uso de sondas o instrumental quirúrgico. Aunque no se aclaró a qué se referían con instrumental quirúrgico, probablemente se referían a dilatación y curetaje, debido a que el uso de la aspiración manual endouterina aún no es muy generalizado en Guatemala. Igualmente, los investigadores no pudieron establecer la razón por la cual las comadronas y farmaceutas no hicieron mención de los médicos como otra fuente de servicios de aborto.

### **Otros recursos identificados en la provisión de aborto**

Unos pocos entrevistados –hombres y mujeres– señalaron a otras personas de menor calificación en la provisión de aborto: son los curanderos y las mujeres reconocidas como “señoras”. Estos “proveedores de aborto” utilizan principalmente inyecciones y sondas y, en algunos casos, brebajes.

*Mire usted, yo no vivía ni con él, verdad... él en su casa, yo en la mía. Entonces cuando yo resulté embarazada, entonces dije: ‘otro hijo más yo ya no quiero’. Entonces yo platiqué con una señora y ella me dice: ‘usted tan bruta que es’.... Pero a mí me han contado una señora, por allá puede ir usted’ ‘Ay, dígame, a ver cuándo yo voy a ir’, le dije, y me llevó hasta por allí por.... Ella me dijo: ‘mire, váyase y ahí hay teléfono público y donde mire usted ese teléfono público, ahí entra y pregunta por la señora’. Y así fue y yo entré, verdad, y me tocó la señora y me dijo que sí estaba embarazada. ‘Yo le voy a cobrar Q.80.00’ me dijo, ‘y le pongo la sonda. No sé si usted viene dispuesta’. ‘Está bueno’, le dije yo. 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, área urbana, 51 años

Otras fuentes de aborto apenas mencionadas en unas pocas entrevistas individuales y grupos focales fueron los sanatorios (clínicas privadas) y hospitales, los puestos y centros de salud e inclusive la asociación de planificación familiar, donde según estos participantes, se dan pastillas para abortar. Esta última apreciación es incorrecta y parece que las personas confunden las píldoras anticonceptivas (caso de la asociación de planificación familiar) con otro tipo de pastillas que se esté utilizando en la inducción de un aborto.

### **Las sondas y los métodos quirúrgicos son los más eficaces**

Para las comadronas, los métodos más eficaces para inducir el aborto son las sondas, las tomas de apazote y la sal inglesa con sulfato. Para los médicos, son los métodos quirúrgicos y “las píldoras del día siguiente”. Esta apreciación es, desde luego, incorrecta puesto que las píldoras del día siguiente (o anticoncepción de emergencia) no sirven para inducir un aborto sino para prevenir un embarazo. Se utilizan antes de las 72 horas siguientes a la relación sexual sin protección. Después de este tiempo, si ya ha ocurrido un embarazo, no son efectivas. Los métodos considerados ineficaces son, en opinión de las comadronas, grandes cantidades de analgésicos y el agua de clavo; sin embargo, son ampliamente conocidos y recomendados por ellas mismas. Para los

médicos, los métodos ineficaces son las inyecciones y las pastillas que se venden en las farmacias.

***Pese a múltiples intentos, las mujeres no logran interrumpir el embarazo***

Doce mujeres de un total de 42 reconocieron haber considerado o haber intentado abortar. De esas doce mujeres, cinco lo intentaron con remedios caseros (una del área rural) y cuatro acudieron donde una comadrona (una del área rural), el resto tan sólo lo consideró en algún momento.

Varios fueron los métodos utilizados por las cinco mujeres en sus intentos fallidos por abortar: una tomó 30 aspirinas y compró una inyección en la farmacia; otra tomó varias pastillas de Aralén disueltas en jugo de limón, se inyectó “algo” en la farmacia y se tomó el brebaje que le preparó la vecina: cerveza hervida *con no sé qué cuentos que ella conocía*. En un tercer caso, la suegra la llevó a un pueblo cercano para que le pusieran unas inyecciones; además, tomó clavo, pimienta gorda, orégano y jugo de limón con aspirinas. Otra no recuerda qué hierbas tomó y la quinta, al pensar que estaba embarazada, consideró tomar un brebaje de semilla de aguacate o caldo de fríjol, pero finalmente no lo hizo.

*Yo tenía 11 meses que me compuse con mi patoja [nació su hija] cuando yo resulté embarazada del otro... yo le conté a ella [suegra] que estaba esperando, y me dijo...la voy a llevar a Amatitlán para que le pongan su par de inyecciones para que se le venga'... 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. Mire, nada... dice mi suegra... “cuando ya están bien formados y es la voluntad de Dios que vengan a sufrir al mundo, harte que lo que se harte usted, no se viene”. Pero ella fue la que me ayudó porque yo no sabía nada...*

—mujer, área urbana, 52 años

Aunque en los grupos focales no se indagaba la experiencia personal de aborto, algunos participantes de las sesiones en La Reinita (tres mujeres y un hombre) también relataron fallidos intentos debido al uso de métodos tradicionales no efectivos. Dos mujeres afirmaron haber tomado *puños de limón con mejorales en ayunas* y, a pesar de intentarlo varias veces, no les funcionó. Una tercera comentó que su suegra la había llevado a la casa de *una señora que ponía sondas*, pero no quedó claro si finalmente ella había utilizado sus ser-

vicios. El único hombre que se atrevió a comentar su experiencia fallida cuenta:

*[Paráfrasis]: Yo ya tenía cuatro hijos con mi esposa y cuando vino el quinto planeamos hacer un aborto. Ella tomó varias aguas para ver si le bajaba la menstruación, para que abortara, pero después dialogamos y pensamos que era mejor tenerlo...las cosas ya estaban hechas... porque se trataba de una vida más, ¿verdad? Además, el aborto tampoco es bueno para la mujer; ella queda enferma con eso del aborto y si el feto ya está algo mayor, ya de unos cinco meses, el aborto le puede ocasionar la muerte.*

*Yo intenté con pastillas, después con aceite de castor y ninguno de los dos me dio resultado. En otro embarazo solo probé jugo de limón y tampoco me funcionó. Después del intento como que entendí que era la voluntad de Dios mandar a esos niños y me conformé, lo tuve.*  
—grupo de mujeres, área urbana.

En las sesiones de grupos focales también se narraron casos de mujeres que hacen sólo un intento por abortar y, si este falla, se resignan a continuar con el embarazo y dan a luz. Sin embargo, aclararon que algunas jóvenes llevan a término el embarazo pero, después de tener el hijo, lo abandonan o lo dan en adopción.

De las cuatro mujeres entrevistadas que admitieron haber acudido donde una comadrona, una sola\* (de Patzún) logró interrumpir el embarazo tres días después de que le fuera insertada una sonda, pero argumentó haberlo hecho por deseo expreso de su compañero. De las tres mujeres restantes que no lo lograron (todas de La Reinita), dos no se atrevieron a seguir las indicaciones dadas por la comadrona y la tercera no tuvo éxito con el método sugerido. En todos los casos, el método indicado fue la ingesta de un brebaje, a ser tomado solo o en combinación con pastillas. En uno de los casos, la comadrona proporcionó el bebedizo por valor de Q25 la botella, el cual le haría efecto a las dos

\*El relato de esta señora tuvo que ser reconstruido por la entrevistadora. La mujer era conocida de la entrevistadora desde hacía varios años. Durante el trabajo de campo en Patzún, las dos se encontraron casualmente. Al conocer el objetivo del estudio, la mujer espontáneamente contó su caso. Cuando, días después, la entrevistadora le solicitó repetir la narración ante la grabadora, la mujer accedió, pero se mostró completamente inhibida y sus respuestas fueron lacónicas. La entrevistadora se vio en la necesidad de repetir, ella misma, el evento que la mujer le había contado unos días antes y pedirle a la mujer que lo fuera corroborando.

semanas, según se indicó. En otro caso, la comadrona recomendó que hiciera un cocimiento de semillas de aguacate con otras hierbas y tomara unas pastillas que podía obtener en una clínica, ya que no se expendían en la farmacia. La entrevistada se limitó a afirmar que no lo había intentado y no dio información sobre el tipo de pastillas ni la clínica que le habían sido indicadas. A la tercera persona, la comadrona le sugirió tomar infusión de clavo y orégano, pero no le funcionó. Aunque sólo se detectó un caso de aborto por presión del compañero, otros estudios en Latinoamérica han encontrado esta misma causa del aborto inducido.<sup>33</sup>

*[Paráfrasis] La mujer vive en una de las aldeas y trabaja en Patzún como empleada doméstica. Tiene tres hijos de diferente padre, ninguno de los cuales ayuda con su manutención. Ninguno de sus cuatro embarazos había sido deseado. Nunca ha tenido relaciones estables de pareja, sino esporádicas. Al momento de la entrevista mantenía relación con el padre del último hijo [quien estaba casado con otra mujer], también responsable del último embarazo que terminó en aborto. En esta oportunidad, cuando su compañero le preguntó si estaba embarazada, ella lo negó pero sí admitió que tenía un mes de no menstruar, aunque en realidad ya tenía tres meses de atraso. El compañero compró unas “inyecciones” y mandó a la mujer donde la comadrona, quien comprobó que tenía tres meses de embarazo. La comadrona le introdujo una sonda, le puso una inyección y a los tres días abortó. Estuvo con hemorragia y dolor de vientre por una semana. El compañero le compró en la farmacia un brebaje verde [no lo pudo identificar] y acudió de nuevo donde la comadrona, quien le puso tres inyecciones [posiblemente antibióticos pero no se sabe con qué intervalo]. La mujer aseguró que el aborto había sido en contra de su voluntad y que lo había hecho únicamente porque su compañero se lo había pedido. La mujer no pudo especificar costos y expresó que su compañero se había hecho cargo de todos los gastos. El único costo que mencionó fue el del transporte, Q300, posiblemente para llegar donde vive la comadrona que la atendió. Aseguró que al segundo día de no tener dolor ni hemorragia [aproximadamente nueve días después del aborto], volvió a su trabajo habitual.*  
—relato reconstruido por la entrevistadora del caso de una mujer rural, 55 años

### ***El aborto inducido no es aceptado bajo ninguna circunstancia***

Para conocer la actitud que tienen las personas frente al aborto, a todos se les preguntó si es aceptable interrumpir el embarazo en casos de violación, si la mujer tenía SIDA, si estaba en riesgo la vida de la mujer y si las condiciones económicas eran precarias. Mientras las mujeres y hombres de Patzún no aceptan el aborto bajo ninguna de las circunstancias planteadas, algunas mujeres y hombres de La Reinita manifestaron una actitud relativamente más abierta. El rechazo en Patzún es tan fuerte que tres mujeres abiertamente expresaron que aún si la vida de la mujer corría riesgo, era mejor morirse pero no abortar. En tanto que, en La Reinita, unos pocos entrevistados opinaron que el aborto sería justificable en casos de violación (ocho participantes, mitad hombres y mitad mujeres), otros tantos lo justifican en casos de SIDA (dos de ellos hombres) y otros once expresaron no estar seguros o no poder opinar. Tan sólo un hombre del área urbana opinó que el aborto era aceptable en caso de extrema pobreza.

