

**Aborto y atención postaborto
en Guatemala:
Informe de profesionales de
la salud e instituciones de salud**

Elena Prada, Edgar Kestler, Caroline Sten,
Lindsay Dauphinee y Lilian Ramírez

Informe ocasional No. 18
Diciembre 2005

Agradecimientos

El informe *Aborto y atención postaborto en Guatemala: Informe de los profesionales de la salud e instituciones de salud*, es el primero de una serie de informes del Instituto Guttmacher (Guttmacher Institute) y de los investigadores asociados de Guatemala, que ofrece información sobre el aborto inseguro en Guatemala. Susheela Singh, vicepresidenta de investigación del Instituto Guttmacher y Akinrinola Bankole, director de investigación internacional, supervisaron el proceso desde la creación del diseño del estudio hasta la ejecución de este informe. Los autores agradecen a Luisa Cabal, del Centro de Derechos Reproductivos (Center for Reproductive Rights); Rebecca Koladycz, de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (International Planned Parenthood Federation); Romeo Menéndez, de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Guatemala; Martha Murdock, de Family Care International; Sandra García, del Consejo de Población (Population Council); y Clemetine Rossier, del Institut National D'études Démographiques por sus valiosos comentarios y sugerencias a la primera versión del informe. También fue de gran ayuda, la colaboración y las recomendaciones de otros miembros del personal del Instituto Guttmacher. Los autores agradecen a Lisa Remez por escribir el Resumen ejecutivo. A Ann Moore por sus comentarios a las primeras versiones del documento, a Haley Ball por editar el informe, a Martha Urdaneta por la traducción al español, y a Kathleen Randall, Michael Greelish and Judith Rothman por el trabajo de diseño y producción.

El estudio fue realizado por investigadores de Guatemala y el Instituto Guttmacher con el apoyo del Ministerio de Cooperación y Desarrollo de los Países Bajos, el Banco Mundial y el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido. El director del proyecto de investigación en Guatemala es Edgar Kessler, director del Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva (CIESAR) de Gua-

temala. Los investigadores asociados son, Gonzalo Ball-Ajú, director de la Federación de Salud Materno-infantil y Salud Sexual y Reproductiva de Guatemala (FESIRGUA) y Sandra Sáenz de Tejada, antropóloga y consultora independiente.

Se agradece muy especialmente al siguiente personal de Guatemala que recolectó la información: las coordinadoras regionales: Zoila Calderón, Zully Hernández y Lilian Ramírez, y las entrevistadoras: Maria Borrayo, Flor de María Castillo, Nora Díaz, Elizabeth Fajardo, Ana Guadrón, Rosandra Guzmán, Yolanda López, Blanca Marroquín, Bernarda Méndez, Diana Pérez, Fabiola Reyna y Brenda Torres.

Cita sugerida: Prada E y col., Aborto y atención postaborto en Guatemala: Informe de profesionales de la salud e instituciones de salud, *Informe ocasional*, Nueva York: Instituto Guttmacher, 2005, No. 18.

Para ordenar el presente informe diríjase a <www.guttmacher.org>.

©2005, Instituto Guttmacher, Una corporación sin ánimo de lucro dedicada a la investigación en salud sexual y reproductiva, al análisis de políticas y la educación pública

ISBN: 0-939253-77-1

Índice

Agradecimientos	2	Métodos de aborto	25
Resumen Ejecutivo	5	Proveedores de servicios de aborto	27
Capítulo 1: Introducción	9	Costos del aborto inducido	28
Visión general	9	Conclusión	28
Contexto del aborto en Guatemala	10	Tablas:	
Tendencias de la maternidad, uso de métodos anticonceptivos y necesidad insatisfecha en anticoncepción	11	3.1 Distribución porcentual de las características de las mujeres que tienen abortos inducidos de acuerdo con los profesionales entrevistados en la EPS; y distribución porcentual de las características de las mujeres atendidas por complicaciones de aborto de acuerdo con los entrevistados en la EIS	30
Justificación, metas y objetivos	12	3.2 Porcentaje de entrevistados en la EPS, que informaron sobre el uso de métodos específicos de aborto, en áreas urbanas y rurales	31
Estructura del informe	13	3.3 Porcentaje de entrevistados en la EPS, que informaron sobre el uso de métodos específicos de aborto, según el uso más frecuente entre diferentes tipos de proveedor, en áreas urbanas y rurales, y en mujeres indígenas y no indígenas	32
Grafica:		3.4 Porcentaje de entrevistados en la EPS, según sus percepciones sobre la frecuencia a la cual acuden las mujeres a diferentes tipos de proveedor de servicios de aborto, por nivel económico de las mujeres y área de residencia, y en mujeres indígenas	33
1.1 Mapa de Guatemala	14	3.5 Porcentaje de abortos que los entrevistados en la EPS creen son realizados por cada tipo de proveedor de servicios de aborto, según nivel económico y área de residencia, y en mujeres indígenas	34
Capítulo 2: Metodología	15	3.6 Costos estimados por los entrevistados en la EPS, en dólares y quetzales, de un aborto en el primer trimestre del embarazo, según tipo de proveedor de servicios de aborto, por nivel económico de la mujer, área de residencia y etnia indígena	35
Introducción	15	Capítulo 4: Aborto Inducido, Morbilidad y Atención Postaborto	37
Encuesta a Profesionales de la Salud (EPS)	15	Tipo de complicaciones de aborto	37
Encuesta a Instituciones de Salud (EIS)	16	Probabilidad de complicaciones	37
Capacitación, trabajo de campo y recolección de datos	17	Probabilidad de obtener tratamiento de las complicaciones del aborto	38
Características de los entrevistados en la EPS	18		
Características de los entrevistados en las encuestas a EIS y características de las instituciones de salud	18		
Tablas:			
2.1 Distribución de las instituciones de salud en Guatemala, según sector y región	20		
2.2 Características de los entrevistados en la Encuesta a Profesionales de la Salud	21		
2.3 Experiencia laboral de los entrevistados en la Encuesta a Profesionales de la Salud	22		
2.4 Características de los entrevistados en la Encuesta a Instituciones de Salud, según sector	23		
2.5 Características de las instituciones de salud, según sector y tamaño	24		
Capítulo 3: Características y Condiciones de la Prestación de los Servicios de Atención del Aborto	25		
Perfil de las mujeres que recurren al aborto provocado	25		

Fuentes de atención postaborto	40
Número de pacientes atendidas en postaborto	40
Procedimientos usados para el tratamiento de las complicaciones postaborto	41
Conclusión	42

Tablas:

4.1 Porcentaje de entrevistados en la EPS, que informaron las complicaciones específicas más comunes que resultan de un aborto inducido o espontáneo	44
4.2 Porcentaje que estiman los entrevistados en la EPS, de mujeres que tienen aborto inducido y que presentarán complicaciones que requerirían tratamiento, según tipo de proveedor de servicios de aborto, nivel económico y área de residencia de la mujer, y en mujeres indígenas	45
4.3 Proporción promedio de abortos inducidos que probablemente presentarán complicaciones de acuerdo con los entrevistados en la EIS, según tipo de proveedor de servicios de aborto, nivel económico de las mujeres y en mujeres indígena	46
4.4 Del total de mujeres que tienen un aborto inducido, el porcentaje de mujeres hospitalizadas por complicaciones y principales componentes: Total muestra de la EPS y cuatro subgrupos según sector donde trabaja el entrevistado y el tipo de contexto del trabajo	47
4.5 Porcentaje de entrevistados en la EPS, según sus percepciones sobre la frecuencia a la cual acuden las mujeres a diferentes tipos de proveedores de atención postaborto, por nivel económico de las mujeres, área de residencia, y en mujeres indígenas	48
4.6 Porcentaje de instituciones de salud que brindan atención postaborto ambulatoria o de hospitalización, y promedio anual de pacientes postaborto atendidas, por institución según sector y región	49
4.7 Número estimado de mujeres atendidas anualmente por complicaciones de aborto espontáneo o inducido y tasa de morbilidad, según sector al que pertenece la institución de salud y región (datos ponderados)	50
4.8 Porcentaje de instituciones de salud que usa diferentes procedimientos para tratar las complicaciones postaborto, según sector al que pertenece la institución de salud (datos ponderados)	51
4.9 Porcentaje de instituciones de salud, que usa anestesia en los diferentes procedimientos para tratar las complicaciones postaborto	52

Gráficas::

4.1 Porcentaje que estiman los entrevistados en la EPS, de mujeres con complicaciones por aborto inducido que recibirían tratamiento en una institución de salud, según nivel económico, área de residencia y en mujeres indígenas	53
4.2 Distribución porcentual de los entrevistados en la EIS, según sus percepciones sobre cómo puede mejorarse en sus instituciones de salud el tratamiento de las complicaciones postaborto	54

Capítulo 5: Planificación Familiar, Consejería Postaborto y Opiniones e Intervenciones Para Reducir el Número de Abortos Inseguros y Mejorar la Atención Postaborto

Servicios de planificación familiar para las pacientes de postaborto	55
Opiniones sobre cómo reducir el número de abortos inseguros	56
Conclusión	56

Tablas:

5.1 Porcentaje de instituciones de salud que prestan servicios de consejería y suministran métodos anticonceptivos a las pacientes postaborto, según sector y tamaño de la institución de salud	58
5.2 Porcentaje de entrevistados en la EPS y en la EIS que creen que las alternativas sugeridas pueden usarse para reducir el número de abortos practicados o inducidos en condiciones de riesgo en Guatemala, según la profesión de los entrevistados	59

Capítulo 6: Conclusiones e Implicaciones

Implicaciones para programa y políticas	62
Necesidad de investigación	63

Siglas

Referencias

Aborto y Atención Postaborto en Guatemala: Resumen Ejecutivo

En Guatemala, país que tiene la más alta tasa de fecundidad de Centroamérica, las mujeres tienen en la actualidad más de cuatro hijos; y en la población indígena, la cual comprende el 43% de la población total, las mujeres tienen más de seis hijos. Aunque la proporción de mujeres en unión que usa un método anticonceptivo moderno ha aumentado en los últimos años,—es ahora del 34%—el aumento en el uso, no ha ido a la par con la disminución en el tamaño deseado de familia. Alrededor de una tercera parte de los nacimientos recientes en mujeres guatemaltecas fueron no planeados, y el 28% de las mujeres tienen una necesidad insatisfecha en anticoncepción. Desafortunadamente, y algunas veces con resultados trágicos, muchas mujeres guatemaltecas recurren al aborto cuando no tienen los medios para lograr sus metas reproductivas.

En Guatemala, los abortos inducidos son ilegales, excepto aquellos que se practican para salvar la vida de la mujer embarazada. Como resultado, las mujeres que recurren a un aborto para solucionar un embarazo no deseado lo hacen secretamente y bajo condiciones que representan un grave riesgo para su salud y su fecundidad futura. La ilegalidad del procedimiento significa la no disponibilidad de datos oficiales para medir su verdadero alcance; los estudios realizados en otros países latinoamericanos, con contextos culturales y legales similares, sugieren que el aborto inseguro contribuye a niveles inaceptables de morbilidad y mortalidad materna en Guatemala.

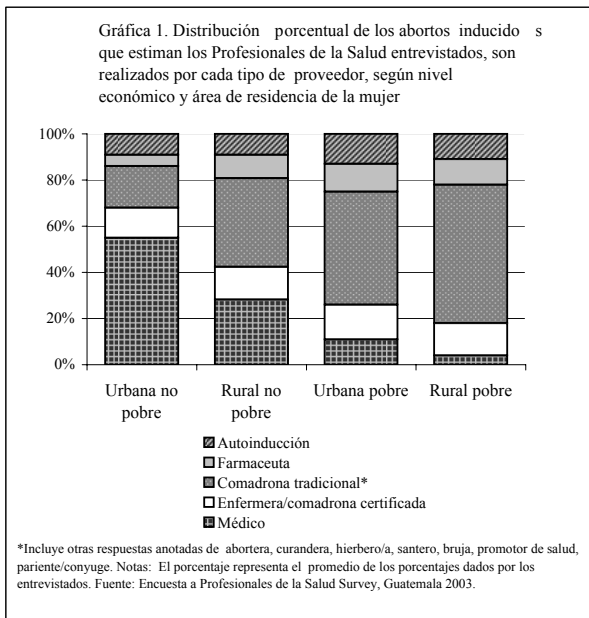
El presente estudio, representa un primer intento para tratar de abordar el tema del aborto clandestino en Guatemala, un país que hasta los años recientes ha hecho muy poco por promover la planificación familiar y que tiene la prevalencia más baja de uso de métodos anticonceptivos modernos en los países de habla hispana de Latinoamérica. La falta de información acerca del problema del aborto inseguro significa que en este momento también hace falta la información básica requerida para planear soluciones eficaces. Este informe presenta los hallazgos de un estudio que busca

describir y cuantificar el nivel de una actividad deliberadamente clandestina —una tarea que no es fácil. El estudio está basado en dos encuestas llevadas a cabo en el otoño del 2003. Una fue realizada en una muestra intencional de 74 profesionales de la salud conocedores del tema del aborto, provenientes de 21 de los 22 departamentos del país, a quienes se les preguntó sobre sus percepciones acerca de las mujeres que recurren a un aborto y sobre los proveedores de aborto. El otro componente fue una encuesta nacional representativa, con personal de más alto nivel encargado de la atención postaborto de 174 instituciones de salud, a quienes se les preguntó sobre su experiencia en la atención de mujeres con complicaciones de aborto.