No obstante, es interesante anotar que una participante de uno de los grupos focales de Patzún inicialmente se pronunció en contra del aborto, pero al terminar su relato hizo la reflexión que quizás era aceptable que las mujeres abortaran para que los niños no sufrieran. Por ser una excepción de la actitud general, se presenta su opinión:

*El momento del parto, es un sufrimiento grande que la mujer sufre, pero como Dios es quien le ha dejado a uno [parir hijos] uno debe obedecer. Pero los niños están destinados a nacer y vivir en la tierra y no para que sufran. Pero hay padres de familia que porque son pobres o porque no tienen terreno abortan, pero no debería de ser así. Por ejemplo, un padre de familia toma mucho y tiene muchos hijos, uno de mujer no puede mantenerlos a todos. Y se tiene embarazo tras otro embarazo. Tal vez es por eso que las mujeres deciden o buscan maneras de abortar. Porque ellas solas no pueden con todos los hijos. Hay dos o tres casos en mi comunidad que da lástima verlos así...por eso digo yo que quizás sea bueno que haya mujeres que aborten, porque son los niños los que llegan a sufrir.*  
—grupo focal de mujeres, área rural

Pese al abierto rechazo expresado por la mayoría de las personas del área rural y de varias personas del área

urbana, pareciera que el concepto de aborto provocado (o el intento de abortar) es más censurable que hablar del uso de métodos que ayuden al retorno de la menstruación. En algunas entrevistas las mujeres hablaban de ingerir pastillas y sustancias naturales “*para que les bajara la regla*”. Pareciera que esta expresión es socialmente más aceptable que intentar interrumpir un embarazo o abortar con otro tipo de procedimiento. Las mujeres que en las entrevistas reconocieron haber intentado abortar sin conseguirlo, frecuentemente explicaban su proceder como una falta de reflexión o de madurez, implicando un proceder incorrecto. De las mujeres que lograron abortar, la mujer de Patzún dijo haberlo hecho en contra de su voluntad y la de La Reina lo hizo por su propia voluntad, pero debido a que ya tenía varios hijos y no tenía marido que le ayudara en su manutención; en igual situación se encontraba la mujer de Patzún.



## Capítulo 5

# Complicaciones y tratamiento del aborto

Muy poco se sabe acerca de las mujeres que tienen complicaciones de aborto y no reciben tratamiento médico en las instituciones de salud, o lo reciben de un proveedor no calificado. Para llenar este vacío de conocimiento, el presente capítulo tiene el propósito de describir las percepciones que tienen hombres y mujeres sobre el tipo de complicaciones inmediatas y de largo plazo que sufren las mujeres como resultado de un aborto; averiguar dónde acuden a buscar tratamiento, cuánto tiempo esperan para buscar atención médica, las razones para no acudir a solicitarla, las barreras que enfrentan para la obtención del tratamiento de las complicaciones, las preferencias para recurrir a un proveedor más que a otro y el papel que desempeña el compañero cuando se presentan complicaciones. A los proveedores se les preguntó específicamente acerca de su experiencia en la provisión de atención postaborto y de consejería en planificación familiar, incluyendo la provisión postaborto de métodos anticonceptivos.

### ***Existe el conocimiento de que el aborto inducido suele ser de alto riesgo***

Todos los entrevistados tienen cierta noción de las complicaciones del aborto inducido. Las complicaciones inmediatas más comunes, mencionadas por todos los participantes del estudio, tanto en las entrevistas individuales como en los grupos focales, fueron la hemorragia, el dolor abdominal y la fiebre. Como complicaciones de mediano y largo plazo, se identificaron las infecciones y presencia de restos placentarios (aborto incompleto), palidez y debilidad, daño uterino, infertilidad, cáncer e inflamación pélvica. Unas pocas entrevistadas también mencionaron casos de muerte, o casos de mujeres que estuvieron en cama por un período prolongado de tiempo o estuvieron graves o agonizantes, pero no dieron detalles del tipo de complicación que ocasionó esta situación. Cabe resaltar que un farmacéutico-curandero aseguró no conocer el tipo de complicaciones del aborto inducido, porque según él no ha visto ningún caso. Sin embargo, es probable que

no hubiese querido contestar la pregunta, teniendo en cuenta que lleva 18 años laborando en el área de salud, estudió algunos años de enfermería y previamente dio información sobre las complicaciones más comunes del aborto espontáneo.

### ***Las complicaciones del aborto están asociadas a procedimientos inseguros***

La mayoría de los participantes del estudio considera que las causas principales de las complicaciones de aborto inducido están relacionadas con los medicamentos tomados y la falta de asepsia durante el procedimiento. Para los proveedores –principalmente biomédicos–, además de la falta de asepsia, las causas básicas son el uso de sondas y otro tipo de manipulaciones intrauterinas. Unos pocos entrevistados y participantes de grupos focales creen que algunos remedios caseros como *el jugo de limón* y *bebedizos calientes* y *amargos* causan complicaciones. De acuerdo con sus explicaciones, estos brebajes *cortan la sangre* y *arruinan el útero*. Para otros pocos, en sí mismo el aborto inducido produce infecciones y *debilidad en el útero*.

### ***Cuando las complicaciones no son severas, se tiende al autocuidado***

Por lo general, las mujeres tienden inicialmente al autocuidado si las complicaciones no son severas, y porque hay muchas barreras para obtener tratamiento médico en las instituciones de salud. Existe la creencia de que la severidad de las complicaciones está relacionada con la constitución de la mujer: las que tienen un útero fuerte logran curarse solas, no así las que tienen un útero más débil (la percepción de la fortaleza del útero es independiente de la paridad).

Los participantes de tres grupos focales (dos de Patzún) y unas cuantas entrevistadas del área rural mencionaron que a veces no se busca atención médica porque se tiene la esperanza de curarse mediante la ingesta de fármacos o remedios caseros a base de plantas, brebajes calientes, suplementos vitamínicos y minerales,

y reposo en cama.

Los proveedores biomédicos consideran que algunas mujeres tienden a no hacer nada y esperan a que los síntomas sean autolimitantes para buscar asistencia médica. Unos pocos opinaron que algunas mujeres se autorecetan antibióticos, los cuales a veces pueden ser efectivos, o utilizan hierbas o hacen uso del temascal.\*

A la pregunta sobre qué le pasaba a la mujer que no buscaba atención médica en caso de presentar complicaciones, todos los hombres y proveedores, y unas cuantas mujeres, indicaron que el principal riesgo era la muerte. Otros peligros mencionados fueron la posibilidad de empeorar la infección (según los proveedores), o conducir a condiciones crónicas como cáncer y tumores (según los hombres y las mujeres).

### ***Se busca atención inmediata en casos de hemorragia profusa***

La búsqueda de atención inmediata se hace únicamente en presencia de hemorragia profusa. De lo contrario, la demora es la norma. Sin embargo, la inmediatez y la hemorragia abundante, son conceptos relativos y subjetivos. De acuerdo con algunas narraciones, la mujer podía sangrar profusamente hasta tres horas antes de ser llevada al hospital. Se argumentó que sólo cuando la mujer estaba a punto de perder la conciencia es llevada de urgencia al hospital. Este acontecimiento puede repetirse en una misma mujer, como se observa en uno de los siguientes relatos.

*...pero ahí sí se vio bien grave, ahí sí, porque ella dice que ella ya iba agonizando pues la llevaron al hospital y allí se dieron cuenta los papás porque ella ya estaba morada, ya no hablaba... se acalambraba y todo; y con grandes fiebres, dolor, fiebre y acalambrada... casi como a los tres años volvió ir a parar al hospital, pero ahí sí dice que en el hospital le sacaron la verdad, qué era lo que se había hecho y de ahí tuvo que decir ella que había ido con una comadrona y ahí le habían puesto sonda, ... y entonces le dijeron los médicos de que la próxima vez que hiciera eso, entonces se*

*iba a morir; porque ya no la iban a recibir en el*

\*El temascal es un recinto especial para baños de vapor (sauna maya). Estos baños de vapor forman parte importante de las prácticas mayas en atención postparto y postaborto. Por tradición, cada familia tenía un pequeño recinto de adobe en su vivienda dedicado a los baños de vapor. Con la destrucción de las viviendas que ocasionó el terremoto de 1976, estos recintos no fueron reconstruidos y tan sólo se observan en contadas viviendas de Patzún.

*hospital.*

*—relato de una mujer de área urbana, 51 años, sobre el caso de una conocida.*

*...no se murió porque la llevaron a un sanatorio privado y allí le detuvieron [la hemorragia] y le pusieron suero, pero ella estaba muy grave, le dolía mucho la cabeza,... estaba desmayada... parece que ya llevaba mucho tiempo de embarazo por eso no pudo sacarlo y el papá dijo, 'si algo le va a pasar a mi hija, lo llevamos preso al muchacho porque le dio inyecciones para abortar al niño',...dijo el papá.*

*—relato de una mujer de área rural, 46 años, sobre el caso de una conocida.*

La tardanza puede ser de tres días a varios meses e incluso años. Se relataron casos de posible inflamación pélvica crónica, en los cuales las mujeres buscaron atención diez años después, o incluso más, de haber tenido un aborto.

### ***Son múltiples las barreras para demorar buscar atención médica***

Debido a la restrictiva legislación y al fuerte estigma social que rodea el aborto, las mujeres demoran la búsqueda de asistencia médica por vergüenza y temor a que el aborto se haga de conocimiento público. Se aduce además que muchas mujeres desconocen la gravedad de las complicaciones y guardan la esperanza de sanar solas. La vergüenza es tan fuerte que aún en casos de aborto espontáneo se prefiere callar el problema que buscar atención médica. Los relatos a continuación hacen referencia a la demora que las mujeres tuvieron durante la experiencia de un aborto espontáneo. Sin embargo, es posible que fueran abortos provocados.