Aborto inseguro y tratamiento de las complicaciones

Puesto que no hay información disponible de las mismas mujeres, se les preguntó a los entrevistados en la Encuesta a Profesionales de la Salud, sobre sus percepciones acerca de la práctica de aborto en Guatemala. Los dos factores que influyen en la probabilidad de que se presenten complicaciones—a dónde acude una mujer para que se le practique un aborto inducido y la relativa seguridad del procedimiento—dependen en gran medida del nivel socioeconómico de la mujer y de su sitio de residencia. De acuerdo con los profesionales entrevistados, la mayoría de las mujeres no pobres urbanas, utiliza los servicios relativamente seguros de un médico, mientras la mayoría de las mujeres pobres (y por extensión, las mujeres indígenas quienes son extremadamente pobres y viven en áreas rurales) dependen de las parteras/comadronas tradicionales para resolver un embarazo no deseado. (Gráfica 1, page 6)

Se cree que los abortos quirúrgicos practicados por médicos en las zonas urbanas son realizados principalmente por el método de dilatación y curetaje (D&C), el cual ha sido ampliamente reemplazado en gran parte del mundo desarrollado por el procedimiento, mucho más seguro de la aspiración manual endouterina (AMEU). Otros métodos, que se piensan son utilizados

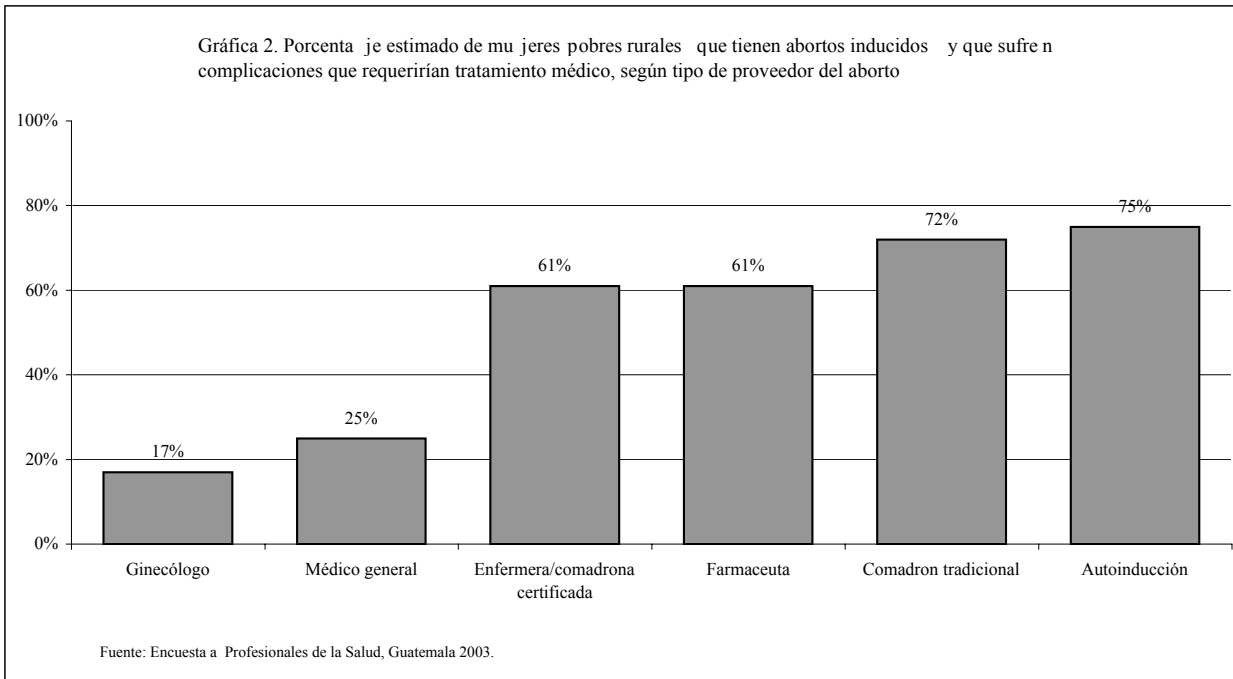


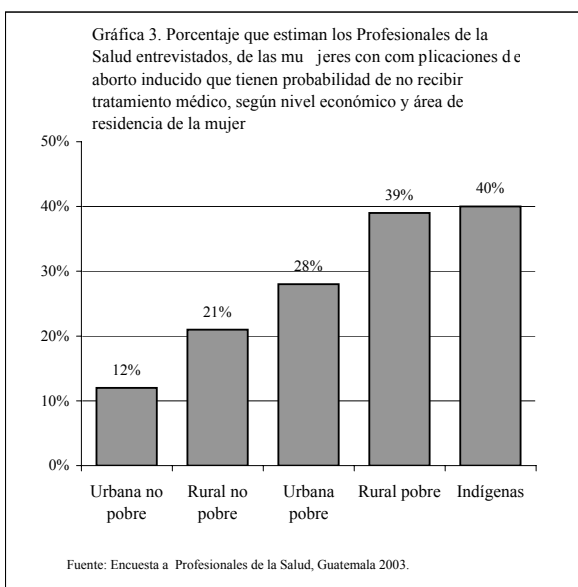
comúnmente en las áreas urbanas incluyen las inyecciones intramusculares de ocitócicos, la introducción de un catéter o sonda de caucho (se usa sola o para introducir líquido dentro del útero), y la toma de medicamentos hormonales (particularmente cuando las mujeres se provocan ellas mismas el aborto). Se cree que en las áreas rurales las mujeres utilizan por lo general hierbas y la introducción de objetos sólidos dentro del útero.

Es de esperarse que las mujeres que se inducen sus propios abortos o que utilizan proveedores no capacitados, son las que tienen más probabilidad de presentar

complicaciones. De acuerdo con los profesionales de la salud entrevistados, casi tres cuartas partes de las mujeres rurales que se inducen su aborto, presentarán complicaciones que requieren atención médica al igual que el 61% de las mujeres rurales que recurren a una enfermera capacitada o a un farmacéuta (Gráfica 2). La alta incidencia de complicaciones relacionadas con el aborto presentadas por las mujeres pobres se explica parcialmente por los tipos de proveedores a los cuales pueden recurrir, pero aún en el caso de acudir a los mismos proveedores que utilizan otras mujeres, las mujeres pobres tienen todavía más probabilidad de presentar complicaciones por diferentes razones, comenzando por un estado nutricional y de salud aún más deficiente hasta barreras culturales y de idioma que les impiden seguir las instrucciones de los cuidados postaborto.

En general, se estima que dos quintas partes de las mujeres de Guatemala que tienen un aborto clandestino, serán hospitalizadas para el tratamiento de las complicaciones de aborto. De acuerdo con los entrevistados en la Encuesta a Instituciones de Salud, la típica mujer guatemalteca que recibe tratamiento en las instituciones formales de salud, es una ama de casa con uno o dos hijos, un perfil que es en general consistente con la investigación realizada en otros países latinoamericanos con leyes restrictivas de aborto similares. Según los profesionales de la salud entrevistados, las complicaciones relacionadas con un aborto inseguro que se presentan con más frecuencia son: la hemorragia, la sepsis y la infección, la perforación del útero y el aborto incompleto. El manejo de estas complicacio-





nes acaba con los escasos presupuestos de salud, especialmente cuando las mujeres son tratadas en los hospitales públicos—el 77% de los entrevistados en las instituciones públicas consideraron a la atención postaborto como una carga financiera.

Aunque las complicaciones relacionadas con los abortos inseguros constituyen una amenaza para la vida, muchas mujeres que requieren atención médica no la recibirán. Los profesionales de la salud entrevistados estimaron que cerca de dos quintas partes de las mujeres rurales pobres que requieren un tratamiento para las complicaciones relacionadas con el aborto, no buscarán atención médica, y no lo hará el 28% de las mujeres urbanas pobres (Cuadro 3). El temor a ser castigadas y maltratadas por el personal médico, la extrema pobreza que impide viajar y pagar por la atención y las normas culturales que les prohíben a las mujeres indígenas el consultar a médicos de sexo masculino, son todos ellos factores que contribuyen a las tasas especialmente altas de complicaciones no tratadas entre las mujeres rurales pobres.

Los costos estimados de un aborto inducido varían ampliamente, desde solo US\$8 para una mujer pobre rural que se induce ella misma el aborto, a US\$490 para una mujer urbana no pobre que está en capacidad de obtener el aborto de un médico en una institución privada. Sin embargo, aún en el mejor de los casos, las complicaciones de abortos clandestinos todavía pueden presentarse (en otras palabras, 13% de las mujeres relativamente de mayores recursos presentarán complicaciones que requerirán atención médica).

La información de la Encuesta a Instituciones de Salud, permite estimar el número total de mujeres guatemaltecas atendidas por complicaciones de aborto in-

ducido y espontáneo por año—un total de 27,013 mujeres. Esto significa que 10 de cada 1.000 mujeres en edad reproductiva serán atendidas cada año en las instituciones de salud oficiales por complicaciones relacionadas con el aborto inducido o espontáneo. La mayoría de estas mujeres son atendidas como pacientes internas (76%) y en instituciones del sector público (77%, por ejemplo, en hospitales del Ministerio de Salud y aquellos administrados por el programa nacional del Seguro Social). En las regiones más pobres del país, como el Sur-oriente, una proporción especialmente baja de mujeres que presenta complicaciones son tratadas en las instituciones privadas mejor equipadas (12%).

Aunque casi todas las instituciones, públicas y privadas, atienden las complicaciones del aborto mediante la dilatación y curetaje (la cual requiere por lo menos de un día de hospitalización y anestesia), solo la mitad de los hospitales públicos y menos de una quinta parte de los hospitales privados, usan el procedimiento de AMEU, una manera mucho más segura y costo-eficiente de tratar las complicaciones relacionadas con un aborto incompleto. La mayoría de las instituciones también usan los antibióticos, los medicamentos oxitócicos, la cirugía y la aspiración eléctrica endouterina en el manejo de las complicaciones relacionadas con el aborto.

Cómo abordar el problema del aborto inseguro en Guatemala

Un primer paso importante, para aminorar el daño causado por el aborto inseguro es, mejorar la atención postaborto y la prevención de los embarazos no deseados. Para lograr este fin, casi todos los entrevistados estuvieron de acuerdo en ofrecer consejería en planificación familiar en la misma institución donde se les brinda la atención postaborto a las pacientes, y una inmensa mayoría de los profesionales de la salud respaldó el suministro de los métodos de planificación familiar a las mujeres cuando acuden con complicaciones de aborto. Desafortunadamente, las respuestas del personal de las instituciones, sugieren que muchos centros de salud guatemaltecos adolecen de suministros de métodos anticonceptivos para entregar a las pacientes, especialmente suministros de métodos reversibles, como por ejemplo, las píldoras, los inyectables y los condones.

Muchos de los entrevistados en las instituciones, mencionaron la importancia de aumentar la disponibilidad y mejorar la calidad de la atención postaborto en Guatemala, específicamente mediante el suministro de equipos para el procedimiento de AMEU (y la capacitación para usarlos), además de los equipos de ultraso-

nido (ecógrafos) e incrementar el uso de antibióticos. Para disminuir la práctica del aborto inseguro, muchos expertos señalaron la necesidad de crear conciencia entre el público acerca de los riesgos en la salud involucrados, brindar consejería en planificación familiar a las mujeres que han acudido a las instituciones para la atención postaborto e incrementar en general el acceso de las mujeres a los métodos anticonceptivos eficaces.

La mayor parte de los guatemaltecos vive en las áreas rurales (61%), una situación que se sale de la norma de la región Latinoamérica, la cual es predominantemente urbana; es más, tres cuartas partes de los habitantes de la Guatemala rural, vive en la pobreza. El problema del aborto inseguro es más agudo en el subgrupo de las mujeres pobres rurales, quienes especialmente tienen más probabilidad de tener un aborto inseguro de proveedores no capacitados y en consecuencia presentar complicaciones graves. Para empeorar las cosas, estas mujeres también son las que tienen más probabilidad de no recibir atención médica cuándo se presentan las complicaciones.

No obstante, puesto que todos los abortos en Guatemala son practicados en la clandestinidad, las complicaciones son frecuentes entre todas las mujeres que recurren al aborto como último recurso, sin importar donde vivan o qué tanto dinero tengan. Las mejoras en la atención postaborto producirán un mayor impacto

costo-efectivo en la morbilidad, si son dirigidas a las instituciones públicas—las cuales proveen la mayor parte de esta atención—y a las mujeres rurales pobres. Los hallazgos de este estudio sugieren que la mejora más prometedora sería lograr que la consejería y los servicios de planificación familiar, incluyendo la anti-concepción de emergencia para prevenir los embarazos no planeados estén disponibles en las instituciones; proveer capacitación en la técnica AMEU y establecer este procedimiento como el protocolo estándar para la atención postaborto.

En el 2001, el gobierno de Guatemala, aprobó la Ley de Desarrollo y Población, la cual contiene muchas políticas dirigidas al mejoramiento de la salud reproductiva general de las mujeres, tales como extender el alcance de la educación sexual y fomentar la toma de conciencia y uso de la planificación familiar. No obstante, aún falta que la ley sea completamente implementada. Los resultados de este estudio señalan la necesidad urgente de acelerar su implementación para aumentar el acceso a la anticoncepción, con el fin de que las mujeres puedan alcanzar sus metas reproductivas. Un número menor de embarazos no planeados y una mejor atención postaborto constituyen el punto de partida para abordar el problema, en gran medida prevenible, del aborto inseguro en Guatemala.

Capítulo 1

Introducción

Visión general

Aproximadamente 3,7 millones de abortos inducidos ocurren cada año en Latinoamérica y el Caribe y se estima que un 17% del total de muertes maternas se debe al aborto inseguro.¹ No obstante, el aborto sigue siendo ilegal, altamente restringido en unos casos, o no disponible en la mayor parte de la región. Con excepción de Guyana, Cuba, Puerto Rico y otras pocas naciones caribeñas,² la legislación sobre el aborto en Latinoamérica se encuentra entre las más restrictivas del mundo, en parte debido a la influencia de la Iglesia católica, la cual sigue influyendo sobre la opinión pública y sobre la formulación de las políticas. Debido a su ilegalidad, el aborto inseguro continúa siendo ignorado por la mayoría de las autoridades de salud pública de la región.

A pesar de que el aborto es ilegal, muchas de las mujeres que enfrentan un embarazo no planeado, recurren a procedimientos de aborto en condiciones de riesgo. Una proporción alta de estos procedimientos son realizados por proveedores no capacitados y en condiciones de riesgo, lo que puede resultar, si no en la muerte en complicaciones graves y discapacidades de largo plazo. Las condiciones varían de país a país, pero es probable que hayan mejorado un poco en las últimas dos décadas con la introducción de la práctica del aborto con medicamentos (uso del misoprostol y el mifepristone) y con las mejoras en el acceso a servicios clandestinos de aborto seguro.