*Yo sentí mucha vergüenza y en mi casa sólo me daban remedios caseros. Yo no me animaba a decir que era aborto. Hasta los cinco días fui con la comadrona y ella me dijo que había tenido un aborto y ella me curó.*

*—relato de una mujer sobre aborto espontáneo, grupo focal, área rural*

*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*

—relato de una enfermera, área urbana

***La pobreza y la lejanía son barreras importantes para buscar atención médica***

Existen además barreras de índole geográfica y económica que inciden en la tardanza o no búsqueda de la atención médica. Aunque las mujeres de ambas áreas enfrentan por igual tales limitaciones, éstas se perciben más agudas para las mujeres del área rural. Por lo general, las mujeres rurales residen en áreas muy lejanas, de difícil acceso, carentes de un buen sistema de transporte público. La pobreza generalizada de la población no les permite a las familias disponer de los medios económicos para cubrir los costos de transporte al hospital y los costos de los medicamentos recetados para el tratamiento postaborto. Se argumenta que casi siempre las comadronas acuden a los hogares de la paciente, evitando de esta forma el pago del transporte.

*A veces uno no tiene dinero para ir a un sanatorio y en el hospital ahora cobran por todo. Entonces uno dice en nombre de Dios me voy con aquella persona que, aunque no sepa tanto como los doctores sí ayuda a la gente”.*

—mujer urbana, 47 años

*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 urbana, 32 años

El costo de transporte de las aldeas a Patzún, donde queda el hospital local, varía entre Q50 y Q100 (US \$6.40-\$13). No obstante, son pocas las mujeres que se atienden en esta institución por su precaria infraestructura de servicios, por lo cual deben recurrir al hospital de Chimaltenango. En este caso, el costo del transporte se incrementan substancialmente: éste puede llegar hasta Q250 (US \$32) desde la aldea más lejana al hospital. En algunas ocasiones, las personas de Patzún deben recurrir a la venta de animales o enseres o a otro tipo de estrategias para conseguir el dinero para cubrir los costos del tratamiento. Se mencionó el caso un señor de la comunidad quien tuvo que recurrir a la iglesia a solicitar contribuciones para costear el tratamien-

to de su esposa. El costo de transporte en La Reinita es aproximadamente de Q35 (US \$4,50) durante el día y Q50 (US \$6,40) por la noche.

*El hospital nos queda muy lejos, pero yo realmente creo que la comadrona sí sabe y puede ayudar con los abortos. Cuando mi hermana hizo su aborto se estaba desangrando. La queríamos llevar al hospital pero no sabíamos qué hacer con tanta sangre. Por suerte mi suegra, que es comadrona, la vio y le estuvo dando remedios para pararle la sangre. Ella la estuvo viendo un gran rato hasta que le paró [la hemorragia]. Aquí las mujeres tienen vergüenza de ir con un médico o con una enfermera, sienten más confianza con la comadrona.*

—hombre de área rural, 30 años.

***Los proveedores reconocen las mismas barreras de accesibilidad a servicios de salud***

La distancia, áreas geográficas de difícil acceso, la carencia de recursos económicos y la poca capacidad resolutive de los servicios para la atención de las complicaciones de aborto fueron las principales barreras identificadas por los proveedores. Los servicios locales disponibles sólo pueden ofrecer antibióticos y referir a un hospital, por lo general público. Advierten que el problema de acceso es serio para las mujeres de Patzún, aunque reconocen que las mujeres de La Reinita también encaran estas dificultades. De acuerdo con el médico del área rural, el “hospitalito” de Patzún sí dispone del instrumental para hacer legrados, pero no cuenta con personal para hacerlo, especialmente anes-tesiólogos.

*Aunque el hospital no queda lejos, hay quienes no tienen ni para el taxi o para el bus, y eso las demora. Otras no tienen con quién dejar a los hijos, o no se quieren venir sin hablar con el esposo. Aquí en el hospital lo más común es que las traigan los bomberos, pero las señoras se quejan que aunque los llamen ellos no siempre llegan.*

—enfermera, área urbana.

*[Paráfrasis]: Los bomberos no vienen aquí al barranco, sino se quedan en La Reinita. De aquí salen [las mujeres] en camilla, los vecinos las sacan, o se van sólo agarradas de la mano, depende qué tan mal estén. Los bomberos no cobran y se tardan como media hora en venir y llevarla. Pero el problema aquí es salir del ba-*

*rranco. Si llueve ya no hay forma de salir y de noche tampoco.*

—comadrona, área urbana.

*[Paráfrasis]: No hay costo directo en el hospital, pero el costo del transporte desde las aldeas puede ser alto y esa es una dificultad considerable. Aquí ni los bomberos tienen cómo trasladar gratuitamente a las personas y deben cobrar sus costos. A nivel privado, el costo de transporte por la noche es más alto. Además, a veces no hay medicamentos en el hospital y los pacientes deben costearlos. Aparte de esto, las pacientes dejan de percibir un ingreso mientras estén internadas. Si las mujeres no tienen recursos deben ir a Chimaltenango.*

—médico, área rural.

Adicionalmente, los proveedores reconocen que hay demora en la atención en los servicios de salud cuando hay sobrecarga de pacientes y las condiciones de la paciente no son de urgencia, es decir, cuando no se tiene un sangrado abundante. La espera para ser atendidas una vez que han ingresado a los servicios de salud fue mencionada por casi la mitad de los proveedores. La demora puede llegar a ser hasta de seis horas.

*Pues generalmente, como hay muchas pacientes, no las atienden muy rápido, sino que se quedan sentaditas allí en su banquita tal vez desangrándose. Y si son tímidas y no se atreven a decir nada, tardan varias horas en atenderla. Van haciendo su turno y si la paciente no grita o patalea, o hace un escándalo, tal vez la van dejando, esperando su turno y muchas veces puede haber una complicación seria, incluso hasta la muerte, por una paciente que no fue atendida rápidamente.*

—médica, área urbana

Otros factores identificados como posibles barreras fueron el costo del tratamiento y la falta de una atención cálida. De acuerdo con los proveedores biomédicos, esto puede deberse a la dificultad de dar atención personalizada por escasez de personal y exceso de pacientes.

El costo del tratamiento de las complicaciones es un obstáculo adicional y dependerá del lugar donde se realice el tratamiento y de la severidad de la complicación, en particular de la infección. De acuerdo con los médicos entrevistados, en las instituciones públicas no

hay ningún costo directo, mientras que en los servicios privados, por sólo referir una paciente al hospital puede ser de Q10-30 (US \$1,30- \$4) en Patzún, y de Q50 a Q100 (US \$6,40- \$13) en Ciudad Guatemala. Dos médicos (uno de cada lugar de estudio) calculan que el costo promedio de tratamiento podía estar alrededor de los Q2.000 (US \$256). El médico de Patzún que trabaja en el “hospitalito” [privado] estimó los costos entre Q3.500 y Q5.000 (US \$448- \$641), incluyendo cirugía, medicamentos y hospitalización; sólo por el legrado cobraba de Q200 a Q1.000 (US \$26- \$128), según la situación económica de las pacientes. Adicionalmente está el gasto en medicamentos que la paciente misma debe adquirir al egresar del hospital para continuar su tratamiento en casa. Sin duda, la suma total de todos estos gastos es extremadamente alta y está fuera del alcance de la población de estas áreas.

### ***El maltrato en las instituciones de salud es otra de las barreras para no buscar atención médica***

Una barrera adicional que impide la solicitud de atención postaborto o la retrasa es la percepción generalizada de la mala actitud de los trabajadores de salud, en particular de los que laboran en las instituciones públicas. Quince personas entrevistadas dijeron que sí creían que hay maltrato de estos trabajadores, y sólo dos personas consideraron que eran atentos (ambos de La Reinita). Aunque las opiniones de los entrevistados se basan en experiencias de terceros o vivencias personales de eventos no relacionados con un aborto inducido, todos ellos consideran que la actitud de los proveedores es negativa. Se relataron algunas experiencias en las cuales se regañó o humilló a las pacientes.

*Allí [hospital] tuvo que decir ella la verdad. ‘Si no decís nada, aquí te vamos a dejar que te murás’, dice que le dijeron. ‘Ya no te vamos a atender’. Y por eso ella sintió miedo y tuvo que decir la verdad. Ya de ahí dice que sí le dijeron que sí la iban a tratar pero que era la última vez. ‘La próxima vez que llegués, pues, ya te podés morir. Ya no te vamos a atender y tenés que buscar a dónde ir, porque aquí ya no te vamos a atender’. Después de esa gran regañada ya no volvieron a tratarla mal.*

—mujer, área urbana, 51 años.

*Tratan mal [en hospital]. En el hospital Roosevelt llevé a mi nuera porque se le vino el niño y no la atendieron hasta que no les llevé el resultado del ultrasonido. Peor me imagino que igual*

*tratan a las que se lo provoca.  
—mujer área urbana, 46 años.*

*En el hospital nacional primero lo humillan a uno, después lo atienden.  
—mujer área rural, 46 años.*

Aunque la mayoría de los proveedores biomédicos y no biomédicos reconoce que el personal de los servicios de salud en general es poco amable y tiende a tener una actitud negativa hacia las mujeres que llegan por aborto, también reconocen que la atención ha mejorado con el nuevo programa de atención integral postaborto.<sup>34</sup> Igualmente, comentan que la atención es más amable en los hospitales privados que en los públicos.

*Cuando yo trabajaba en el hospitalito allí sí eran amables, porque era privado. Se les da apoyo moral y se es amable porque el doctor tiene pagado a todos sus empleados y uno de empleado es obligado a atender, por eso se le llama privado”.  
—dependiente de farmacia, área rural.*

*La verdad es de que en muchos compañeros incluso hasta yo lo he sentido [una actitud negativa], pero también como que a veces lo he controlado un poco, pero cuesta. Porque uno a veces siente uno como rabia de que haya hecho eso con un ser tan chiquito ¿verdad? Pero sí, incluso médicos, personal de enfermería, personal de limpieza que está ahí andan diciendo que se provocó hemorragia. Hay una señora de limpieza que una vez la escuché, que le dijo: ‘señora levántese de ahí porque le voy a quitar sus sábanas sucias que todo está manchando la camilla’. ‘Es que no puedo’, decía la señora. ‘Cómo sí pudo ir a sacarse el hijo. ¡Quítese de ahí!’...  
—enfermera, área urbana.*

*Es una atención muy precaria muy difícil, porque inclusive antes de que yo tuviera todos estos recursos [hospitalarios aquí en Patzún] yo mismo llevaba a gente al hospital [de Chimaltenango]. Realmente es triste ver cómo atienden ahí pues, verdad, como que no valiera nada la gente: ‘espere ahorita’ [les dicen] y las dejan en una camilla y no les importa. O sea, en pocas palabras, es una atención malísima”.  
—médico, área rural*

### ***Se prefiere a las comadronas por accesibilidad, costo, idioma e identidad cultural***

Mientras que para la mitad de los entrevistados –hombres y mujeres– de La Reinita, el principal recurso de salud para el tratamiento de las complicaciones de aborto es el hospital, para la mayoría de los entrevistados –de ambos sexos– de Patzún, el principal recurso es la comadrona, quien decide si es necesario referir a la paciente al hospital. Unos pocos participantes de La Reinita (seis o menos, en cada caso) mencionaron además los centros de salud, las farmacias, las “señoras”, los médicos privados e inclusive las vecinas.