Se ha establecido que el aborto inseguro conlleva riesgos graves en Guatemala y otros países de Centroamérica.³ La evidencia también muestra que en otras partes de Latinoamérica, una alta proporción de mujeres que tienen abortos clandestinos sufren complicaciones que requieren tratamiento médico—en un estudio realizado en 1960 en Chile, se estimó que la proporción era una en tres⁴ y en un estudio realizado en 1981 en Perú se estimó que la proporción era una en cuatro.⁵ Algunas de las complicaciones reportadas con más frecuencia son el aborto incompleto, sepsis, he-

morragia y la lesión de órganos internos, tales como la perforación de útero. Las consecuencias a largo plazo incluyen dolor crónico, enfermedad pélvica inflamatoria e infertilidad.⁶

Además de los altos costos para la salud y las vidas de las mujeres, el tratamiento de las complicaciones relacionadas con el aborto constituye una gran carga para el sistema de salud en los países donde el aborto es ilegal. Dependiendo de la gravedad de la complicación, el tratamiento puede requerir de varios días de hospitalización, anestesia, cirugía, transfusiones, antibióticos y medicamentos para el control del dolor. Estudios en grupos pequeños realizados en África, Asia⁷ y Latinoamérica⁸ han mostrado que las mujeres con complicaciones de aborto representan un alto porcentaje—tanto como la mitad—de todas las pacientes ginecológicas de instituciones de salud.

Actualmente bajo la legislación de Guatemala, el aborto inducido es ilegal y sólo es permitido para salvar la vida de la mujer.⁹ En consecuencia, el aborto por lo general se realiza en forma clandestina y en condiciones de riesgo, ocasionando eventualmente graves consecuencias para la salud de las mujeres, incluyendo la muerte. Las estadísticas oficiales sobre el aborto, aún las del aborto legal, no se registran en Guatemala. Por lo tanto, se desconoce la ocurrencia real del aborto en ese país. No obstante, el estudio de línea basal de mortalidad materna realizado por el gobierno, muestra que el aborto inseguro se presenta en el país y es un factor que contribuye a la mortalidad materna. Los resultados de este estudio mostraron que las cuatro causas principales de mortalidad materna fueron la hemorragia postparto (54%), sepsis (14%), hipertensión (12%) y aborto (10%).¹⁰ Un programa de vigilancia de muerte materna, realizado recientemente en el área metropolitana de Ciudad de Guatemala, encontró que entre 1993 y 1996, el 10% del total de muertes entre mujeres de 15 a 49 años estaba relacionado con el embarazo o el parto, y de éstas muertes, un 25% fue debido a infección. De todas las muertes maternas debidas a in-

fección, el 32% estaba asociado al aborto inducido o espontáneo.¹¹ Aunque no existe información sobre qué proporción de estas muertes asociadas al aborto se deben a abortos inducidos o espontáneos, es claro que ambos contribuyen y es probable que el aborto inducido, con frecuencia realizado en condiciones de riesgo, sea un factor importante.

Contexto del aborto en Guatemala

Guatemala está dividida en 22 departamentos administrativos que comprenden ocho regiones principales, como se aprecia en la Gráfica 1.1. El país tiene una alta diversidad tanto étnica como geográfica, y la distribución de los ingresos es una de las más desiguales del mundo. Las regiones Norte, Nor-oriental y Sur-oriental están un poco menos desarrolladas que el resto del país. Cuarenta y dos por ciento de la población—principalmente indígena—vive en estas regiones.¹²

Guatemala tiene una población de más de 11 millones de habitantes.¹³ La mayoría son mestizos (personas con una mezcla de ancestro europeo e indígena), mientras que aproximadamente cuatro de cada 10 son indígenas (43%), incluyendo 21 grupos etno-lingüísticos descendientes de los Mayas. Otras minorías étnicas son los *garífunas* (personas de descendencia afrocaribeña) y los *xincas* (personas de ancestro indígena diferente a los Mayas). Sesenta y cinco por ciento de la población de Guatemala vive en el área rural mientras que el 23% se concentra en el área metropolitana de Ciudad de Guatemala.¹⁴

Comparado con otros países de Latinoamérica, Guatemala se clasifica entre los más pobres. La pobreza es generalizada, y es mucho más alta entre las poblaciones rurales e indígenas. Tres cuartas partes de los residentes de las áreas rurales es pobre y una cuarta parte de ellos es extremadamente pobre. Además, tres cuartas partes de los indígenas guatemaltecos viven en condiciones de pobreza comparado con el 41% de la población no indígena.¹⁵

Los indicadores de salud en Guatemala han progresado en los últimos 20 años pero aún son pobres y su progreso ha sido más lento que en otros países de la región incluyendo Bolivia, Nicaragua y Honduras. Guatemala está clasificado en tercer lugar (después de Nicaragua y Honduras) entre los países de América Latina y el Caribe (LAC) que tienen baja esperanza de vida y se clasifica como el país con la más alta mortalidad infantil. Igualmente clasifica después de Haití y Bolivia, dentro de los países de más alta mortalidad materna. Los índices de desnutrición en Guatemala, también se encuentran entre los más altos del mundo,

y muy poco progreso se ha hecho.¹⁶ De acuerdo con Granolati y Marini,¹⁷ los deficientes indicadores de salud que existen en Guatemala, se deben principalmente a la pobreza y al prolongado conflicto político, así como a la escasez de proveedores de servicios de salud capacitados en el sector privado y a la práctica generalizada de la medicina tradicional. Además, el acceso a los servicios de salud es extremadamente limitado. De acuerdo con la definición de acceso de la Organización Mundial de la Salud (vivir a sólo una hora de camino de una institución de salud), sólo el 11% de la población guatemalteca tiene acceso adecuado a los servicios de salud. Aquellos que carecen del acceso, por lo general viven en las áreas rurales, y por lo tanto, son con frecuencia pobres o indígenas. Con frecuencia los integrantes de estos grupos dependen de la automedicación o la atención que les brindan los familiares o los proveedores de salud tradicional, para tratar sus enfermedades.¹⁸

Las mujeres que no tienen acceso a la atención en salud privada enfrentan retos adicionales para obtener servicios de salud sexual y reproductiva. Hasta hace muy poco tiempo, el gobierno de Guatemala se negó a incluir la planificación familiar como parte de los servicios generales de salud pública. De acuerdo con un estudio reciente, esta política se debió en gran parte a la falta de acción de los políticos y a la oposición de grupos conservadores, especialmente de la Iglesia católica, quienes se oponían al uso de métodos “artificiales” de planificación familiar. Al negarse a ofrecer información y servicios de planificación familiar, el gobierno de Guatemala había incumplido numerosos tratados internacionales y locales—en especial, los de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, y la Cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer—los cuales establecieron la obligación de los gobiernos de fomentar y proteger el derecho a los servicios de planificación familiar para toda persona, sin importar la raza, género y clase social. Guatemala presentó algunas salvedades a los documentos finales de las dos conferencias, pero aprobó los principios básicos. Adicionalmente, el gobierno tiene la obligación constitucional de suministrar los servicios de planificación familiar. La constitución de 1985, contiene disposiciones para que el gobierno asegure el derecho a los servicios de planificación familiar y derechos relacionados, tales como el derecho de igualdad de las mujeres, el derecho de los pueblos a la autonomía y los derechos de los indígenas. Además, los Acuerdos de Paz de 1996 reconocieron los derechos de los grupos indígenas y exigieron reformas del gobierno en las áreas de salud,

educación, servicios sociales y derechos de la mujer.¹⁹

Recientemente, el gobierno de Guatemala comenzó a tomar medidas importantes para fomentar la igualdad económica, política y social de la mujer, y ha realizado intentos para mejorar el acceso de la mujer a la información y los servicios de planificación familiar. En 1999, el gobierno sancionó la Política Nacional de Promoción y Desarrollo de las Mujeres Guatemaltecas y el Plan de Equidad de Oportunidades 2001-2006, la cual hace referencia a los derechos sexuales y reproductivos en dos de sus artículos. Sin embargo, esta medida no define los pasos específicos que el gobierno debe tomar para asegurar la implementación.²⁰ En 2001, el gobierno sancionó la Ley de Desarrollo Social y Población, la cual promueve políticas específicas en los temas de población, salud sexual y reproductiva, planificación familiar y educación sexual.²¹ El gran reto político del gobierno actual, incluye el presionar para que estas leyes se ejecuten completamente, aumentar la toma de conciencia pública sobre los derechos de salud reproductiva para todos los ciudadanos, y apoyar las políticas con una fuerte aplicación de la ley para asegurar su cumplimiento.

Tendencias de la maternidad, uso de métodos anticonceptivos y necesidad insatisfecha en anticoncepción

Guatemala tiene la tasa de fecundidad más alta entre los países de Centroamérica y una de las más altas de toda Latinoamérica. Mientras que el tamaño promedio de la familia para la región Centroamericana como un todo ha bajado significativamente a 2,9 hijos por mujer en toda su vida, en el año 2002, el tamaño promedio de la familia en Guatemala era de 4,4 hijos por mujer.²² Las mujeres indígenas tienen un tamaño promedio de familia significativamente mayor (6,1 hijos) que las mujeres no indígenas (3,7 hijos).²³ Aunque el tamaño promedio de la familia en Guatemala descendió en todos los grupos de mujeres entre 1987 y el año 2002, el descenso fue más marcado entre las mujeres no indígenas y las mujeres rurales que entre sus contrapartes.²⁴

A partir de 1987 ha aumentado el uso de los anticonceptivos entre las mujeres de Guatemala, pero todavía es relativamente bajo. El cuarenta y tres por ciento de las mujeres en unión usan un método de planificación familiar (34% usan un método moderno), comparado con un 23% en 1987 (19% de las mujeres usaban un método moderno).²⁵ Aunque en la actualidad una proporción mayor de mujeres usa algún tipo de anticonceptivo en comparación con hace 15 años, la ampliación de la brecha entre los hijos tenidos y los de-

seados sugiere que el tamaño deseado de familia está disminuyendo más rápidamente que lo que está aumentando el uso de la anticoncepción. La necesidad insatisfecha en anticoncepción continúa siendo alta: En el año 2002, 28% del total de mujeres en unión de Guatemala, no deseaban tener pronto un hijo o no deseaban tener más hijos, pero sin embargo no usaban un método de anticoncepción.²⁶

La evidencia disponible sugiere que las mujeres de Guatemala ahora desean tener menos hijos de los que querían hace 15 años, y todavía están teniendo más hijos de los que desean. Entre 1987 y 2002, el tamaño de familia que las mujeres consideraban como ideal descendió de 4,9 hijos a 3,7. Puesto que en el 2002 las mujeres tuvieron en promedio 4,4 hijos, significa que las mujeres de Guatemala desean tener 0,7 menos hijos de los que realmente están teniendo.²⁷ Mientras que las mujeres guatemaltecas que viven en las áreas urbanas están cerca de lograr su tamaño deseado de familia, los análisis indican que las mujeres rurales, quienes constituyen la vasta mayoría de la población, están teniendo cerca de un hijo más de los que desean (una tasa total de fecundidad de 5,2 hijos, comparada con el tamaño promedio de familia deseado de 4,3 hijos). La misma situación es cierta para las mujeres indígenas, quienes también tienen en promedio un hijo más de los que manifiestan desear.

El porcentaje de nacimientos no planeados en mujeres Guatemaltecas ha permanecido bastante estable durante la última década. La encuesta de Demografía y Salud de 1995 encontró que el 29% de los nacimientos recientes fueron inesperados²⁸, comparado con el 28% en el 2002*,²⁹. Las mujeres de áreas urbanas mostraron un descenso en los nacimientos no deseados de 35% en 1995 a 30% en el 2002. Esta tasa es bastante cercana a sus contrapartes rurales, para quienes en el 2002, el 28% de sus nacimientos fueron no deseados. No obstante, es importante anotar que en las mujeres adolescentes (15-19) el porcentaje de nacimientos no deseados aumentó ligeramente de 24% a 29% durante este período.

La oposición que mantuvo por largo tiempo el gobierno a la prestación de servicios de planificación familiar en las instituciones de salud pública, significa que hasta el momento los principales proveedores de servicios de anticoncepción son los proveedores del sector privado y las organizaciones no gubernamenta-

*Incluye todos los nacimientos en los cinco años anteriores de cada encuesta y no incluye el embarazo al momento de realización de las mismas.

les (ONG) tales como APROFAM. No obstante, la brecha se está cerrando. En 1998 el sector público distribuyó cerca de 25% de los métodos anticonceptivos usados,³⁰ mientras que en el 2002 distribuyó el 44% de todos los métodos modernos de planificación familiar. Sin embargo, la disponibilidad de métodos anticonceptivos en las instituciones públicas, varía ampliamente y por lo general es inadecuada en las instituciones pequeñas. Además, los proveedores del sector público, por lo general, no abordan el tema de la planificación familiar con sus pacientes sino que proporcionan los métodos sólo cuando la paciente lo solicita.³¹

La posibilidad que tiene la mujer de evitar un embarazo no deseado no depende sólo del acceso a la anticoncepción. Los embarazos no deseados pueden resultar de relaciones sexuales forzadas, o si la mujer no está en capacidad de negociar el uso de los métodos anticonceptivos con su pareja. Además, puede que la mujer no esté usando los servicios de salud disponibles (incluyendo los servicios de planificación familiar) si éstos no satisfacen sus necesidades y valores culturales.

Justificación, metas y objetivos

Como resultado de la política restrictiva sobre el aborto en Guatemala, existen pocos datos sobre aborto y los pocos que existen son parciales. No obstante, el gobierno de Guatemala, las agencias internacionales, los profesionales de la salud, las ONG y la sociedad en general, necesitan información acerca del aborto para permitirles afrontar en una forma más directa el tema del aborto inseguro, sus causas y sus consecuencias.