En todos los grupos focales y en la mayoría de las entrevistas del área rural, los participantes manifestaron que se consulta primero con las comadronas debido a que son más asequibles física y económicamente, son culturalmente más cercanas a la población, hay una mayor facilidad de comunicación por hablar el mismo idioma y porque se cree que pueden proveer la curación que las mujeres necesitan. Generalmente, se cree que el útero está caído y que la comadrona logra arreglarlo y ponerlo en su lugar por medio de *sobadas* (masajes), el uso de calor y de fajas. Otras razones aducidas para preferir más a las comadronas que a los proveedores biomédicos son la falta de confianza con este personal, vergüenza, el temor a ser denunciadas o regañadas y la esperanza de aliviarse con remedios caseros.

*...Porque no nos aprecian [los médicos], por eso no van. Yo he visto que hay médicos ladinos, no nos aprecian, por eso no vamos con los doctores y si uno no sabe español, no sabe explicar y si no, uno no puede ir, porque es difícil hablar español.  
—mujer área rural, 48 años*

*“Es mejor llevarlas con los doctores. Yo preferiría que a mi esposa la revisara una enfermera, pero mi esposa dice que curan mejor los doctores. Pero a mí no me gusta que otro hombre esté tocando a mi mujer”.  
—hombre, área rural, 27 años.*

Unos pocos entrevistados –hombres y mujeres de ambas áreas– aseguran que la atención en los sanatorios y con médicos privados puede ser mejor que en los hospitales, porque se cree que allí son más responsables y discretos que el personal que atiende en los servicios públicos; pero argumentan que tienen la desventaja de ser muy costosos, y la atención es provista generalmente por profesionales hombres.

Los proveedores señalaron razones similares por las cuales las mujeres prefieren consultar con comadronas y, en menor medida, con otros proveedores. Tan sólo dos comadronas y dos proveedores biomédicos negaron que esto fuera cierto, y aseguran que, aunque a las comadronas se les tiene gran aprecio, en caso de complicaciones de aborto, las mujeres prefieren ir directamente al hospital.

En opinión de los proveedores, las comadronas conocen a las mujeres y a toda su familia, y a su vez las mujeres las sienten más humanas y confían en su capacidad resolutoria. De acuerdo con tres médicos de Patzún, las comadronas son una figura central en la salud reproductiva de las mujeres, dado que han prestado estos servicios por generaciones. Se percibe como una tradición, pues muchas veces no es la paciente la que desea ir con la comadrona: la decisión, por lo general, la toman sus suegras, maridos o madres. Igualmente, las comadronas no sólo les quedan más cerca de sus hogares, sino que además les hablan en su mismo idioma y las mujeres consideran efectiva la atención que brindan. Se argumentó además que las mujeres sienten mayor tranquilidad de no ser delatadas, o de no ser examinadas por médicos, situación que les generaría doble vergüenza en caso de aborto. Adicionalmente, los proveedores consideran que a veces se prefiere a la farmacia por privacidad y facilidad de acceso. De acuerdo con ellos, la relación cliente-dependiente de farmacia es anónima, ofreciendo una mayor sensación de privacidad y facilidad de acceso en el caso del área urbana.

### ***Experiencia personal de los proveedores de salud en la atención postaborto***

Si bien la mayoría de los proveedores no biomédicos afirmó no tratar complicaciones de aborto por carecer de las destrezas y recursos necesarios y preferir el referir sus pacientes al hospital, es probable que hicieran alusión a que sólo trataban las complicaciones menos graves. Algunos explicaron su actitud debido a la dificultad de diferenciar complicaciones de un aborto espontáneo a las de uno provocado, y a la imposibilidad de conocer la verdad porque, invariablemente, las mujeres tendían a declarar el aborto como espontáneo. En casos de hemorragia profusa siempre se remitía a la

mujer al hospital. Una comadrona de La Reinita comentaba:

*[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 urbana

Para el tratamiento de las complicaciones de aborto, las comadronas utilizan métodos esencialmente tradicionales como brebajes, parches y calentamiento del abdomen, y los profesionales biomédicos utilizan antibióticos y dilatación y curetaje (D&C). Ninguno mencionó la técnica de aspiración manual endouterina.

*Yo le pondría un parche mentolado para subirle la matriz y le daría aguas de geranio para pararle la hemorragia.*

—comadrona, área rural

*Polvo de 'chivo' [ternero pulverizado], calentar el vientre con una plancha o con brasas y ofrecer algo 'caliente' para tomar.*

—comadrona, área rural

De acuerdo con los proveedores biomédicos consultados, en los servicios de salud públicos no se exige ningún tipo de prerequisite para atender a las pacientes con complicaciones postaborto y, en los privados, el único requisito es la capacidad de pago. En los servicios del Seguro Social, al cual tienen acceso algunas de las entrevistadas de La Reinita, es necesario estar afiliado o ser cónyuge de un afiliado.\*

Los proveedores no biomédicos no ofrecen orientación sobre planificación familiar

Debido a que la planificación familiar es parte fundamental de la atención reproductiva, y las mujeres que abortan requieren orientación y consejería sobre cómo protegerse de un nuevo embarazo no deseado, se consideró importante explorar con los proveedores si ellos o sus instituciones ofrecían consejería y servicios anticonceptivos a las mujeres de postaborto. Todos los proveedores biomédicos aseguraron suministrar información y algunos métodos anticonceptivos disponibles en las instituciones (básicamente: inyecciones, píldoras, el DIU y condones), mientras que la mayoría de los

\*Únicamente los trabajadores del sector formal están obligados a cotizar al SEGURO SOCIAL. Los empleadores pagan aproximadamente 10% del salario y los trabajadores aportan casi el 5%. A medida que crece el sector informal, la proporción de la población económicamente activa cubierta por el Seguro Social ha disminuido y actualmente apenas cubre al 26,4%. Diez años antes cubría al 33,5%, la mayoría de quienes estaban (y siguen) concentrados en la región Metropolitana.

proveedores no biomédicos aseguró que se limita a remitir a las pacientes a las clínicas de la asociación de planificación familiar (APROFAM). Unas pocas comadronas indicaron que aconsejan dialogar previamente con el esposo sobre el uso de métodos para evitar problemas después. Tan sólo una comadrona expresó no dar ninguna orientación, pues cree que los métodos hacen sangrar más a las mujeres.

*Nosotros [proveedores biomédicos] tenemos lo que, según el Ministerio [de Salud Pública], es la mezcla ideal de métodos: La inyección como primera opción, anticonceptivos orales como segunda opción, preservativos que poca gente utiliza... yo creo que por la incomodidad del uso del método, y la T de Cobre que sí muchas pacientes se van con su T puesta, médica.*  
—área urbana

*Porque la planificación existe, pero es importante que ellos platicuen entre ellos. No se puede mandar a la mujer a tomar lo que ella quiere y que lo esconda de su esposo. No, porque después viene el problema. ‘¿Por qué hizo usted eso?’ les dicen [los esposos] y no hay necesidad.*  
—comadrona, área rural.

### **Ahora hay mayor acceso a los servicios y a los medicamentos que en el pasado**

En los grupos focales con mujeres mayores de 50 años, se consultó sobre los cambios que percibían ellas en el tratamiento de las complicaciones de aborto. Las mujeres de Patzún señalaron que, anteriormente, se contaba sólo con “montes” (hierbas medicinales) y que la manera usual de las mujeres para autocuidarse era darse un baño en el temascal o tuj (en kaqchikel).

*Como la costumbre de antes, sólo tuj. Las llevaban al tuj para que se calienten y se curen. Ese era el tratamiento de antes. ... Ese fue el tratamiento de mi mamá, durante la época de fertilidad. Llegó a tener 18 hijos y todos fueron tratados en el tuj. Pero ahora yo ya no uso el tuj con mis pacientes y tampoco ellas lo piden.*  
—grupo focal de mujeres, área rural.

Otros cambios observados son el mejoramiento en el acceso a los servicios de salud de primer y segundo nivel, mayor uso de los servicios hospitalarios, mayor facilidad de adquirir los medicamentos e incluso costear servicios de médicos privados. Se argumentó que

antes sencillamente “no había dinero”.

*En nuestros tiempos solitas nosotras nos curábamos, sólo los remedios calientes tomábamos y nos curábamos. Ahora ya es otra cosa. Se puede decir como que de plano se acostumbó la gente a ir al hospital, en cambio antes no era así.*  
—grupo focal de mujeres, área rural.

### **Algunas mujeres que sufren complicaciones de aborto reciben apoyo del hombre**

En las entrevistas a los hombres se indagó el tipo de apoyo que dan los hombres a esposas o compañeras cuando sufren una complicación de aborto. Prácticamente la totalidad argumentó que los maridos tienden a apoyarlas y a llevarlas a buscar atención, pero se aclaró que no todas las mujeres cuentan con este apoyo. Las mujeres solteras y las que no tienen compañero actual pero tienen hijos carecen de apoyo. Anotaron que este grupo de mujeres carece incluso del apoyo del padre, y en contadas ocasiones recibe sólo apoyo de la madre.

En los grupos focales de ambas áreas, se manifestó que, aunque los hombres no estuvieran de acuerdo con el aborto, ellos usualmente eran quienes llamaban a la comadrona para que atendiera la complicación o bien, eran quienes llevaban a sus esposas al hospital. Igualmente, ellos cubren todos los costos del tratamiento. En muy contadas ocasiones se recibe ayuda de algún otro familiar o amigo. La mujer no tiene ningún poder de decisión. De acuerdo con el relato de un participante de área rural: “si el esposo dice ‘te vas al hospital’, allí se va. Si dice, ‘te vas con la comadrona’, allí se va.”

*Ni modo que uno la va a ver morir. Aunque uno no esté de acuerdo con lo que hizo, cuando está enferma hay que ayudarla.”*  
—grupo focal hombres, área urbana.