Este estudio sirve para llenar los vacíos de conocimiento, mediante la recolección de información nueva acerca de la provisión de aborto y sus consecuencias, por medio de tres encuestas: la Encuesta a Profesionales de la Salud (EPS), la Encuesta a Instituciones de Salud (EIS) y el Estudio de Morbilidad por Aborto en Comunidad. Cada uno de estos componentes del estudio busca documentar diferentes aspectos del tema del aborto. Los objetivos más amplios del estudio son los de proporcionar evidencia sobre el aborto inseguro y sus consecuencias, crear conciencia sobre el problema, aumentar la respuesta nacional e internacional al embarazo no deseado, e informar acerca de esas respuestas. En otras palabras, esperamos que la nueva evidencia que proporciona este estudio ayude a crear el compromiso político e institucional necesario para enfrentar el impacto del aborto inseguro en la salud materna, y esperamos que conduzca a la formulación de políticas y programas adecuados para reducir el número de embarazos no planeados y mejorar la atención

postaborto. Si se reconoce el problema del aborto inseguro y se formulan soluciones para abordarlo, Guatemala estará más cerca de lograr dos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU (UN Millennium Development Goals): mejorar la salud materna y promover la equidad de género.

Las primeras dos encuestas—EPS y EIS—se realizaron en el 2003. La EPS proporciona información acerca de las condiciones en las cuales se realizan los abortos inducidos, mediante la obtención de las percepciones y opiniones de una muestra intencional con médicos, enfermeras, investigadores y personas encargadas de la formulación de las políticas. También documenta las percepciones de los profesionales acerca de la probabilidad de que las mujeres sufran complicaciones después de un aborto inducido, y la probabilidad de que las mujeres que presentan complicaciones puedan ser atendidas en una institución de salud.

La EIS, que entrevistó a todas las instituciones de salud que atienden complicaciones del aborto en Guatemala, proporciona una estimación del número de mujeres tratadas anualmente por complicaciones de aborto inducido y espontáneo en el país, a nivel nacional y regional. Un análisis posterior de los datos, que será presentado en un artículo en el año 2006, usará técnicas indirectas para estimar el número de mujeres que fueron atendidas por complicaciones del aborto espontáneo, el número de ellas que recibieron tratamiento debido a aborto inducido y la tasa de aborto inducido.

El estudio de Morbilidad por Aborto en Comunidad es cualitativo y exploratorio por naturaleza. En él se utilizan las experiencias personales de los proveedores de salud y de algunos miembros de la comunidad para explorar la morbilidad y otras consecuencias para las mujeres que tienen complicaciones derivadas de un aborto inseguro y que no reciben atención médica o se demoran en consultar a una institución de salud. Las entrevistas a profundidad y las discusiones de los grupos focales, se realizaron en dos regiones de Guatemala: La Reinita, una comunidad de las afueras de Ciudad de Guatemala, y Patzún, una región eminentemente rural y población descendiente Maya. En un informe separado —a publicarse próximamente— se resumen los hallazgos de este estudio.

Este informe presenta los resultados de la EPS y la EIS acerca de las condiciones en que se realizan los abortos. Los temas explorados incluyen las percepciones de los entrevistados acerca de las características de las mujeres que han tenido un aborto y aquellas que consultan para ser tratadas por complicaciones, los métodos comunes que se usan para inducir un aborto, el costo de

obtención de un aborto, la probabilidad de sufrir complicaciones del aborto de acuerdo con el tipo de proveedor que practicó el procedimiento, los proveedores a los que acuden las mujeres cuando presentan complicaciones y la probabilidad de que las mujeres busquen tratamiento médico cuando sufren complicaciones. Se exploran todos los temas por área de residencia (urbana y rural), nivel económico (pobres y no pobres) y grupo étnico (indígena y no indígena). También se presenta en este informe, el número de mujeres atendidas por complicaciones de aborto inducido y espontáneo, de acuerdo con el sector (público y privado) y el tamaño de la institución y su localización (por región).

Estructura del informe

El Capítulo 1 de este informe, brinda una visión general del contexto local y global del estudio, y presenta los objetivos del mismo y sus componentes individuales.

En el Capítulo 2, se explica el diseño del estudio y su metodología, incluyendo la descripción de las encuestas y el trabajo de campo realizado por el equipo de investigación. También describe las características de las instituciones de salud en las que se presta atención del aborto, así como, las características de los entrevistados en ambas encuestas.

En el Capítulo 3 se hace una descripción del perfil de la práctica del aborto en Guatemala, basado en las opiniones de expertos profesionales de la salud. Además, describe las percepciones de los entrevistados acerca de las características de las mujeres que tienen abortos provocados, los métodos que comúnmente se usan para inducir el aborto, los proveedores a los que acuden las mujeres y el costo de un aborto en el primer trimestre del embarazo.

En el Capítulo 4, se presentan las percepciones de los profesionales acerca de las complicaciones por aborto inducido y su tratamiento, incluyendo el tipo de complicaciones que sufren las mujeres, la probabilidad de padecerlas y la proporción de mujeres con complicaciones que acudieron en busca de atención médica. También presenta los resultados de la EIS sobre la prestación de servicios de postaborto, incluyendo el número de mujeres atendidas por complicaciones relacionadas con el aborto espontáneo y el procedimiento que se usó para tratarlas.

En el Capítulo 5, se examinan los servicios de planificación familiar y de consejería disponibles para las mujeres que han sido atendidas por complicaciones, y las opiniones de los profesionales de la salud acerca de la atención postaborto.

Finalmente, en el Capítulo 6, se resumen los princi-

pales hallazgos y se destaca la necesidad de aumentar el acceso a los servicios de planificación familiar, mejorar la calidad de la atención en salud y expandir la atención postaborto en Guatemala.

Gráfica 1.1: Mapa de Guatemala



Notas: La región Metropolitana incluye el departamento de Guatemala, la región Norte incluye los departamentos de Alta Verapáz y Baja Verapáz; la región Nor-oriental incluye los departamentos de El Progreso, Izabal, Zacapa y Chiquimula; la región Sur-oriental incluye los departamentos de Santa Rosa, Jalapa y Jutiapa; la región Central incluye los departamentos de Chimaltenango, Sacatepéquez y Escuintla; la región Sur-occidental incluye los departamentos de Sololá, Totonicapán, Quetzaltenango, Suchitepéquez, Retalhuleu y San Marcos; la región Nor-occidente incluye los departamentos de Huehuetenango y Quiché; y la región de Petén incluye el departamento de Petén.

Capítulo 2

Metodología

Introducción

Es extremadamente difícil obtener información precisa acerca del aborto inseguro en países como Guatemala donde el procedimiento es ilegal y donde no se llevan registros oficiales. En estos casos, la información útil y sólida acerca de las condiciones en las cuales se practica el aborto y las estimaciones del número de mujeres que reciben tratamiento por complicaciones de aborto, se puede obtener mediante la entrevista con personas idóneas. El diseño del estudio y los protocolos usados en éste se basan en investigaciones previas realizadas por el Instituto Guttmacher sobre aborto inducido, en contextos donde el procedimiento es inseguro y altamente restringido, los cuales fueron adaptados al contexto de Guatemala.³² El informe presenta los principales hallazgos de dos encuestas realizadas a nivel nacional: una con profesionales de la salud idóneos, y la segunda, una entrevista con informantes claves en todos los hospitales de Guatemala. Las encuestas proporcionan información de las condiciones bajo las cuales se provee el aborto, y sobre la atención postaborto. En este informe no se presentan estimaciones sobre la incidencia del aborto inducido. Este tema se cubrirá en un análisis posterior utilizando los datos de estas dos encuestas, y aplicando al contexto de Guatemala, una metodología disponible.³³

El presente capítulo describe el diseño del estudio de las encuestas EPS y EIS, y los instrumentos que se usaron. También describe la prueba de los instrumentos y del trabajo de campo, el cual consiste en entrevistas a personas claves, principalmente a profesionales de la salud y proveedores de atención postaborto en las instituciones de salud.

La fase de diseño de las encuestas EPS y EIS, se realizó de marzo a julio del 2003. El proceso requirió una extensa colaboración entre el Instituto Guttmacher y los investigadores asociados, quienes están familiarizados con el tema del aborto en Guatemala. El Centro de Investigaciones Epidemiológicas en Salud Sexual y Reproductiva (CIESAR), quien fue el investigador aso-

ciado en Guatemala, proporcionó orientación en la formulación de los cuestionarios de las encuestas EPS y EIS y la estrategia del muestreo, y además supervisó la recolección de datos.

Encuesta a Profesionales de la Salud

El objetivo de entrevistar a los profesionales de salud era obtener, en una muestra de expertos, las opiniones y percepciones sobre la provisión de servicios de aborto en Guatemala. La población de la encuesta la integran profesionales de la salud médicos y no médicos, que fueron reconocidos por el equipo de investigadores como conocedores de las condiciones bajo las cuáles se practica el aborto y del grado al que llega la práctica de aborto inseguro en Guatemala. Estos profesionales fueron escogidos con base en entrevistas realizadas con planificadores de programas de las ONG y otras personas de partes interesadas en el tema, a quienes se les indagó por los funcionarios claves en el campo de la salud reproductiva. Los profesionales seleccionados eran conocedores del tema del aborto inducido por su experiencia personal como proveedores de servicios de salud en el tratamiento de las complicaciones del aborto, como investigadores, como defensores de la salud de las mujeres o como administradores y planificadores de programas. Fueron intencionalmente seleccionados de instituciones gubernamentales (como el Seguro Social) y del sector privado (incluyendo ONGs). Aunque la mayoría de los entrevistados en la Encuesta a Profesionales de la Salud (EPS), trabajaban en las áreas urbanas (especialmente en Ciudad de Guatemala), se hizo un esfuerzo por incluir expertos con conocimientos sobre el aborto en áreas rurales. Se identificó un total de 85 profesionales provenientes de 21 de los 22 departamentos de Guatemala.

De las 85 entrevistas planeadas, 11 no se realizaron. Tres de los posibles entrevistados se negaron a participar y uno no pudo ser contactado, los siete restantes fueron considerados como más calificados para ser informantes claves en la Encuesta a Instituciones de

Salud, lo que deja un total de 74 entrevistas, realizadas exitosamente. En cada caso, las entrevistadoras contactaron al profesional por teléfono o por medio de una visita a su sitio de trabajo. Cada participante fue entrevistado personalmente utilizando un formulario semi-estructurado que cubría los siguientes temas:

- características del entrevistado;
- características de la mujer típica que busca un aborto provocado;
- tipos más comunes de proveedores de aborto y distribución de las mujeres que han tenido un aborto provocado de acuerdo al tipo de proveedor al que recurrieron;
- el costo de obtener un aborto según el tipo de proveedor;
- la probabilidad de sufrir complicaciones después del aborto según el tipo de proveedor;
- la probabilidad de recibir tratamiento médico entre las mujeres que sufren complicaciones;
- fuentes de atención postaborto;
- métodos de planificación familiar más comunes usados al momento del embarazo no planeado por las mujeres que se provocan un aborto, y
- opiniones acerca de la consejería postaborto y las estrategias para disminuir el número de embarazos no planeados.

En cada una de las preguntas, se solicitó a los entrevistados hacer distinciones entre las condiciones de los seis subgrupos de mujeres: rurales pobres y no pobres, urbanas pobres y no pobres, y mujeres indígenas y no indígenas. Se definieron las mujeres pobres, como aquellas que tenían un ingreso menor al nivel del ingreso promedio. Las mujeres indígenas se definieron, como aquellas descendientes de los Mayas, que típicamente usan el atuendo maya y hablan una de las lenguas mayas.

Las mujeres indígenas se analizan por separado, puesto que se encuentran en una desventaja única para obtener servicios de planificación familiar y otros servicios de salud. Terborgh y col. anotan que, aparte de ser excesivamente pobres y rurales, las mujeres indígenas son discriminadas en las instituciones de salud y con frecuencia se les dificulta la comunicación con los trabajadores de salud, quienes por lo general hablan sólo en español. Además, es frecuente que las mujeres indígenas piensen que el tamaño de la familia está predeterminado y lo que ellas piensan está apoyado por las creencias indígenas tradicionales y los grupos católicos y evangélicos que ejercen influencia en sus comunidades.³⁴

Encuesta a Instituciones de Salud

La EIS fue realizada en las instituciones de salud que se consideraron ofrecían servicios de atención postaborto. La EIS realizada en Guatemala entrevistó al universo total de las instituciones pertinentes, debido a que el número de instituciones que brindan atención postaborto, es relativamente pequeño. (Por comparación en los países de mayor tamaño, donde se han realizado este tipo de estudios, se ha seleccionado una muestra de las instituciones). En cada institución se realizó una entrevista a un informante clave. El informante fue un profesional de mayor experiencia, considerado como el que más conoce acerca de la atención postaborto brindada en la institución. Se esperaba que en las instituciones grandes, como los hospitales, el informante fuese el médico jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia u otro médico especialista en ginecología y obstetricia. En sólo cinco casos el informante clave seleccionado estaba ocupado o se negó a ser entrevistado, y en esos casos, el informante fue reemplazado por el profesional considerado como la segunda persona más idónea en el tema dentro de la institución.

Las instituciones de salud que prestan servicios de tratamiento de las complicaciones relacionadas con el aborto en Guatemala, incluyen dos categorías de instituciones públicas—instituciones que pertenecen al Ministerio de Salud y al Seguro Social—así como instituciones del sector privado. Se elaboró un inventario inicial consultando las listas disponibles en el Ministerio de Salud y el directorio telefónico público. Esta lista fue actualizada durante el trabajo de campo, mediante la información proporcionada por los informantes claves en las instituciones de salud donde se realizaron las entrevistas.

Inicialmente, se identificó un total de 225 instituciones de salud. De éstas, se eliminaron 47, por las siguientes razones: 23 de ellas no prestaban servicios de atención postaborto, 13 ya no existían en el momento en que se efectuó el trabajo de campo, 6 estaban repetidas en la lista, 3 se negaron a ser entrevistadas y 2 iniciaron la entrevista pero no la terminaron. El número final de instituciones que fueron entrevistadas fue de 178.

El informante clave de cada institución fue entrevistado personalmente utilizando un cuestionario semi-estructurado que cubría:

- las características de la institución de salud (infraestructura: tipo de servicios y salas y número de camas);
- el número de pacientes atendidas en la institución por complicaciones de aborto inducido o espontá-

neo en forma ambulatoria (externas) u hospitalizadas (internas), tanto durante el mes anterior como en un mes promedio;

- los métodos utilizados para el tratamiento de las complicaciones de aborto inducido o espontáneo; y servicios de planificación familiar brindados a las mujeres atendidas por complicaciones relacionadas con el aborto.