## Capítulo 6

# Consecuencias sociales, económicas y en salud de la morbilidad por aborto

Hasta el momento existe muy poca información sobre los costos económicos y sociales indirectos que sufre la mujer y la familia como resultado de la morbilidad por aborto. En este capítulo se presentan las percepciones que tienen las personas de la comunidad sobre las consecuencias en salud por complicaciones de aborto; las actitudes y reacciones de la comunidad y de la misma familia hacia las mujeres que toman la decisión de interrumpir el embarazo; y las principales consecuencias económicas directas e indirectas de las complicaciones de aborto. Igualmente, se presentan las opiniones de los participantes sobre qué debe hacer el gobierno para prevenir el aborto y las complicaciones de aborto.

### ***Consecuencias en salud: la muerte y la infertilidad son las consecuencias más graves***

Los participantes mencionaron una variedad de consecuencias del aborto inducido a corto, mediano y largo plazo. Se intentó, sin ningún éxito, diferenciar la percepción de consecuencias debido a los distintos procedimientos o proveedores. La noción generalizada es que los abortos son inseguros, y tienen riesgos y consecuencias, sin importar qué métodos se usen para practicarlos. Se piensa que, cuanto más daño se haya causado al útero (por prácticas inadecuadas o por demora en la búsqueda de atención médica), más severas son las consecuencias. En ninguno de los dos lugares de estudio parece haber razonamiento de la asociación entre procedimientos específicos y consecuencias.

Los entrevistados y participantes en los grupos focales señalaron que la principal consecuencia inmediata, en caso de no haber tratamiento oportuno de hemorragia e infección severa, es la muerte. Otras consecuencias inmediatas mencionadas fueron sangrado, dolor y debilidad.

Asimismo, todos los participantes, incluyendo los proveedores de salud, identificaron como consecuencias a largo plazo los problemas de útero e inflamación pélvica, debilidad prolongada, infertilidad y varios

tipos de cáncer. Mientras que las mujeres no perciben que la morbilidad por aborto tenga consecuencias en la fecundidad futura de la mujer, casi dos veces más hombres que mujeres creen que sí hay problemas de infertilidad. La mujer de Patzún que admitió haberse hecho un aborto manifestó no haber quedado con problemas a largo plazo mientras que las dos mujeres de La Reinita, que se practicaron un aborto cuando eran jóvenes, no volvieron a quedar embarazadas. Sin embargo, no se obtuvo información que explique el hecho.

Una creencia muy generalizada, tanto en el área urbana como en la rural, es la asociación de causalidad aborto y tumores, o aborto y cáncer cervico-uterino. Esta idea está más extendida en las personas del área de La Reinita. En la Reinita, la creencia se sustenta en que la mujer es más susceptible a las infecciones debido a que su “*matriz queda sucia*” mientras que en Patzún se considera que las mujeres son más vulnerables a cualquier tipo de enfermedad por la misma acción de haber abortado: asumen que son consecuencias inevitables, pues recibirán castigo divino. Para estas mujeres, el hecho es condenable y la mujer tendrá su castigo divino aunque no sea inmediato (ver más abajo, en consecuencias sociales). En uno y otro caso, se sostiene que es algo indebido, por lo cual recibirá sanción.

*De todos modos da una enfermedad... porque una muchacha que... es de otra aldea dicen que se murió la muchacha, eso dice que la misma mamá le dio medicina dicen... saber qué clase de plantas... les da [dio], por eso dicen que se moría la muchacha, y como Dios dice que no se puede matar a un niño y ella con su pensamiento quiere sacar a una persona...*

—mujer área rural, 46 años.

*De todas formas tienen que encontrar enfermedad.*

—mujer de área rural, 46 años.

*Tiene que encontrar su enfermedad por lo que hizo; se dañó su matriz.  
—mujer, área rural, 26 años*

### **Consecuencias sociales**

#### ***No siempre es posible mantener el aborto en secreto***

Para algunos participantes en grupos focales y en entrevistas individuales, a veces es imposible mantener el aborto en secreto y, para otros, sí es posible lograrlo. Se argumenta que las personas terminan descubriendo el hecho, aun en ausencia de complicaciones y, con mayor certeza, cuando se presentan complicaciones.

Algunas mujeres de Patzún explicaban que con sólo mirar a la mujer se puede dar cuenta que está embarazada (usualmente por el crecimiento de los senos) y que si, poco después, se les ve “limpias”, es señal inequívoca de aborto. Para otras, se sospecha que una mujer ha tenido un aborto cuando, después de haber estado sin salir de su casa por unos cuantos días, se encuentra demacrada o pálida. La palidez y reclusión en la casa por varios días se asocian más con aborto que con alguna enfermedad.

#### ***El aborto provocado es censurado al interior de la familia y de la comunidad***

Muy pocos entrevistados (ocho mujeres y cuatro hombres) opinaron que no había sanciones ni críticas para las mujeres que abortan. La gran mayoría reconoce lo contrario. La mujer que interrumpe un embarazo es estigmatizada y sancionada de diversas maneras. Por un lado, enfrenta rechazo, desprecio, repudio y burla de la comunidad e inclusive de la familia; y, por otro, sufre regañones y amenazas de golpes o violencia física por parte de los padres, esposos u otros miembros masculinos de la familia.

*Pues...como decir en el caso de ésta mi pariente, ahí sí con el tiempo se dieron cuenta, se enojaron con ella, la regañaron todo y le dijeron que si ella volvía hacer otra cosa de esas [abortar], se tendría que ir de la casa, y con ella no están muy de acuerdo sus hermanos, por hacer lo mismo....  
—mujer, área urbana, 51 años*

*Algunos padres les pegan, las golpean y las sacan de la casa y hasta que se les pasa el enojo las tienen de vuelta.  
—mujer, área rural, 46 años*

Los hombres expresaron reacciones más negativas

que las mujeres. Uno de ellos relató que él mismo había amenazado con golpear a su cuñada si volvía a abortar. Se presentan extractos de su entrevista, la cual refleja la actitud que prevalece en el medio.

*Le cuento de mi cuñada,... Ella abortó porque..., el papá del niño que iba a tener, le dijo que lo abortara... Fíjese que..., mucha gente que sabe y conoce y entiende de esto, lo primero que dicen [es] esa mujer abortó un niño, esa mujer es asesina, esa mujer no es buena mujer. Entonces ya la comunidad, o sea los vecinos, ya no la ven con buenos ojos...la ven como un delincuente pues... En el caso mío...yo sí me di cuenta de mi cuñada y yo la regañé. Le dije: ‘mire, usted ya tuvo su primer aborto y con éste ya son dos y el último que tuvo otra vez’, le dije. ‘Mire, si yo la vuelvo a ver embarazada y después que yo la mire, como la he visto estas tres veces, yo le voy a pegar. No soy nada suyo, pero yo sí le voy a pegar’, le dije. ‘Porque mire, ¿cuándo vio usted que mi mujer tuvo un aborto?’ le dije. ‘Porque yo soy responsable’, le dije yo. ...Ella quedó dañada, yo me di cuenta pues, que ella ya no engordó, ella está flaca, [en] primer lugar...pálida [en] segundo lugar....*

*—hombre, área urbana, 40 años*

Otra forma de estigmatizar y sancionar a las mujeres que han tenido un aborto –particularmente si son jóvenes– es dificultarles volver a relacionarse con otros jóvenes mediante la deshonra y divulgación de su experiencia pasada. De este modo, la única opción de matrimonio que le queda a la mujer que aborta es unirse con un hombre mayor, por lo general viudo. También se afirmó que los jóvenes tienden a no respetarlas y a buscarlas sólo por el sexo: “ya no las respetan y no se las llevan [en matrimonio]”.

*En el caso de las jóvenes [que abortan] es muy difícil que sea enamorada por otro muchacho de la comunidad por un largo tiempo y a veces ya no se casan. Las que tuvieron al niño quedan como madres solteras para toda la vida. Las que abortan y son solteras, los papás quedan responsables de ellas. Y cuando es cristiana, le quitan todos los privilegios que tiene en la iglesia.  
—hombre, área rural, 27 años*

Si bien las críticas expresadas en los grupos focales y en las entrevistas individuales son similares tanto en

hombres como en mujeres, la intensidad y el tono de las mismas fueron bastante más negativas en los grupos focales que en las entrevistas individuales y fueron más severas por parte de los hombres que por las mujeres. La crítica de éstos fue mordaz, tanto por lo que decían como por la forma en que lo decían. Los hombres de Patzún en particular se mofaron de las mujeres mientras relataban cómo se estigmatizaba a la mujer.

*...Principalmente si se trata de una muchacha que no tiene esposo. Se empieza hablar de ella... También los muchachos empiezan {a} hablar de ella, incluso dicen que esta traída [mujer, novia], como vulgarmente lo dicen, ya hizo tal cosa. [Todos se ríen]. Ya sólo la toman como un chiste. Aunque sean muchachos de otra aldea, lo llegan a saber. Como hay quienes son sus cuates [amigos], entonces todo se cuentan entre ellos...y muchas veces se hace a propósito para que la muchacha ya no se llegue a casar.*  
—grupo focal, hombres, área rural

*¡Qué va!... Póngale, hablan de lo más bajo de ella. Porque yo he visto qué habla la gente. A esas mujeres son del mundo [mundanas, libertinas], porque hablan así con las palabras vulgares. Sí, porque mucha gente dicen que parecen perras, porque las perras se comen a los hijos y la mujer no. Eso es lo que habla la gente de la mujer.*  
—grupo focal, hombres, área rural

*Dicen no es mujer por eso así hizo, eso van a decir la gente [se ríen].*  
—grupo focal, hombres, área rural

*Qué puede decir la gente, que se muera [todos se ríen].*  
—grupo focal, hombres, área urbana

*La verdad que cuando ya la sociedad se ha dado cuenta... trata de ignorarla... la sociedad la repudia y la ignora. Entonces {a} esta persona se le hace sentir como será. Ahí sí, la verdad [es que la siguen repudiando] hasta que se canse el pueblo [se ríen]. La repudian porque en cualquier parte que ella pase, la van a señalar. Siempre va haber alguien que la va a señalar: ‘¿Te acordás de esta persona, lo que hizo? Mirá, ahora anda tan campante en la calle, como que si no hubiera hecho nada’. Y eso... la hace sentir*

*culpable. Lo que hace es que ya no va a juntarse con ninguna de estas personas para que no le hagan recordatorio de lo que ha hecho.*  
—grupo focal, hombres, área urbana

En Patzún, sin embargo, la desaprobación de las mujeres fue menos insidiosa que la de hombres y mujeres del área de La Reinita y, en algunos casos, se reflexionó sobre la situación de inequidad en que se encuentra la mujer. Se comentó que los hombres que hacen abortar a una mujer soltera no sufren ningún repudio, mientras que las mujeres son las únicas que encaran el estigma social, pues no logran que algún joven desee casarse con ellas. Cabe anotar que las mujeres mayores de 50 años de esta área estuvieron renuentes a hablar del tema y, ante la insistencia de la facilitadora a que dieran sus opiniones, en general tendían a afirmar que sólo existía algún estigma social.