También se les solicitó a los encuestados que expresaran sus percepciones sobre:

- las características de una mujer típica que es tratada por complicaciones de aborto inducido o espontáneo;
- la probabilidad de presentar complicaciones después de un aborto inducido; y
- la probabilidad de que aquellas mujeres que presentan complicaciones por un aborto inducido, puedan llegar a recibir tratamiento médico.

La Tabla 2.1, presenta la distribución de las instituciones de salud en las que se realizó exitosamente la entrevista, por región y sector. La mayoría eran instituciones privadas (69%), alrededor de una cuarta parte eran instituciones del Ministerio de Salud (23%) y un pequeño número eran instituciones del Seguro Social (8%). Las áreas Metropolitana y del Sur-occidente, donde residen dos quintas partes de la población, cuentan con el número más alto de instituciones que brindan tratamiento de las complicaciones de aborto (50 y 42 instituciones respectivamente), mientras las regiones de Petén, Norte y Sur-oriente, donde reside una quinta parte de la población, son las que cuentan con menos número de instituciones (8 a 9 instituciones). En el resto de Guatemala, el número de instituciones de salud en cada región oscila entre 13 y 27.

Las instituciones del sector público (Ministerio de Salud o Seguro Social) están concentradas en la región Sur-occidente, y la menor cantidad de ellas se encuentran en la región Sur-oriente. Las instituciones del sector privado están más densamente concentradas en el área metropolitana, y notoriamente tienen poca presencia en las regiones Norte, Sur-oriente, Nor-occidente y Petén. Estos resultados concuerdan, más o menos, con los resultados de la Encuesta Nacional sobre Condiciones de Vida, que encontró que el acceso a la atención en salud, es más deficiente en las regiones Norte, Central, Sur-occidente, Sur-oriente y Petén.³⁵

Capacitación, trabajo de campo y recolección de datos

El personal de trabajo de campo se conformó en su totalidad por mujeres médicas. Dada la delicada naturaleza del tema del aborto en Guatemala, se consideró esencial la utilización de mujeres como entrevistadoras, pues se cree que las mujeres tienen más empatía y conocimientos sobre el tema que los hombres y porque los profesionales de la salud, particularmente aquellos que trabajan en instituciones de salud oficiales, se encuentran más abiertos a hablar sobre el aborto con colegas que con entrevistadoras provenientes de otros campos. Fueron seleccionados tres médicas como coordinadoras regionales. Doce más fueron escogidas como entrevistadoras, y se organizaron en cinco equipos de trabajo de campo. El equipo de la zona metropolitana estaba conformado por cuatro entrevistadoras, y los restantes cuatro equipos, se componían de dos entrevistadoras cada uno. Una coordinadora regional fue la encargada del equipo metropolitano, mientras que otras dos coordinadoras regionales tenían cada una a su cargo dos equipos de campo de dos personas cada uno. Durante la recolección de datos, las coordinadoras regionales ejercieron una supervisión permanente de todos los equipos, a través de visitas personales y llamadas telefónicas frecuentes.

En agosto del 2003, todo el personal de trabajo de campo asistió a un seminario de capacitación durante tres días, para familiarizarse con los cuestionarios y discutir la logística del trabajo de campo. El entrenamiento fue liderado por CIESAR y el Instituto Guttmacher. Durante la capacitación se llevaron a cabo entrevistas simuladas.

Ambos cuestionarios fueron probados en campo, y luego se ajustaron antes de comenzar con la recolección de datos para asegurar la claridad y precisión de las preguntas. Para la prueba de instrumentos, fueron seleccionadas doce instituciones de salud localizadas en Ciudad de Guatemala. Puesto que las instituciones seleccionadas para la prueba de instrumentos serían entrevistadas durante el trabajo de campo definitivo, la prueba de instrumentos fue realizada con un profesional de nivel más bajo, como una enfermera o auxiliar de enfermería, mientras la entrevista definitiva se realizó con el director del Departamento de Obstetricia y Ginecología o en su defecto con la siguiente persona más idónea. La prueba de instrumentos fue llevada a cabo del 2 al 5 de septiembre del 2003. El trabajo de campo para ambos cuestionarios fue realizado, de manera simultánea, entre el 25 septiembre y el 24 de octubre de 2003. Cada equipo de entrevistadoras tenía la

responsabilidad de realizar ambas encuestas, la EPS y la EIS, en un área determinada. Antes de cada entrevista, el entrevistado era contactado telefónicamente para programar una cita. Se hicieron esfuerzos para minimizar cualquier inconveniente para los entrevistados y crear un ambiente cómodo para la entrevista. Se les aseguró a los entrevistados que sus respuestas se mantendrían confidenciales y serían utilizadas únicamente con propósitos investigativos. No se utilizaron formularios de consentimiento informado, pues solo se les solicitaron a los entrevistados sus opiniones y unos pocas estimaciones numéricas.

Antes del trabajo de campo, las coordinadoras regionales visitaron las áreas asignadas con el fin de actualizar las listas de muestreo de las encuestas EPS y la EIS, obtener el consentimiento de las instituciones y los profesionales, llevar a cabo las entrevistas y para familiarizarse con el área. Durante el trabajo de campo, las coordinadoras regionales también tuvieron a su cargo validar dos entrevistas por entrevistadora (una al principio y otra en la mitad del trabajo de campo), de revisar todos los cuestionarios y de ayudar a las entrevistadoras a realizar los ajustes necesarios para mantener la consistencia de la información.

Características de los entrevistados en la EPS

Los profesionales de salud entrevistados, tenían en promedio 45 años de edad y más de la mitad eran mujeres. La mayoría eran médicos capacitados (44% médicos generales y 26% ginecólogos) y 15% enfermeras jefes o auxiliares de enfermería. El restante 15% eran personas involucradas en la política, trabajo social, activismo o investigación. (Tabla 2.2).

Aproximadamente la mitad de los entrevistados trabajaban principalmente en el sector público (53%) y la otra mitad en el sector privado (incluyendo ONG (47%). En promedio llevaban 15 años trabajando en su profesión principal (Tabla 2.3). El rango de experiencia laboral iba de 1 a 37 años y la gran mayoría (88%) informó tener más de cinco años de experiencia. Así mismo, la mayoría informó estar trabajando principalmente en las áreas urbanas (84%). Todos menos uno de los que trabajaron en las áreas rurales habían trabajado allí por lo menos durante dos años. Además, la mayoría de los entrevistados se consideraban a sí mismos, conocedores de las necesidades de la atención en salud de los grupos indígenas: 7% manifestó que conocía más sobre mujeres indígenas que sobre mujeres no indígenas, y un 51% era conocedor de ambos grupos por igual (no se muestran datos).

Se les solicitó a los entrevistados que informaran a

través de qué medios o cómo se habían enterado del tema del aborto inducido. Alrededor de dos terceras partes (62%) había tenido experiencias con el aborto al trabajar en instituciones de salud del sector público y un tercio (37%), al trabajar en clínicas privadas. Muchos también reportaron haber estado expuestos al tema del aborto a través de la interacción con sus colegas o con los medios, o a través de la investigación o el trabajo de consejería.

Características de los entrevistados en las encuestas a EIS y características de las instituciones de salud

La Encuesta a Instituciones de Salud (EIS), recopiló alguna información básica sobre los entrevistados, necesaria para establecer si las percepciones sobre la atención postaborto variaban de acuerdo a las características del informante clave. La anterior información se presenta en la Tabla 2.4.

En general, respondieron la encuesta EIS, un número mayor de hombres que de mujeres, en una proporción de 4 a 1. Esta proporción fue aún más alta en las instituciones del sector privado (9 a 1) comparadas con las instituciones del sector público (7 a 3). La alta proporción de hombres a mujeres no es inesperada puesto que el informante clave seleccionado era el jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología, y en Guatemala, esta posición está a cargo más a menudo de un médico hombre. La edad promedio de los entrevistados fue de 42 años, oscilando entre los 20 a 73 años. Los entrevistados en instituciones del sector privado eran en promedio, siete años mayores que aquellos de las instituciones del sector público. La diferencia en edad puede deberse al hecho de que los trabajos en las instituciones del sector privado tienden a ser mejor pagos y más deseados que los trabajos en las instituciones del sector público, y es probable que los médicos más jóvenes acepten un sueldo menor para adquirir experiencia.

La profesión más frecuente entre los entrevistados en la encuesta EIS, fue la de ginecólogo (67%). Estos médicos constituyeron el porcentaje más alto de entrevistados en ambos sectores.

El tiempo promedio que los entrevistados habían trabajado en su profesión principal era de 14 años. Este período fue significativamente mayor para entrevistados en las instituciones del sector privado que aquellos en las instituciones del sector público. El promedio de años de trabajo de los entrevistados en las instituciones del sector público fue un poco menor de 10 años, mientras los entrevistados de las instituciones del sector pri-

vado promediaban casi 16 años de experiencia.

Las características principales de las instituciones donde se realizó la encuesta se muestran en la Tabla 2.5. Esta información muestra un panorama general de la infraestructura de las instituciones de salud y su capacidad de atender las complicaciones del aborto. Las características de las instituciones de salud son analizadas de acuerdo con el sector al que pertenecen –públicas o privadas– y a su tamaño, en el caso de las instituciones del sector público. Las instituciones del sector público, son en promedio, más grandes que las instituciones privadas, de manera que aquellas con menos de 100 camas fueron denominadas como “pequeñas”, y aquellas con más de 100 camas, como “grandes”. Todas las instituciones privadas tenían menos de 100 camas, con excepción de una, que tenía 146 camas.

Las instituciones que brindan atención postaborto tienen una amplia gama de servicios y salas de atención. Casi todas las instituciones cuentan con sala de cirugía, servicio de urgencias y hospitalización. Tres cuartas partes (77%) de ellas cuentan con consulta externa de ginecología, un tercio (32%) cuenta con servicios de maternidad, una cuarta parte cuenta con unidad de cuidados intensivos y una décima parte (11%), cuenta con un pabellón separado para pacientes sépticas. Las instituciones públicas y privadas se encuentran equipadas de manera similar en términos de sus servicios o salas, pero existen algunas diferencias. Las instituciones privadas tienden por lo general a contar con un servicio de maternidad mientras que las instituciones públicas grandes cuentan con casi todos los servicios, incluyendo consulta externa de ginecología y pabellones para pacientes sépticas. Aunque el tipo de servicios está distribuido de forma consistente por sector y tamaño, existe más disponibilidad de estos servicios en las instituciones de mayor tamaño.

Aunque casi todas las instituciones entrevistadas ofrecen servicios de hospitalización de pacientes, el número promedio de camas disponibles en las instituciones públicas y privadas varía significativamente. Como se esperaba, las instituciones públicas tienen una mayor capacidad para hospitalizar pacientes, con un promedio de 45 camas en las instituciones pequeñas y 193 en las instituciones grandes. De otro lado, las instituciones privadas tienen en promedio 16 camas. El mismo patrón se mantiene para el número promedio de partos atendidos por mes en las instituciones públicas y privadas. Se atienden más partos, tanto en las instituciones pequeñas como en las grandes del sector público que en las instituciones del sector privado.

Tabla 2.1. Distribución de las instituciones de salud en Guatemala, según sector y región

Sector	Metropolitana	Norte	Nor-oriente	Sur-oriente	Central	Sur-occidente	Nor-occidente	Petén	Total
Total	50	9	27	9	20	42	13	8	178
Ministerio de Salud	5	4	4	3	4	9	8	4	41
Seguro Social	2	2	4	0	1	5	1	0	15
Privado	43	3	19	6	15	28	4	4	122

Fuente: Encuesta a Instituciones de Salud, Guatemala, 2003.

Tabla 2.2. Características de los entrevistados en la Encuesta a Profesionales de la Salud

Características	% (N=74)*
Edad	
30–39	21
40–49	53
50+ (máxima edad=70)	26
Sexo	
Masculino	47
Femenino	53
Profesión Principal	
Ginecólogo	26
Médico General	44
Enfermera/Auxiliar de enfermería	15
Formulador de políticas/investigados/activista	15
PROMEDIO	
Edad de los entrevistados	45.1

Nota: La tasa de respuesta fue de 99% a 100%. Fuente: Encuesta a Profesionales de la Salud, Guatemala, 2003.

Tabla 2.3. Experiencia laboral de los entrevistados en la Encuesta a Profesionales de la Salud

Experiencia	% (N=74)
PORCENTAJES	
Sector Principal	
Sector Privado/ONG	47
Sector Público	53
Duración de la experiencia (en años)	
1–5	12
6–11	23
12–19	37
20+ (experiencia mas larga=37 años)	28
Area de trabajo principal	
Trabaja en área urbana	84
Trabaja en área rural	16
Experiencia de trabajo rural -6 meses*	15
Fuentes de conocimiento sobre aborto	
A través de trabajo en una institución de salud pública	62
A través de trabajo en una clínica privada	37
A través de trabajo fuera de un ámbito médico†	15
A través de contacto con colegas	42
Otros‡	24
PROMEDIO	
Número de años de trabajo	15.1

*Incluye a aquellos que han trabajado en áreas rurales por más de seis meses y aquellos que trabajan en áreas urbanas pero han trabajado en áreas rurales por mas de seis meses. †Incluye: a través del trabajo como consultor, a través de mujeres conocidas y a través del trabajo universitario. ‡Incluye a aquellos con experiencia a través de trabajo con los medios y a través de contacto con mujeres que han tenido un aborto. Nota: La tasa de respuesta estuvo entre 93% y 100%. Fuente: Encuesta a Profesionales de la Salud, Guatemala, 2003.

Tabla 2.4. Características de los entrevistados en la Encuesta a Instituciones de Salud, según sector

Características	Público (N=56)	Privado (N=122)	Total (N=178)
PORCENTAJES			
Sexo			
Masculino	68	87	81
Femenino	32	13	19
Edad			
20–29	18	3	8
30–39	50	30	37
40–49	27	43	38
50–73	5	23	17
Profesión			
Ginecólogo	84	59	67
Médico general	14	36	29
Médico especialista*	0	4	3
Enfermera	2	1	1
Años de experiencia laboral			
1–5	54	16	28
6–11	20	21	20
12–19	11	30	24
20+ (experiencia más larga = 53años)	16	34	29
PROMEDIOS			
Edad de los entrevistados	37.0	43.8	41.6
Años de experiencia laboral	9.2	15.6	13.6

*Incluye médico internista y anesthesiólogo. Fuente: Encuesta a las Instituciones de Salud, Guatemala, 2003.

Tabla 2.5. Características de las instituciones de salud, según sector y tamaño

Características	Público		Privado	Total
	Instituciones pequeñas* (N=35) %	Instituciones grandes† (N=21) %	(N=122) %	(N=178) %
Tipo de servicios y salas				
Sala de Cirugía	89	100	98	97
Urgencias	94	100	95	95
Pabellón general	91	95	92	92
Consulta Externa de Ginecología	91	95	70	77
Sala de Maternidad	17	24	37	32
Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)	14	48	25	25
Sala de pacientes sépticas‡	17	29	7	11
Otros§	43	71	45	47
Obstetricia (separada de general)	74	95	59	66
Tipo de servicios prestados				
Especialidad en ginecología/obstetricia	100	100	96	97
Otras especialidades**	97	100	97	98
General	66	52	50	54
Otros††	3	5	3	3
PROMEDIOS				
Número de camas	45	193	16	42
Partos por mes	113	360	18	76

*<100 camas. †≥100 camas. ‡Incluye *legrados* y *sépticas*. Dos entrevistados mencionaron el pabellón de pacientes sépticas. §Incluye recuperación, hospitalización, observación, partos recientes. **Incluye medicina interna, cirugía, traumatología, pediatría. ††Incluye laboratorio, consulta externa, fórmulas médicas. Fuente. Encuesta a las Instituciones de Salud, Guatemala, 2003.

Capítulo 3

Características y Condiciones de la Prestación de los Servicios de Atención del Aborto

Este capítulo presenta las percepciones de los entrevistados sobre las características de las mujeres que recurren al aborto y de aquellas que buscan tratamiento para las complicaciones del aborto, así como las percepciones sobre los diferentes tipos de servicios de aborto que utilizan las mujeres, dependiendo de su nivel económico y el área donde residen. El capítulo también presenta una descripción de los métodos utilizados más frecuentemente para inducir los abortos, el tipo de proveedores a los que las mujeres generalmente recurren y el costo de un aborto. Se considera que las percepciones de los entrevistados son bien informadas debido a su experiencia profesional en el tema del aborto.

Perfil de las mujeres que recurren al aborto provocado

Conocer quién tiene más probabilidad de interrumpir un embarazo no deseado y sufrir complicaciones de aborto, es esencial para permitirles a las personas que formulan las políticas y los que prestan los servicios de atención del aborto, que aborden adecuadamente el problema de las complicaciones del aborto inducido. A los entrevistados en la encuesta EPS se les solicitó que describieran las características de la mujer promedio que buscaba interrumpir un embarazo, y a los entrevistados en la encuesta EIS se les solicitó identificar las características más frecuentes de las mujeres que acuden a recibir tratamiento por complicaciones de aborto. Las características indagadas incluían: edad, nivel de educación, estado civil, número de partos, área de residencia y profesión /tipo de trabajo realizado. La pregunta específica formulada fue “en qué grupo de edad (u otra característica), es más frecuente?”

Los entrevistados en la encuesta EPS, consideraron que la típica mujer que recurre al aborto provocado, tiene educación primaria, vive en un área urbana y no es indígena. (Tabla 3.1) Cincuenta y nueve por ciento de los entrevistados en la encuesta EPS, informaron que la típica mujer que busca que se le practique un aborto tiende a no tener ningún hijo, 63% manifiesta que tiene menos de 20 años y 83% dice que es soltera

o nunca ha estado casada. Es posible que los entrevistados en la encuesta EPS se encuentren influenciados por el hecho de que principalmente trabajan en áreas urbanas donde puede haber más mujeres jóvenes, solteras, sin hijos y no indígenas que en áreas rurales. Sin embargo, la gran mayoría de los entrevistados en la encuesta EPS (86%, no se muestran los datos), se consideraban a sí mismos como conocedores o muy conocedores de la situación en las áreas rurales y en los grupos indígenas.

De acuerdo con los entrevistados en la encuesta EIS, la típica mujer hospitalizada por complicaciones (relacionadas con el aborto inducido o espontáneo), tiene educación primaria, vive en un área urbana y no es indígena. Estos entrevistados también creen que la típica mujer que busca atención en salud tiene uno o más hijos (77% de los entrevistados), tiene entre 20 y 24 años de edad (60%) y es ama de casa (64%). Los entrevistados en la encuesta EIS, consideraron que las mujeres que reciben atención postaborto, son tanto solteras como casadas (48% y 52% respectivamente). El perfil en la encuesta EIS de la mujer que recibe atención postaborto es bastante confiable, pues los entrevistados están informando sobre mujeres que ellos atienden personalmente. Las diferencias entre los perfiles de las mujeres que recurren al aborto provocado y las que obtienen atención postaborto, se deben en parte al hecho de que el grupo de mujeres que obtienen atención postaborto está compuesto en su mayoría por mujeres a las que se les ha practicado un aborto en condiciones de riesgo, mientras que el otro grupo incluye a todas las mujeres a las que se les practica un aborto seguro o inseguro. Nosotros suponemos que las características demográficas y socioeconómicas de estos dos grupos son diferentes.

Métodos de aborto

En los países donde el aborto es altamente restringido, muchas mujeres se encuentran en riesgo de presentar problemas de salud graves, discapacidades y hasta

morir como resultado de someterse a un procedimiento de aborto inseguro. El silencio alrededor de esta práctica, significa que los procedimientos quirúrgicos tales como la dilatación y curetaje (D&C) y la aspiración manual endouterina (AMEU), a menudo son realizadas en condiciones de riesgo. Otros métodos frecuentemente utilizados para inducir el aborto tienen también una alta probabilidad de resultar en complicaciones graves y tal vez la muerte. La información sobre los métodos utilizados y las condiciones bajo las cuáles se practica el aborto, es importante conocer para poder comprender los tipos de complicaciones más probables que podrían presentar las mujeres, y para ayudar a formular planes de atención postaborto adecuada. Además es importante, para adaptar la educación y los esfuerzos de prevención, con el fin de ayudar a eliminar la utilización de las prácticas peligrosas.

A los participantes en la encuesta EPS les fue suministrado un listado integral de los métodos usados para inducir el aborto y se les pidió que indicaran todos los métodos que creyesen son utilizados en las áreas urbanas y rurales de Guatemala (Tabla 3.2)

Se observaron diferencias sorprendentes. Los cuatro métodos más comunes para inducir el aborto en las áreas urbanas, informado por el 80 al 89% de los entrevistados, fueron los inyectables, D&C, la inserción de un catéter o sonda y la introducción de objetos sólidos dentro de la vagina. Otros métodos citados por más de las dos terceras partes de los entrevistados fueron la administración oral de hormonales como el misoprostol o los anticonceptivos orales, así como los tés de hierbas. Más de dos, de cada cinco entrevistados informaron que la aspiración manual endouterina y los hormonales vaginales eran utilizadas en las zonas urbanas. Casi el 20% reportó acciones peligrosas como la utilización de dedos y manos, las caídas, darse golpes en el estómago y cargar objetos pesados. Algunos métodos comúnmente usados en el área urbana -inyectables, la ingesta de medicamentos hormonales y la introducción de una sonda u objetos sólidos - fueron también mencionados por más de la mitad de los entrevistados como utilizados en las áreas rurales. Sin embargo, sólo alrededor de un tercio de los entrevistados mencionaron D&C y muy pocos (4%) informaron que la aspiración manual endouterina fuese utilizada en las áreas rurales. Casi todos los participantes (93%) creen que las mujeres en las áreas rurales con frecuencia utilizan plantas medicinales para inducir un aborto. Los objetos sólidos fueron citados frecuentemente: Tres de cuatro entrevistados creen que las mujeres rurales introducen objetos sólidos (por ejemplo,

palos y ganchos de ropa -serchas) dentro del útero, y la introducción de plantas medicinales en la vagina fue mencionada por más de la mitad de los entrevistados.

A los entrevistados en la encuesta EPS, se les preguntó cuál era el método más comúnmente utilizado por los médicos, por el personal no médico y por las propias mujeres, tanto en las zonas urbanas como las rurales, y entre las mujeres indígenas y no indígenas. Como se esperaba, los entrevistados creen que los médicos usan por lo general los procedimientos quirúrgicos, mientras el personal no médico usa generalmente los procedimientos no quirúrgicos para inducir el aborto (Tabla 3.3). La D&C fue citada como el método que los médicos usan con más frecuencia, sin importar el área de residencia o grupo étnico de la paciente. Sólo un pequeño porcentaje de los entrevistados (8%) mencionó la aspiración al vacío como el método comúnmente usado por los médicos en las áreas urbanas, y ningún entrevistado dijo que fuese utilizado por los médicos en las áreas rurales. Así mismo, aproximadamente uno de cada seis de ellos cree que los médicos en las áreas rurales utilizan con más frecuencia un catéter o sonda o los inyectables para inducir el aborto.

Los métodos más utilizados por el personal no médico son considerablemente más riesgosos que aquellos utilizados por los médicos. Casi la mitad de los entrevistados creen que el personal no médico de las áreas urbanas utiliza con más frecuencia una sonda para inducir el aborto, mientras que aquellos que trabajan en las áreas rurales se inclinan por las plantas medicinales o los objetos sólidos.

No es extraño que los métodos que se cree son utilizados por las mujeres para practicarse un aborto son bastante diferentes a aquellos utilizados por los proveedores y por lo general, es probable que sean menos eficaces. Los entrevistados creen que las mujeres de las áreas urbanas utilizan más a menudo los medicamentos orales o inyectables para provocarse un aborto (41 y 34% de los entrevistados, respectivamente), mientras que la mayoría cree que las mujeres en las áreas rurales, por lo general utilizan hierbas medicinales (66% de los entrevistados). Menos del 10% de los entrevistados, citaron los objetos sólidos como los métodos utilizados por las mujeres tanto en las áreas urbanas y rurales. Los medicamentos orales utilizados por las mujeres pueden incluir el mifepristone y el misoprostol, esquema que se usa para practicar los abortos médicos. Otros estudios realizados en Latinoamérica, particularmente en Brasil han encontrado que las mujeres a menudo utilizan estos medicamentos cuando se inducen un aborto.³⁶

Los entrevistados en la encuesta EPS, creen que los servicios que prestan los médicos a las mujeres indígenas son similares a los que prestan a las mujeres no indígenas. Sin tener en cuenta el grupo étnico, la mayoría de los entrevistados piensan que los médicos utilizan con más frecuencia D&C. No obstante, los métodos utilizados por el personal no médico y los métodos utilizados por las mujeres para inducirse un aborto, se cree que son diferentes para las mujeres indígenas y las no indígenas. Un porcentaje más alto de entrevistados piensa que el personal no médico tiene más probabilidad de utilizar objetos sólidos para inducir el aborto en las mujeres indígenas, mientras que en las mujeres no indígenas el personal no médico, probablemente utilizará más la sonda. Una gran mayoría de los entrevistados piensa que las mujeres indígenas muy probablemente utilizarían hierbas medicinales para inducirse un aborto, comparadas con las mujeres no indígenas, que se cree utilizan medicamentos orales, inyectables y plantas medicinales.

Proveedores de servicios de aborto

La información sobre los tipos de proveedor a los que las mujeres acuden para buscar que se les practique un aborto, fue obtenida por medio de dos conjuntos de preguntas. El cuestionario de la encuesta EPS incluía una pregunta general sobre la frecuencia con que las mujeres utilizan alguno de los ocho tipos de proveedores potenciales* para que les practiquen un aborto. A los entrevistados se les solicitó que identificaran el uso de cada proveedor de acuerdo a tres niveles distintos –frecuentemente, a veces o nunca. La segunda pregunta solicitaba que los entrevistados estimaran la proporción de todos los abortos inducidos practicados por cada uno de cinco tipos de proveedores. Como el lugar de residencia de una mujer y su relativa prosperidad económica son factores importantes que pueden influir en la escogencia de un proveedor de aborto, en ambas preguntas se les indagó a los entrevistados sobre el uso de cada uno de estos proveedores de acuerdo a cuatro subgrupos diferentes de mujeres (urbanas pobres, urbanas no pobres, rurales pobres, rurales no pobres).

Los entrevistados en la encuesta EPS, creen que las mujeres no pobres, particularmente las urbanas no pobres, comúnmente van a proveedores “seguros”, como un médico o una enfermera (Tabla 3.4). Sesenta y cuatro por ciento de los participantes piensa que las mu-

jer no pobres de las áreas urbanas, usualmente buscan un médico en su consultorio particular o en una institución privada, para provocarse un aborto (los datos no se muestran). Asimismo, se piensa que es más probable que las mujeres no pobres que viven en las áreas rurales, acudan también a médicos particulares, aunque mucho menos que sus contrapartes urbanas. También se consideró que era más probable que las mujeres rurales no pobres, acudieran a proveedores menos seguros, como las parteras/comadronas tradicionales (el 40% manifestó que lo anterior era frecuente, comparado con el 8% de las mujeres urbanas no pobres).

Se percibe que las mujeres pobres que buscan hacerse un aborto, dependen de proveedores menos seguros para la inducción del aborto. El proveedor que se mencionó con más frecuencia en el caso de las mujeres pobres (tanto en las áreas urbanas como rurales) y de las mujeres indígenas fue la partera/comadrona tradicional. Más de las dos terceras partes de los entrevistados en la encuesta EPS piensan que las mujeres pobres urbanas que recurren a un aborto por lo general van donde una partera/comadrona tradicional. Este porcentaje es aún más alto en las mujeres pobres rurales y en las mujeres indígenas (80 a 84%). El aborto provocado por las mismas mujeres se percibe como el segundo método más frecuentemente usado por las mujeres de los tres grupos. Se reportó que los médicos son utilizados rara vez por las mujeres pobres en las áreas urbanas o rurales o por las mujeres indígenas.