*A las casadas no se les critica. Sólo se critica a las jóvenes solteras.*  
—grupo focal, mujeres, área rural

*Las desprecian y hablan mal de ellas; unas prefieren irse a Ciudad Guatemala a trabajar, para no sufrir humillaciones. Al rato, cuando ya pasó el tiempo, regresan.*  
—grupo focal, mujeres, área rural

*La gente habla y la desacredita. Luego las jóvenes ya no se meten con ella, como si fuera contagioso lo de la mala reputación.*  
—grupo focal, mujeres, área urbana

*Pero si yo sé que alguien quiere abortar, entonces lo divulgo para que se sepa y para que alguien la detenga y ella no lo haga.*  
—grupo focal, mujeres, área urbana

*No se puede tener confianza en una mujer que ha desechado una vida; no la quiero para mí como amiga.*  
—grupo focal, mujeres, área urbana

Las promotoras de salud confirmaron el estigma que sufre la mujer que interrumpe un embarazo. Según ellas, a las mujeres que abortan se les califica de “perras”, razón por la cual las mujeres tratan de mantener el aborto en secreto, hasta donde sea posible. Se habla mal tanto de las solteras como de las casadas, pero a las que no tienen esposo permanente “les va peor”. Los

proveedores biomédicos perciben igualmente el estigma social, la vergüenza, la depresión, el tener que enfrentarse a un futuro de relaciones inestables y el abandono o rechazo de parte del marido.

### ***La actividad sexual y el aborto sólo se legitiman dentro de la unión conyugal***

Dos actitudes adicionales que deseamos destacar se desprenden de los anteriores comentarios: la mujer censurable es la que no tiene marido. Si lo tiene y aborta, entonces es cuestión de la pareja. Es como si la presencia del marido protegiera las acciones de la pareja, otorgándole una privacidad y respeto que por sí sola la mujer no consigue. Podría pensarse que quien merece respeto es el marido y no la mujer, cualquiera que sea su estado civil. Otra actitud es negar la esencia femenina de la mujer por el hecho de abortar, idea relacionada con la condición indisoluble y prácticamente idéntica entre mujer y madre. Ser madre no es una opción, es un destino y una obligación biológica. Por esta razón, quien aborta, quien “*se saca a los hijos*”, no es mujer sino más bien una “*perra*”.

Cuando en los grupos focales se indagó quiénes o qué grupos estaban más opuestos al aborto, los participantes en todos los grupos aseveraron que las iglesias católica y evangélica son los mayores opositores al aborto. Las señoras de más de 50 años de Patzún se mostraron renuentes a decir quiénes eran los grupos que más se oponían al aborto, quizás por la gran influencia que tienen estas dos religiones en las comunidades rurales.

### **Consecuencias económicas**

El impacto económico del aborto y de la morbilidad resultante del mismo se evidencia en dos aspectos principales: los gastos que conlleva tanto la inducción del aborto como el tratamiento de las complicaciones [costos directos] y la pérdida económica que se sufre por ausencia de la mujer en los trabajos reproductivos y productivos [costos indirectos]. Dentro de las barreras para la obtención de atención médica, en el capítulo anterior se analizaron los costos del tratamiento y del transporte, razón por la cual en esta sección sólo se presenta información sobre costos del servicio de aborto y costos indirectos.

### ***Los costos de aborto aún, con proveedores no calificados, son altos***

En general, los entrevistados y participantes de grupos focales no saben cuánto cuesta un aborto con un proveedor calificado. Esto es comprensible, pues las áreas

seleccionadas en el estudio se caracterizan por albergar población pobre o muy pobre, como lo es una alta proporción de la población de Guatemala.<sup>35</sup> Tampoco están muy seguros de los costos reales de un aborto con otros proveedores o según los procedimientos que se utilicen. Sin embargo, varios entrevistados y participantes en grupos focales se atrevieron a estimar algunas cifras, las cuales cubren un amplio rango que oscila entre Q300 y Q1.000 (US \$38 - \$128) si el servicio es provisto por una comadrona, y entre Q1.000 y Q8.000 (US \$128-\$1.026) si es provisto por médico privado o en un sanatorio. Estos costos son muy similares a los estimados por los profesionales de la salud entrevistados en el año 2003 en otro de los componentes del presente estudio.<sup>36</sup> Se cree también que las “señoras” cobran alrededor de Q1.000 (US \$128). El costo de los brebajes fluctúa entre Q25 (US \$3) si la comadrona es de área rural, y entre Q25 y Q100 (US \$3-\$13) si es del área urbana. Las inyecciones que se obtienen en la farmacia pueden costar aproximadamente Q50 (US \$6) cada una, y se recomienda la aplicación de tres dosis (aunque no se pudo obtener información específica sobre el tipo de inyección). Tan sólo cuatro de 16 proveedores -dos médicos y dos comadronas- ofrecieron información sobre costos. Según una médica de área urbana, el frasco de 30 pastillas de misoprostol tiene un costo de Q800 (US \$103). Para un médico de Patzún, el costo del servicio de aborto depende de las posibilidades de la paciente, pero estima que puede fluctuar entre Q200 y Q1.000 (US \$26-\$128). Finalmente, dos comadronas conceptuaron que el costo provisto por colegas puede oscilar entre Q200 (US \$26) y Q900 (US \$103). En este último caso, se aclaró que el procedimiento consistía en “meter un gancho”.

### ***Costos indirectos: pérdida de ingreso e inclusive del empleo, las principales consecuencias económicas***

Los costos indirectos mencionados en las entrevistas incluyen el pago de la “moza” (persona de confianza que colabora en los quehaceres de la casa), la pérdida de ingreso por los días no trabajados, y la pérdida del empleo. El costo de la “moza” puede variar entre Q75 (US \$10) por dos días y Q150 (US \$20) por dos semanas; sin embargo, en la mayoría de los casos, colaboran en los quehaceres domésticos las hijas mayores u otros familiares y, en contadas ocasiones, las vecinas.

### ***Las actividades diarias de la mujer se ven afectadas***

Varias mujeres y hombres manifestaron que, frecuentemente, las mujeres guardan algunos días de reposo después de abortar, especialmente si se presentan com-

plicaciones. El tiempo en que la mujer y su familia se ven afectados es variable: de dos a tres días; en algunos casos, hasta tres meses y, en otros, hasta seis meses. Durante este período, las mujeres no pueden hacer tareas cotidianas como levantar objetos pesados, cocinar, tejer, lavar ropa e ir al mercado y regresar con carga. Dos mujeres que admitieron haber abortado dijeron no haber guardado ningún descanso y haber vuelto a su rutina diaria al día siguiente del evento. Los hombres de Patzún tendieron a estimar períodos de tiempo más largos que los hombres de La Reinita y que las mujeres de las dos áreas de estudio. No obstante, en uno de los grupos focales de hombres, se comentó lo contrario. Se aseguró que “las muchachas hacen todo lo posible para ponerse a trabajar rapidito” debido a la suspicacia que se genera en la comunidad cuando una mujer no sale de su casa por un período prolongado.

### **Otras consecuencias**

#### ***Depresión, sentimientos de culpa y abandono del esposo***

Varias personas mencionaron secuelas emocionales como depresión momentánea, sentimientos de culpa y no deseo de salir de la casa durante varios meses. Tres mujeres que admitieron haber abortado o intentado abortar dijeron haber sufrido remordimiento por un tiempo prolongado. Los proveedores biomédicos también mencionaron problemas emocionales, principalmente depresión y padecer el estigma social o el rechazo de la familia, e incluso el abandono del marido.

Ante el estigma social, las mujeres hacen lo que esté a su alcance para mantener su aborto en secreto. En los grupos focales de Patzún, se mencionó que algunas jóvenes abandonan las aldeas para irse a vivir o bien al centro urbano del municipio o a la capital del país. También se mencionó que, a pesar de sus esfuerzos, la palidez o demacración de la cara no puede ser escondida e igual, en caso de cualquier enfermedad, la gente murmura sobre un posible aborto.

#### ***El gobierno debe proveer más información y servicios de planificación familiar***

En forma indirecta, se exploró la actitud de los hombres en torno a la provisión de servicios de planificación familiar, tanto para mujeres como para hombres. Se les preguntó qué pensaban sobre lo que debería hacer el gobierno para disminuir la ocurrencia de embarazos no planeados y las complicaciones del aborto. Prácticamente la totalidad de los entrevistados de ambas áreas manifestó que el gobierno debería brindar información y educación, y suministrar métodos anticonceptivos.

Sin embargo, las opiniones hicieron énfasis en que las distintas acciones debían enfocarse hacia la mujer. Ninguno mencionó la necesidad de involucrar al hombre en los programas. Como estrategias para dar información y educación, sugirieron emitir mensajes a través de la radio y la televisión, elaborar carteles e incluso repartir volantes a las personas cuando acuden a los servicios de salud. Como temas que deberían abordarse, los participantes indicaron la prevención del embarazo, el uso de métodos, las consecuencias de las relaciones sexuales sin protección y los riesgos y las consecuencias del aborto. Adicionalmente, dos entrevistados mencionaron la necesidad de mejorar la atención en salud, prestar atención y dar prioridad al programa que desarrolla la asociación de planificación familiar de Guatemala (APROFAM).

*Lo que tienen que hacer ellos es capacitar a las personas que llegan ahí [se refiere a institución de salud]; poner anuncios en la radio, en la tele y cartelones, incluso repartir volantes, verdad y también instruir a la gente que llegan a visitarlos ahí, aunque no lleguen por un aborto, llegan por otra razón pero sería bueno que les hablaran, verdad, [de] las consecuencias que tendrían los abortos y las relaciones sin protección y sin tener un control en sí mismos porque eso es controlarse uno mismo, verdad, uno y la mujer”.*  
—hombre de área urbana, 40 años.

*Deben dar la atención médica más humana, porque cuando una persona llega con complicaciones, lo que hacen es regañarla y dicen lo que quieren decirle a la paciente. Sucedió un caso en que la pobre mujer debió pagarle a la persona que la atendió.*  
—hombre de área rural, 27 años.