Se cree que en las áreas urbanas los abortos autoinducidos son más frecuentes en las mujeres pobres que en las mujeres no pobres (28% versus 10%), mientras que en las áreas rurales, una proporción similar de quienes respondieron a la encuesta EPS piensan que con frecuencia las mujeres pobres y no pobres se provocan ellas mismas el aborto (18% y 15%, respectivamente). Los altos costos para hacerse un aborto en las áreas urbanas y la falta de conocimiento de quien puede practicar un aborto pueden ser dos de las barreras que impiden a las mujeres urbanas pobres acudir a un proveedor calificado de servicios de aborto.

También se les solicitó a los entrevistados estimar para cada uno de los subgrupos clave de mujeres, la distribución porcentual de los abortos inducidos de acuerdo al tipo de proveedor (Tabla 3.5). Los entrevistados en la encuesta EPS estimaron que la mayoría de las mujeres urbanas no pobres obtenían el aborto de médicos (55%) y otro 13% recurría a una enfermera/partera capacitada. Una gran proporción de mujeres rurales no pobres utilizan proveedores relativamente seguros (médicos 28% y enfermeras/parteras capaci-

*Esta serie de preguntas incluía la opción de “otro” tipo de proveedor. Las respuestas se clasificaron en la categoría de proveedores no capacitados y en la mayor parte las tablas se combinaron con la comadrona tradicional.

tadas 14%), pero este grupo también acude en gran parte donde proveedores menos seguros particularmente parteras/comadronas tradicionales (38%). Las condiciones de las mujeres pobres (rurales y urbanas) y las mujeres indígenas son similares en términos de seguridad en los servicios de aborto a los cuales acuden. Se piensa que las mujeres pobres y las indígenas obtienen abortos principalmente de proveedores menos seguros como las parteras/comadronas tradicionales (49–63%), y sólo un 15% o menos acude a cada uno de los proveedores más capacitados (enfermera/partera capacitada o médico)

Costos del aborto inducido

Se solicitó a los entrevistados en la encuesta EPS, que estimaran cuánto paga una mujer por un aborto en el primer trimestre del embarazo. La mayoría de los entrevistados pudieron dar información sobre la utilización por parte de las mujeres no pobres, de enfermeras, parteras/comadronas, farmaceutas y médicos. El porcentaje de entrevistados que estuvo en capacidad de hacer una estimación sobre el uso de médicos por parte de las mujeres pobres fue menor, en parte debido a la falta de conocimiento, pero también por la percepción que se tiene de que estas mujeres generalmente no son atendidas por médicos. De acuerdo con los entrevistados, es mucho más costoso obtener un aborto de un médico particular que de una enfermera/partera capacitada o una partera/comadrona tradicional (Cuadro 3.6). Se reportó que la práctica de un aborto por parte de un médico en una institución privada, es significativamente más costosa que si se practica en consultorio particular. El costo más bajo estimado de un aborto fue de US\$8* (costo promedio de un aborto autoinducido por una mujer rural pobre), y el costo más alto fue de US\$491 (costo promedio para una mujer urbana no pobre que recurre a un médico en una institución privada).

En general, se piensa que las mujeres no pobres pagan más por los servicios de aborto que las mujeres pobres, aún con el mismo tipo de proveedor. Además, se espera que las mujeres no pobres que residen en los centros urbanos paguen mucho más por los servicios de aborto que lo que pagan sus contrapartes en las áreas rurales con cualquier proveedor. Este patrón de costos diferenciales en la mayoría de los tipos de proveedores de aborto se mantiene entre las mujeres pobres y no pobres en las áreas rurales.

*La tasa de cambio en el momento de la realización de este estudio era de US\$1=7.80 quetzales.

Conclusión

Las percepciones de los entrevistados en la encuesta EPS, acerca de las características de la típica mujer que recurre a un aborto, son similares en muchos aspectos a las percepciones de los entrevistados en la encuesta EIS acerca de las características de la típica mujer tratada por complicaciones de aborto. No obstante, estos últimos piensan que las mujeres que reciben atención postaborto son ligeramente mayores y tienen más probabilidad de estar casadas y de tener hijos, que lo que piensan los entrevistados en la encuesta EPS, que son las mujeres que recurren a un aborto. Esto puede estar indicando que las mujeres en estos grupos son más proclives al aborto inseguro, o que las mujeres más jóvenes (entre los 15 y 19 años), solteras y nulíparas, tienen mayores limitaciones para acceder al tratamiento para las complicaciones, que las mujeres de más edad, que están casadas y tienen hijos.

Existe consenso entre los profesionales de la salud que los procedimientos utilizados para la inducción del aborto en las áreas urbanas es a través de D&C, y mediante el uso de inyectables, catéter o sondas y objetos sólidos introducidos en la vagina, mientras que las plantas medicinales, se utilizan más frecuentemente en las áreas rurales. Muchos de los entrevistados informaron que los métodos inseguros, como el uso de catéter o sondas y objetos sólidos fueron los más frecuentemente usados entre las mujeres rurales y las indígenas. Es importante anotar que los métodos que son seguros cuando son utilizados por profesionales experimentados, como los procedimientos quirúrgicos, pueden ser muy peligrosos cuando son utilizados por un proveedor no capacitado.

La elección de un proveedor por parte de la mujer parece estar fuertemente ligada a sus recursos económicos, valores culturales y localización geográfica, y los proveedores menos seguros son mucho más comunes entre todos los subgrupos. De acuerdo con los entrevistados, las mujeres urbanas no pobres eran más proclives a acudir donde un médico para la obtención de un aborto, pero tan solo la mitad de las mujeres de esta categoría fueron percibidas como usuarias de este tipo de proveedores. Pese a sus relativas ventajas económicas, menos de un tercio de las mujeres rurales no pobres que buscan un aborto, fueron percibidas como personas que acuden a un médico, y poco más de un tercio de ellas se perciben como personas que recurren a una partera/comadrona tradicional. Se cree que sólo un 4–11% de las mujeres pobres y de las mujeres indígenas acuden donde un médico y la mitad o más (49–63%) se cree que acuden donde una partera/

comadrona tradicional. La gran mayoría de las mujeres deben recurrir a los proveedores de servicios de aborto “menos seguros”.

El costo de obtener un aborto durante el primer trimestre del embarazo en Guatemala, se percibe como significativamente más alto para las mujeres no pobres que para las mujeres pobres, y más alto para las mujeres urbanas que para las mujeres rurales, aún cuando vayan al mismo tipo de proveedor. Sin embargo, aunque este costo es relativamente bajo, un aborto puede ser un gasto enorme para una mujer de escasos recursos de manera que el costo es probablemente un factor clave, cuando una mujer escoge un proveedor.

Tabla 3.1. Distribución porcentual de las características de las mujeres que tienen abortos inducidos de acuerdo con los profesionales entrevistados en la EPS; y distribución porcentual de las características de las mujeres atendidas por complicaciones de aborto de acuerdo con los entrevistados en la EIS

Características	Mujeres que recurrieron a un aborto (N=74)*	Mujeres atendidas por complicaciones de aborto (N=178)†
Grupo de edad		
15–19	63	24
20–24	27	60
25–39	10	17
Nivel de educación		
Sin educación	15	14
Primaria	47	53
Secundaria	38	31
Post-secundaria	0	2
Lugar de residencia		
Urbano	88	69
Rural	12	31
Estado civil		
Casadas o unión libre	16	52
Solteras o no casadas	83	48
Divorciada o separada	1	0
Número de hijos vivos		
Nulíparas	59	23
1–2	21	49
3–4	17	22
≥5	3	6
Grupo étnico		
Indígena	8	14
No indígena	73	73
Indígenas y no indígenas por igual	19	14
Profesión		
Estudiantes	32	10
Amas de Casa	26	64
Empleadas del servicio	17	9
Otras Trabajadoras (formal e informal)‡	25	11
Profesionales	0	5

*La respuesta múltiple, "no sé" y la no respuesta fueron excluidas. La tasa de respuesta válida estuvo entre 72% y 100%. †La respuesta múltiple, "no sé" y la no respuesta fueron excluidas. La tasa de respuesta válida estuvo entre 86% y 100%. ‡Incluye trabajadoras en fábricas y empleadas del servicio. Fuentes: Encuesta a Profesionales de la Salud, Guatemala, 2003; Encuesta a Instituciones de Salud, Guatemala, 2003.

Tabla 3.2. Porcentaje de entrevistados en la EPS, que informaron sobre el uso de métodos específicos de aborto, en áreas urbanas y rurales

Método	Urbana (N=74) %	Rural (N=74) %
Aspiración manual endouterina	43	4
Dilatación y curetaje/D&C	87	34
Infusión de solución salina	31	18
Inducción vía oral- Hormonales	77	55
Inducción vía oral- Tés de hierbas	74	93
Inducción vía oral - otros*	23	16
Inyectables	89	59
Vaginal-Hormonales	60	16
Vaginal-plantas medicinales o soluciones	33	58
Vaginal-Introducción de sonda	84	69
Vaginal-otros objetos sólidos/palos, ganchos de ropa/serchas	80	76
Vaginal—Otros†	3	4
Otros medios‡	18	22

*Incluye aspirina y medicamentos antimaláricos. †Incluye manos y dedos. ‡Incluye golpes, masajes, cargar objetos pesados. Nota: Las respuestas de "no sé" fueron excluidas. La tasa de respuesta válida estuvo entre 95% y 100%. Fuente: Encuesta a Profesionales de la Salud, Guatemala, 2003.

Tabla 3.3. Porcentaje de entrevistados en la EPS, que informaron sobre el uso de métodos específicos de aborto, según el uso más frecuente entre diferentes tipos de proveedor, en áreas urbanas y rurales, y en mujeres indígenas y no indígenas

Proveedor y método	Urbana (N=74)	Rural (N=74)	Indígena (N=74)	No indígena (N=74)
Médico				
Dilatación y curetaje/D&C	78	53	78	84
Aspiración manual endouterina	8	0	1	4
Sonda/inyectables	1	17	5	4
Otros*	10	16	7	4
No médicos				
Sonda	43	20	24	32
Plantas medicinales	12	32	24	11
Objetos sólidos	29	35	35	28
Inyectables	0	0	5	12
Otros†	15	11	7	15
Autoinducción				
Inyectables	34	7	1	20
Medicamentos vía oral	41	10	8	31
Objetos Sólidos	4	10	8	7
Plantas medicinales	10	66	67	24
Otros‡	10	3	10	15

*En la distribución urbana/rural incluye medicamentos orales, hormonales intravaginales, cirugía; para las indígenas incluye hormonales orales. †Para la distribución urbana/rural incluye dilatación, medicamentos orales, solución salina intravaginal; para indígenas incluye hormonas orales. ‡Para la distribución urbana/rural incluye sonda, caídas, golpes, limón y aspirina, para indígenas incluye sonda, golpes, limón y aspirina, cargar objetos pesados. Nota: Las respuestas "no sé" fueron excluidas. La tasa de respuesta válida estuvo entre 85% y 100%. Fuente: Encuesta a Profesionales de la Salud, Guatemala, 2003.

Tabla 3.4. Porcentaje de entrevistados en la EPS, según sus percepciones sobre la frecuencia a la cual acuden las mujeres a diferentes tipos de proveedor de servicios de aborto, por nivel económico de las mujeres y área de residencia, y en mujeres indígenas

Tipo de proveedor	pobre						Pobre						Mujeres indígenas			Total
	Urbana			Rural			Urbana			Rural			Casi siempre	Algunas veces	Rara vez/ Nunca	
	Casi siempre	Algunas veces	Rara vez/ Nunca	Casi siempre	Algunas veces	Rara vez/ Nunca	Casi siempre	Algunas veces	Rara vez/ Nunca	Casi siempre	Algunas veces	Rara vez/ Nunca				
Médico en institución pública de salud	0	7	93	0	12	88	0	15	85	0	8	92	0	5	95	100
Médico en institución privada de salud	51	38	11	23	46	31	1	27	72	0	10	91	0	28	72	100
Médico en consultorio particular	53	43	4	31	50	19	1	30	69	1	10	89	0	32	68	100
Enfermera/comadrona certificada	8	50	42	14	62	24	23	47	30	12	46	42	12	46	42	100
Farmacéuta	5	31	64	14	53	33	18	43	39	7	45	49	8	41	51	100
Comadrona tradicional	8	34	58	40	51	8	68	28	4	80	16	4	84	12	4	100
Autoinducción	10	49	42	15	50	35	28	43	28	18	58	24	18	50	32	100

Nota: Un total de 74 profesionales fueron entrevistados en la encuesta. La tasa de respuesta a preguntas específicas varía entre 96% y 100%. Fuente: Encuesta a Profesionales de la Salud Guatemala, 2003.

Tabla 3.5. Porcentaje de abortos que los entrevistados en la EPS creen son realizados por cada tipo de proveedor de servicios de aborto, según nivel económico y área de residencia, y en mujeres indígenas*

Tipo de proveedor	No pobre		Pobre		Mujeres indígenas
	Urbana	Rural	Urbana	Rural	
Médico	55	28	11	4	6
Enfermera/comadrona certificada	13	14	15	14	11
Comadrona tradicional*	18	38	49	60	63
Farmacéuta	5	10	12	11	8
Autoinducción	9	9	13	11	12
Total	100	100	100	100	100

*Incluye respuestas de *abortera*, *curandera*, *hierbero/a*, *santero*, bruja, promotor de salud, pariente/cónyuge. Notas: El porcentaje representa el promedio de los porcentajes dados por los entrevistados. La respuesta "no sé" fue excluida de cada subgrupo de mujeres y dos fueron excluidas para las mujeres indígenas. Fuente: Encuesta a Profesionales de la Salud, Guatemala, 2003.