## Capítulo 7

# Conclusiones e implicaciones para políticas de salud pública

Los resultados de este estudio, basado en la percepción de distintos grupos de la comunidad, revelan que las condiciones que rodean el aborto son complejas y parecen estar cambiando. Su práctica no es legal excepto para salvar la vida de la madre. Sin embargo, muchas mujeres recurren al aborto y muchas sufren complicaciones que requieren atención médica, pero no la solicitan o lo hacen tardíamente. Existe un fuerte estigma social hacia el aborto en todos los grupos de la sociedad, incluyendo la familia. El estigma, aunado al temor de ser delatadas ante las autoridades y el miedo a ser maltratadas en los servicios de salud, son algunas de las principales barreras por las cuales las mujeres no buscan asistencia médica oportuna para el tratamiento de las complicaciones. Aún más, la amplia percepción de que el embarazo no deseado es muy común en la comunidad sugiere que el uso de métodos anticonceptivos es muy bajo. Ayudar a las mujeres y a sus parejas a tener una mejor información sobre su sexualidad, su salud reproductiva y los medios para planear sus embarazos, además de aumentar los recursos de salud en áreas rurales y mejorar la infraestructura en los servicios existentes, son algunas de las medidas que contribuirán a disminuir el riesgo de verse obligados a recurrir a un aborto y a obtener una más pronta y mejor atención postaborto. Para lograrlo, se hace necesario trabajar en varios frentes.

### **Aumentar la disponibilidad de servicios de salud, particularmente en áreas rurales**

Considerando que la distancia, la falta de transporte y la pobreza son los principales obstáculos que impiden particularmente a las mujeres rurales buscar atención médica inmediata, aun en casos de presentar complicaciones, el gobierno deberá realizar esfuerzos para la creación de servicios de salud fácilmente accesibles y asequibles a su condición económica, y culturalmente aceptables a estos grupos de población.

### **Mejorar y expandir los programas de atención postaborto**

Igualmente, dado que los servicios locales de salud tienen limitada capacidad de personal, equipos e insumos para atender las emergencias de complicaciones de aborto, el gobierno deberá hacer esfuerzos para mejorar su infraestructura con insumos básicos para la atención postaborto. Asimismo, dada la innegable realidad del número de mujeres que son hospitalizadas anualmente por complicaciones de aborto, se necesita expandir urgentemente, a todos los hospitales del país el programa actual de atención postaborto, el cual opera en 22 hospitales públicos del país.<sup>37</sup> El enfoque integral de este programa, que incluye el uso de la técnica de aspiración manual endouterina (AMEU), consejería en planificación familiar y la provisión de métodos anticonceptivos postaborto, es el abordaje más promotor de la morbilidad por aborto y la prevención de un nuevo embarazo no planeado en el corto plazo. Es también el mejor enfoque para disminuir la carga económica que representa para las instituciones de salud el tratamiento de las complicaciones del aborto inseguro, mediante el uso de técnicas más costo-eficientes como la AMEU y la consejería en anticoncepción postaborto, debido al rápido retorno de la condición de fertilidad después de un aborto.

### **Asegurar una mejor información y servicios de planificación familiar**

La extendida actitud negativa de las personas del área rural hacia la planificación familiar, incluyendo la percepción de que los métodos son dañinos para la salud de la mujer y que, incluso, causan más sangrado (como lo manifestó una comadrona de esta área), revela una gran necesidad de mejorar el conocimiento sobre anticoncepción en el área rural. Y, aunque las personas del área urbana, al igual que los proveedores, tienen actitudes más positivas hacia el uso anticonceptivo, el hecho de que perciban el embarazo no planeado como un evento de ocurrencia relativamente frecuente su-

giere también la necesidad de mejorar la información y los servicios de planificación familiar. Existen dos posibles vías para abordar estas carencias: a través de educación pública, y a través de más y mejores servicios anticonceptivos.

Los esfuerzos educativos deberán enfocarse en aclarar mitos e información errada, y en brindar información completa y veraz sobre todos los métodos anticonceptivos disponibles, y las trágicas consecuencias que el aborto inseguro conlleva. Como parte importante de estas actividades educativas, se debe incluir información sobre los posibles efectos secundarios y su grado de efectividad. Es crucial que las personas comprendan los riesgos de falla de los métodos, para que puedan tomar decisiones más informadas en anticoncepción.

Debido a la creencia generalizada entre las mujeres indígenas del área rural de que los embarazos son inevitables, además de tener poca autonomía en sus decisiones, las acciones educativas deberán orientarse a abordar las necesidades específicas de su etnia. Experiencias locales han mostrado cómo programas de planificación familiar, fácilmente accesibles y culturalmente apropiados para esta población, facilitan su aceptación.<sup>38</sup>

Asimismo, dado que las comadronas son el principal recurso de salud con que cuentan las mujeres rurales e indígenas, y aquellas no ofrecen asesoría postaborto sobre planificación familiar, las comadronas representan un grupo prioritario en los esfuerzos educativos y de capacitación en la provisión de consejería y orientación en planificación familiar.

Por otra parte, puesto que no todos los métodos anticonceptivos satisfacen las necesidades específicas de las mujeres, y al riesgo que tienen los métodos de fallar en algún momento (por uso incorrecto o inconsistente), o porque se tienen relaciones sexuales forzadas, resulta indispensable que los servicios de salud promuevan y tengan a mano toda la gama de métodos disponibles en la actualidad, incluyendo los métodos naturales y la anticoncepción de emergencia.

### **Proveer educación sexual y servicios a la población joven**

Debido a que la juventud se percibe sexualmente más activa que en el pasado y a que la mayoría de los participantes —mujeres, hombres y proveedores de salud de ambas áreas—, considera que las jóvenes son uno de los grupos de mayor riesgo de tener embarazos no planeados y abortos inducidos, es preciso que el gobierno implemente sin demora las distintas acciones contempladas en la Ley de Desarrollo Social y Población<sup>39</sup> y en

la reciente ley complementaria de Acceso Universal y Equitativo a Servicios de Planificación Familiar.<sup>40</sup> Específicamente, el Ministerio de Educación deberá incorporar prontamente la educación sexual en todos los niveles y modalidades del sistema educativo. Sin embargo, considerando que la asistencia escolar de los jóvenes guatemaltecos es baja (la tasa neta de escolarización de la enseñanza primaria para el 2000 era de 84%, con grandes variaciones regionales),<sup>41</sup> es necesario desarrollar mecanismos alternativos para cubrir la población que se encuentra fuera del sistema escolar. Dentro de esos mecanismos, se deberían involucrar a los medios de comunicación para que difundan mensajes de prevención e información sobre sexualidad, los riesgos en torno a relaciones sexuales sin protección y los riesgos del aborto inseguro. Los mensajes que se desarrollen deberán ser culturalmente apropiados y producirse en los distintos idiomas indígenas. El Ministerio de Salud, por su parte, deberá ofrecer consejería y servicios de planificación familiar a los jóvenes sexualmente activos, sin condicionamientos, respetando sus propios valores de grupo y etnia. Las tímidas acciones emprendidas hasta el momento en el ámbito educativo y de servicios para los jóvenes deberán reforzarse y ampliarse hasta alcanzar una cobertura nacional.

### **Involucrar al hombre en la planificación familiar**

Debido a la fuerte oposición del hombre a la planificación familiar —en particular, los de áreas rurales— y a la generalizada percepción en ambas áreas de que el uso anticonceptivo es responsabilidad de la mujer, las actividades educativas para los hombres deberán estar orientadas a promover su responsabilidad en la procreación y a informarlos sobre anticoncepción y sobre los riesgos del aborto inseguro. Aún más, considerando la frecuente alusión que hicieron las mujeres —particularmente del área urbana— a la violencia doméstica como razón para interrumpir un embarazo y las relaciones asimétricas de poder en la pareja —más marcadas en el área rural—, los hombres deberán ser sensibilizados en cuanto a todos los asuntos relacionados con la equidad e igualdad de género.

### **Desestigmatizar el aborto**

Las mujeres que sufren complicaciones como resultado de un aborto inseguro necesitan una mayor comprensión por parte de su compañero, su familia y su comunidad, además de una atención compasiva en las instituciones de salud. El fuerte estigma del aborto debe ser abordado con una enérgica campaña de sensi-

bilización a todos los niveles. En las acciones educativas con los hombres y la población en general, el tema del aborto debe ser examinado dentro del marco del embarazo no deseado y las razones que impulsan a la mujer a adoptar una medida extrema, resaltando el hecho de que ninguna mujer desea el aborto. Asimismo, es necesario educar a todo el personal de salud acerca de la obligación ética, moral y profesional de proveer atención afectuosa, sin juzgamientos ni amenazas, a todas las mujeres con complicaciones de aborto. Con actitudes más comprensivas por parte de este personal, las mujeres podrán acudir sin temor a sentirse juzgadas, maltratadas, reprendidas, o a ser reportadas ante las autoridades.

### **Facilitar medios de transporte para una más pronta atención**

El transporte desde las áreas rurales hacia las instituciones de salud con capacidad para atender complicaciones de aborto es problemático, no sólo por las condiciones geográficas sino también porque las familias no cuentan con los recursos para costearlo. Los fondos comunitarios recientemente establecidos por el gobierno en los programas de reducción de la mortalidad materna, para el traslado de pacientes de emergencias obstétricas,<sup>42</sup> podrían incluir dentro de estas urgencias a pacientes con complicaciones de aborto, sin señalarlas específicamente como pacientes de aborto. Esto con el fin de no continuar estigmatizando a la mujer que sufre un aborto y de evitar exponerla a un posible maltrato en el servicio.

### **Continuar documentando la situación del aborto en Guatemala**

Los médicos entrevistados perciben una disminución de casos de úteros perforados atendidos en los hospitales y un creciente uso del misoprostol en Guatemala. Estas observaciones indican que las condiciones del aborto están cambiando en el país. Debido a que el misoprostol causa un fuerte sangrado, el número de mujeres que busca atención médica en los hospitales puede estar aumentando. Sin embargo, dado que no existen registros hospitalarios sobre pacientes ingresadas por aborto, y tampoco existen estudios sobre aborto con medicamentos, no es posible examinar la tendencia ni los posibles cambios recientes. En consecuencia, se requiere implementar un sistema de registro de los casos atendidos por aborto (incluyendo los antecedentes demográficos y obstétricos básicos de las pacientes) en todas las instituciones de salud que dan tratamiento postaborto. Además, se deben seguir

realizando estudios que continúen aportando nueva información sobre las condiciones del aborto en el país. Valdría la pena saber qué está pasando con el aborto con medicamentos; qué tan extendido es su uso; qué caracteriza al grupo de mujeres que opta por ese procedimiento; qué razones las llevan a utilizar ese método; si eran usuarias de planificación familiar; qué métodos anticonceptivos usan. Dando respuesta a estas y muchas otras preguntas relacionadas, se podrá tener una base de evidencia más completa sobre el aborto en Guatemala, y más idónea para la toma de decisiones informadas sobre políticas y programas.

Esta lista de recomendaciones –en educación, sensibilización, capacitación, mejoramiento logístico e investigación– constituye un gran reto para el gobierno y particularmente para las autoridades de salud y educación. La mirada de la comunidad sobre la morbilidad por aborto aquí presentada, completa un primer esfuerzo por documentar uno de los problemas más serios y más ignorados en salud de la mujer: el aborto. La carencia de datos puede haber contribuido en gran medida a ello. Con la reciente aprobación de la ley de planificación familiar, Guatemala ha dado un gran paso para mejorar las condiciones de desigualdad que viven muchas mujeres en asuntos de salud reproductiva. Sin embargo, es necesario seguir avanzando en el examen de condiciones que no le permiten a la mujer ejercer a plenitud sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva. Ha llegado el momento para que Guatemala comience a examinar las condiciones que rodean el aborto y lo examine como un problema de salud pública, que puede y debe prevenirse, y por el cual las mujeres no pueden y no deben continuar muriendo ni sufriendo consecuencias graves. Además del debate en torno al aborto, deberán reforzarse los programas de planificación familiar en todo el país. En la medida en que las opciones para controlar la fecundidad sean accesibles y asequibles para todas las mujeres, se reducirán los riesgos de embarazos no planeados y, por ende, el riesgo de que las mujeres se vean obligadas a recurrir a un aborto.



# Anexo

## *Formato de selección de mujeres y hombres 18–60 años Para Grupos focales y Entrevistas a profundidad*

1. Fecha de selección: \_\_\_\_ (Mes) \_\_\_\_ (Día) \_\_\_\_ (Año)
2. Nombre del Área: \_\_\_\_\_ (Patzún o La Reina)
3. Nombre de la Aldea o Comunidad: \_\_\_\_\_
4. Número de hogar: \_\_\_\_\_
5. Número de la familia: \_\_\_\_\_
6. Primer nombre de la persona (para propósitos de este estudio solamente) \_\_\_\_\_
7. Sexo (entrevistadora, señale la categoría apropiada):
  - Hombre \_\_\_\_\_
  - Mujer \_\_\_\_\_
8. Edad de la persona (debe tener entre 18 y 60 años cumplidos): \_\_\_\_\_
10. ¿Ha tenido alguna vez un hijo?
  - Si: \_\_\_\_\_
  - No: \_\_\_\_\_
11. PARA MUJERES SOLAMENTE: ¿Ha tenido alguna vez una pérdida fetal (aborto espontáneo)?
  - Si: \_\_\_\_\_
  - No: \_\_\_\_\_
12. PARA HOMBRES SOLAMENTE: ¿Alguna vez se ha visto envuelto en una situación de embarazo?
  - Si: \_\_\_\_\_
  - No: \_\_\_\_\_
13. La persona está de acuerdo en participar:
  - Si: \_\_\_\_\_
  - No: \_\_\_\_\_
14. Persona seleccionada para participar en:
  - GF \_\_\_\_\_
  - EP \_\_\_\_\_
15. Persona no seleccionada para participar en el estudio porque:
  - No cumple los criterios de selección \_\_\_\_\_
  - No desea participar \_\_\_\_\_



# Referencias

1. Cardich R, Desde las mujeres: visiones y circunstancias del aborto, informe presentado en Encuentro de Investigadores Sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, Impactos Demográficos y Psicosociales del Aborto, Santafé de Bogotá, Colombia, 15–18 de noviembre, 1994.
2. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva (CIESAR), Programa nacional de atención post-aborto, *Boletín*, enero–junio 2005, Volumen 1, Número 4.
3. Goldman N y Gleit DE, *Evaluation of Midwifery Care: A Case Study of Rural Guatemala*, MEASURE Evaluation Working Paper WP-01–29, Princeton, NJ, USA: Office of Population Research, Princeton University, MEASURE Evaluation and MACRO, 2002.
4. Granolati M y Marini A, *Health and Poverty in Guatemala, Policy Research Working Papers*, Washington, DC: The World Bank, Latin America and the Caribbean Unit, 2003, No. 2966, p. 24.
5. MSPAS, Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP), Institute for Resource Development (IRD)/Westinghouse, *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: MSPAS, 2003.
6. Bertrand J, Seiber E y Escudero G, Dinámica de la anticoncepción en Guatemala: 1987–1998, *Perspectivas Internacionales de Planificación Familiar*, 2002, Número Especial: 10-19.
7. United Nations, Population Division, Department of Economics and Social Affairs, *Contraceptive Use 2003*, <[www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2003/WallChart\\_CP2003.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2003/WallChart_CP2003.pdf)>, sitio visitado julio 1, 2005.
8. Guatemala Código Penal, *Decreto No. 17–73, Artículos 133 y 137, 1973 (entró en vigencia en 1974)*, <[http://www.oas.org/juridico/MLA/sp/gtm/sp\\_gtm-int-text-cp.pdf](http://www.oas.org/juridico/MLA/sp/gtm/sp_gtm-int-text-cp.pdf)>, sitio visitado mayo 24, 2006.
9. Singh S, Prada E y Kestler E, Induced Abortion and unintended pregnancy in Guatemala, *International Family Planning Perspectives*, 2006, 32(3):136-145.
10. Grajeda R et al., *Estudio Multicentro Sobre El Aborto*, unpublished document, Ciudad de Guatemala, Guatemala: Organización Mundial de la Salud, 1995.
11. Figueroa W y Schieber B, *Study of the Use of Financial Resources in Reproductive Health and Postabortion Care*, Final Report, Population Council, 2001, p. 12.
12. MSPAS et al., *Línea Basal de Mortalidad Materna para el Año 2000*, Ciudad de Guatemala, Guatemala, 2004, p.30.
13. Ibid.
14. World Health Organization (WHO), Division of Reproductive Health, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of and Mortality Due to Unsafe Abortion with a Listing of Available Country Data*, third edition, Geneva: WHO, 1998, p. 47.
15. Prada E et al., Atención de aborto y post-aborto en Guatemala: un informe de profesionales de la salud y de instituciones de salud, *Informe Ocasional*, Nueva York: Instituto Guttmacher, 2005, No. 18.
16. Goldman N y Gleit DE, 2002, op. cit. (ver referencia 3).
17. Prada E et al., 2005, op. cit. (ver referencia 15) y Singh S, Prada E and Kestler E, 2006, op. cit. (ver referencia 9)
18. Jagwe-Wadda G et al., Community perceptions of abortion morbidity in Uganda: issues and challenges, *Occasional Report*, New York: Guttmacher Institute, 2006, No. 26.
19. Goldman N y Gleit DE, 2002, op. cit. (ver referencia 3).
20. MSPAS, INCAP, IRD/Westinghouse, *Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil, 1987*, Columbia, MD, USA: IRD/Westinghouse, 1989.
21. Tabulaciones especiales de la encuesta Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil, 2002
22. MSPAS, INCAP, IRD/Westinghouse, 2003, op.cit. (ver referencia 5).
23. Eder K y García MM, *Modelo de la medicina indígena maya en Guatemala*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: Asociación de Servicios Comunitarios de Salud y Deutsche Entwicklungsdienste, 2003.
24. MSPAS, INCAP y IRD/Westinghouse, 2003, op. cit. (ver referencia 5).
25. Faúndes A y Barzelatto J, *El Drama del Aborto: En Busca de un Consenso*, Bogotá, Colombia: Tercer Mundo Editores del Grupo, 2005.
26. Meentzen A, Estrategias de desarrollo culturalmente adecuadas para mujeres indígenas (no publicado), Unidad de Pueblo Indígenas y Desarrollo Comunitario, Departamento de Desarrollo Sostenible. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo, 2000.
27. Chirix ED y Grupo de Mujeres Maya Kaqla, *Alas y Raíces. Afectividad de las Mujeres Mayas*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: Editorial Nawal Wug SA, 2003.
28. Castillo D, *Nosotras Somos Lideresas: El Liderazgo de las Mujeres en el Poder Local como Paradigma de la Modernidad*, Ciudad de Guatemala: Ediciones Papiro, 2004.
29. Granolati M and Marini A, 2003, op. cit. (ver referencia 4).
30. WHO, The prevention and management of unsafe abortion, report of a technical working group, Geneva: (WHO/

MSM/92.5), 1992.

**31.** Katz E, Gender and trade within the household: observations from rural Guatemala, *World Development*, 1995, 23:327–342.

**32.** Guatemala Código Penal, 1973, op. cit. (ver referencia 8).

**33.** Rance S, “No me vas a pensar esas cosas”: actitudes y prácticas que inciden en el embarazo no deseado y el aborto inseguro en Bolivia, en: Encuentro de Investigadores Sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe: Impactos Demográficos y Psicosociales del Aborto, Santafé de Bogotá, Colombia, 15–18 de noviembre, 1994.

**34.** MSPAS y CIESAR, Programa nacional de atención postaborto, evaluando la calidad de la prestación de servicio en la atención postaborto (APA) en Guatemala, *Boletín*, julio–diciembre 2005, Volumen 2, Número 1.

**35.** Granolati M y Marini A, 2003, op. cit. (ver referencia 4).

**36.** Prada E et al., 2005, op. cit. (ver referencia 15).

**37.** MSPAS y CIESAR, Programa nacional de atención postaborto, *Boletín*, enero–junio, 2005, Volumen 1, Número 4.

**38.** Bertrand J et al., Promoting birth spacing among the Maya-Quiché of Guatemala, *International Family Planning Perspectives*, 1999, 25(4):160?167; Bertrand J, E Seiber y G Escudero, 2002, op. cit. (ver referencia 6); Metz B, Politics, population and family planning in Guatemala: Chorti Maya experiences, *Human Organization*, 2001, 60(3); Santiso R y Bertrand J, The delayed contraceptive revolution in Guatemala, *Human Organization*, 2004, 63(1):57-67.

**39.** Congreso de la República de Guatemala, *Ley de Desarrollo Social*, Decreto Número 42–2001, <<http://www.segeplan.gob.gt/docs/pdesa/document/LDS2001.pdf>>, sitio visitado abril 14, 2006.

**40.** Congreso de la República de Guatemala, *Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa de Salud Sexual y Reproductiva*, Decreto 87–2005 (entró en vigencia en Abril 2006), <<http://www.infile.com/cms/myfiles/503.pdf>>, sitio visitado abril 14, 2006.

**41.** Sistema de las Naciones Unidas, *Metas del Milenio: Informe de Avance de Guatemala*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: MSPAS, 2002.

**42.** Fonseca-Becker F y Schenck-Yglesias C, Measuring the effects of behavior change and service delivery interventions in Guatemala with population-based survey results, Baltimore, MD, USA: JHPIEGO, 2004.