Tabla 3.6. Costos estimados por los entrevistados en la EPS, en dólares y en quetzales, de un aborto en el primer trimestre del embarazo, según tipo de proveedor de servicios de aborto, por nivel económico de la mujer, área de residencia y etnia indígena

Tipo de Proveedor	No pobre						Pobre						Mujeres indígenas		
	Urbana			Rural			Urbana			Rural					
	Número de entrevistados †	US\$	Quetzales	Número de entrevistados †	US\$	Quetzales	Número de entrevistados †	US\$	Quetzales	Número de entrevistados †	US\$	Quetzales	Número de entrevistados †	US\$	Quetzales
Médico-en institución privada de salud	60	491	3829	46	362	2825	16	318	2481	6	168	1308	20	278	2165
Médico-en consultorio particular	64	339	2641	56	210	1641	18	272	2125	7	203	1586	23	146	1139
Enfermera/comadrona certificada	36	86	668	53	50	388	47	45	349	42	49	382	39	32	250
Comadrona tradicional‡	31	56	439	61	33	260	68	29	227	66	18	139	66	25	193
Farmacéuta	24	42	329	45	23	179	41	19	150	34	13	103	34	18	137
Autoinducción	25	19	147	29	20	159	34	12	97	32	8	59	26	10	80

*La tasa de cambio utilizada fue de 7.8 quetzales por dólar americano. † Solo a aquellos entrevistados que calificaron a cada proveedor como utilizado casi siempre o algunas veces por mujeres que solicitan un aborto, se les pidió que dieran un rango de precio para ese proveedor. De aquellos a los que se les pidió que dieran un rango de precio para cada pregunta, la no respuesta y el "no sé" fueron excluidas. ‡ Incluye curandero, bruja, promotor de salud, pariente (cónyuge). Nota: La tasa de respuesta estuvo entre 72% y 100%. Fuente: Encuesta a Profesionales de la Salud, Guatemala, 2003.

Capítulo 4

Aborto Inducido, Morbilidad y Atención Postaborto

En los países en vía de desarrollo, las complicaciones que se presentan con más frecuencia a causa de un aborto inducido son: el aborto incompleto, sepsis, hemorragia y perforación del útero.³⁷ Cualquiera de estas complicaciones puede ocasionar la muerte si la mujer no recibe atención médica o si se demora en buscar el tratamiento.³⁸ Como resultado de estas complicaciones, muchas mujeres presentan lesiones a largo plazo, tienen dificultad para quedar embarazadas de nuevo o se enfrentan a complicaciones en futuros embarazos.³⁹ En este informe, el término *complicación*, se refiere a todas las complicaciones, que van desde las más graves (como la sepsis y la perforación uterina), a las menos graves (como el aborto incompleto).* En este capítulo se describen las percepciones de los profesionales de la salud sobre las complicaciones relacionadas con el aborto, incluyendo el tipo de complicaciones más comunes asociadas a los abortos inducidos o espontáneos, la probabilidad de que una mujer que presenta complicaciones debido a un aborto inducido busque tratamiento y la fuente probable de atención en salud.

Tipo de complicaciones de aborto

Como una introducción a las preguntas más específicas sobre las complicaciones de aborto, se les solicitó a los entrevistados en la encuesta EPS, que enumeraran las complicaciones más comunes que sufren las mujeres después de un aborto inducido o espontáneo. Aunque la pregunta se formuló tanto sobre los abortos in-

ducidos como espontáneos, las respuestas sugieren que los entrevistados consideraron principalmente los abortos inducidos. Más de tres cuartas partes de ellos mencionaron pérdida excesiva de sangre, perforación del útero y sepsis. (Tabla 4.1). Un gran número de ellos, también mencionó la infección del útero o de tejidos u órganos adyacentes (66%) y el aborto incompleto (53%). Alrededor de un tercio de los entrevistados mencionó la infertilidad y la lesión de órganos anexos, y una cuarta parte (24%) señaló daño de vagina o cervix. Otro 14% de los profesionales entrevistados, identificó la muerte como un resultado frecuente del aborto inducido o espontáneo y 16% mencionó que las mujeres comúnmente presentan otras complicaciones que incluyen dolor, anemia y problemas psicológicos.

Probabilidad de complicaciones

El tipo de complicaciones que presentan las mujeres después de la interrupción de un embarazo, depende del método o métodos utilizados, el tipo de proveedor y las condiciones bajo las cuales se practica el aborto. Sin embargo, todos estos factores están moldeados por las condiciones socioeconómicas de la mujer. Esto quiere decir, por ejemplo, que es más probable que una mujer pobre presente complicaciones relacionadas con un aborto, que una no pobre, aunque el proveedor de servicios de aborto sea un profesional capacitado, en ambos casos. Aunque algunos profesionales de la atención en salud puedan variar la calidad de atención de acuerdo con el nivel socioeconómico de la paciente, existen otras formas importantes en que las condiciones socioeconómicas de una mujer influyen en los resultados de su salud. Por ejemplo, una mujer pobre puede someterse a un aborto en etapa tardía (y por lo tanto de mayor riesgo) que su contraparte no pobre, porque le tomó más tiempo encontrar un proveedor o conseguir el dinero para pagar por el servicio. Así mismo, las mujeres pobres pueden enfrentar más dificultades para seguir las instrucciones médicas entregadas después del procedimiento de aborto, por varias ra-

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

zonas: por la barrera del idioma o la barrera cultural entre la mujer y el proveedor que da las instrucciones (las mujeres pobres tienen más probabilidad de ser indígenas y por lo tanto no hispano parlantes); porque las mujeres no pueden darse el lujo de descansar durante un período largo de tiempo o evitar los trabajos pesados después del procedimiento, o porque no pueden costear los antibióticos recomendados o los otros medicamentos formulados por el proveedor. Aún más, las condiciones generales de salud y nutrición de las mujeres pobres, tienden a ser precarias que aquellas de las mujeres no pobres, probablemente dando como resultado períodos más largos de recuperación. Todo esto se traduce en una tasa promedio más alta de complicaciones en las mujeres pobres que en las mujeres no pobres, sin importar quien sea el proveedor.

Se le solicitó a los entrevistados en la encuesta EPS, que estimaran la proporción de mujeres que presentan complicaciones por abortos, basándose en el tipo de proveedor que practica el procedimiento (Tabla 4.2). Por las razones mencionadas anteriormente, esta pregunta se hizo por separado para los cinco subgrupos de mujeres: urbanas no pobres, rurales no pobres, urbanas pobres, rurales pobres y mujeres indígenas. La pregunta específica que se formuló, usando el ejemplo de las mujeres urbanas pobres, fue la siguiente: “¿De cada diez mujeres pobres que viven en las áreas urbanas y que tienen un aborto inducido según los proveedores que le voy a mencionar, ¿cuántas cree usted que experimentarían una complicación que necesitaría tratamiento médico?”

Los entrevistados en la encuesta EPS consideraron que los abortos practicados por los ginecólogos tienen menor probabilidad de presentar complicaciones, seguidos por aquellos practicados por los médicos generales, pero aún en estos casos los riesgos percibidos no son insignificantes. Se pensó que las mujeres que tienen el menor riesgo de presentar complicaciones son las mujeres no pobres, que viven en áreas urbanas y consultan a un ginecólogo. No obstante, se piensa que el 8% de estas mujeres presentan complicaciones. Esto sugiere un nivel de riesgo alto asociado a los abortos inducidos en general, en contextos donde el acceso al aborto es altamente restringido por la ley y en la práctica.

De acuerdo con los entrevistados en la encuesta EIS, una mujer tiene mayor riesgo de presentar complicaciones de aborto, si ella misma se provoca el aborto, y en orden progresivamente menor pero aún con alto riesgo, en los abortos practicados por una partera, un farmacéuta y por último, una enfermera (Tabla 4.3).

Sin importar el subgrupo de la mujer, se considera que 49–83% de las mujeres que se provocan un aborto o se someten a un aborto practicado por alguno de estos proveedores, presentan una complicación médica. Sin embargo, cualquiera que sea el tipo de proveedor utilizado, se piensa que las mujeres pobres e indígenas sufren con más frecuencia complicaciones que las mujeres no pobres.

Los entrevistados en la encuesta EIS, están en gran parte de acuerdo con los que respondieron la encuesta EPS, con respecto a los subgrupos de mujeres que están en mayor riesgo de presentar complicaciones por aborto inducido y la relativa seguridad de los proveedores, pero en general, las tasas de complicación estimadas por los entrevistados en la encuesta EIS tendieron a ser levemente más altas. Esto puede deberse a que sus experiencias son principalmente con las mujeres que presentan complicaciones.

Probabilidad de obtener tratamiento de las complicaciones del aborto

Pese a la gravedad de algunas de las complicaciones del aborto, no todas las mujeres que las presentan, buscan pronto tratamiento o logran obtener atención médica. Muchos factores juegan un papel en impedir que las mujeres busquen tratamiento para sus complicaciones o en demorar los esfuerzos para hacerlo. Algunos de estos factores incluyen la pobreza absoluta, que hace que el tratamiento o transporte sean imposibles de costear y el miedo a ser maltratadas por los proveedores cuando acuden a buscar la atención médica de las complicaciones relacionadas con el aborto. Las normas culturales también pueden inhibir el acceso a la atención médica. En algunos grupos indígenas, por ejemplo, no es bien visto que un médico de sexo masculino, preste atención obstétrica a las mujeres, y muchas de estas mujeres se sienten más cómodas siendo atendidas por las comadronas tradicionales. Los factores institucionales también pueden impedir que las mujeres obtengan una atención médica adecuada. Una mujer puede no cumplir con los requisitos para el servicio, o las instituciones a su disposición pueden estar equipadas de forma inadecuada para atender las complicaciones graves, debido a la falta de personal capacitado, suministros o equipos. Los impedimentos y limitaciones que enfrentan las mujeres guatemaltecas para buscar y obtener atención en salud reproductiva por las complicaciones de aborto, pueden jugar un papel muy importante en la morbilidad y mortalidad por esta causa.

Se les solicitó a los entrevistados en las encuestas EPS y EIS, que estimaran el porcentaje de mujeres que

obtendrían tratamiento médico de una persona capacitada en una institución de salud al presentar complicaciones por un aborto inducido. Puesto que los recursos económicos, el lugar de residencia y la etnia de una mujer son tres factores importantes que ayudan determinar la probabilidad de obtener el tratamiento, se les solicitó a los entrevistados en la encuesta EPS hicieran estimaciones para seis subgrupos diferentes de mujeres: mujeres urbanas no pobres, mujeres rurales no pobres, mujeres pobres urbanas, mujeres pobres rurales y mujeres indígenas. A los participantes en la encuesta EIS se les solicitó hacer estas estimaciones para cuatro de estos subgrupos: mujeres pobres, no pobres, indígenas y no indígenas. A los entrevistados en esta encuesta (EIS), se les solicitó información menos detallada debido a que también estaban respondiendo preguntas sobre sus instituciones y las pacientes atendidas.

Como se muestra en la Tabla 4.1, los entrevistados en la encuesta EPS consideraron que las mujeres no pobres y las mujeres de las áreas urbanas tienen más probabilidad de obtener tratamiento en una institución de salud para las complicaciones de aborto inducido, que las mujeres pobres y las mujeres de áreas rurales: Se estima que un 79–88% de las mujeres no pobres obtengan tratamiento (dependiendo del área donde residen), comparado con un 61–72% de las mujeres pobres. No es sorprendente que se crea que las mujeres pobres de las áreas rurales y las mujeres indígenas sean las que tienen menor probabilidad de buscar tratamiento en las instituciones formales de salud (alrededor de 60%). Estas estimaciones, dadas por los entrevistados en la encuesta EPS, son muy similares a las obtenidas de los entrevistados en la encuesta EIS (no se muestran los datos). De acuerdo a los participantes en la encuesta EIS, 91% de las mujeres no pobres, 66% de las mujeres pobres, 84% de las mujeres no indígenas y 64% de las mujeres indígenas que presentaron complicaciones de aborto, obtendrían tratamiento. De nuevo, las estimaciones de los entrevistados en la encuesta EIS pueden ser más altas que los de la encuesta EPS porque su experiencia es con mujeres que buscaron tratamiento para sus complicaciones. No obstante, es sorprendente que ambos conjuntos de entrevistados perciban que una proporción relativamente alta de mujeres pobres e indígenas buscarían y obtendrían tratamiento en una institución de salud cuando sufren complicaciones de aborto. Esto parece ser una sobreestimación de parte de los entrevistados debido a que los grupos pobres e indígenas tienen menos probabilidades de tener acceso a servicios de atención en salud.

Mediante la combinación de las percepciones de los

entrevistado en la encuesta EPS sobre la distribución porcentual de abortos inducidos de acuerdo con el proveedor (Tabla 3.5), y la probabilidad de que las mujeres presenten complicaciones de acuerdo al proveedor (Tabla 4.2), es posible estimar el porcentaje total de mujeres que presentarán complicaciones, dentro del total de las que tienen un aborto inducido, en cada uno de los subgrupos (los resultados se muestran en la Tabla 4.3). El porcentaje más bajo se encuentra entre las mujeres urbanas no pobres (32%), que son las que tienen más probabilidad de que sus abortos los atienda un médico y que tienen la más baja probabilidad de presentar complicaciones, aún cuando su aborto lo practique un proveedor menos seguro. Contrariamente, las mujeres rurales pobres, son en general, las que tienen más probabilidad de presentar complicaciones de aborto inducido (68%), debido a que frecuentemente buscan los servicios de proveedores menos seguros y están entre las que tienen más probabilidad de presentar complicaciones según cada tipo de proveedor. Las tasas de complicaciones de aborto en mujeres rurales no pobres y mujeres urbanas pobres se sitúan en un punto intermedio, un 47% y 62%, respectivamente.

La Tabla 4.4 presenta el porcentaje total de mujeres que se estima obtienen tratamiento de las complicaciones postaborto, dentro del total de mujeres que han tenido un aborto inducido. Este porcentaje se obtiene de multiplicar primero, el porcentaje de mujeres de cada subgrupo que presentó complicaciones por el porcentaje de mujeres con complicaciones que serían tratadas en una institución de salud. El resultado de este cálculo proporciona, en cada uno de los subgrupos considerados, el porcentaje de mujeres que serán tratadas por una complicación dentro del total de mujeres que tuvieron un aborto. Cuarenta y cuatro por ciento de las mujeres urbanas pobres y 41% de las mujeres rurales pobres que sufren un aborto, tienen eventualmente la probabilidad de recibir atención de las complicaciones de aborto en una institución, en comparación con el 37% de las mujeres no pobres rurales y 29% de las mujeres no pobres urbanas (panel 1, fila 3). En general, es más probable que las mujeres pobres terminen recibiendo atención por las complicaciones después de un aborto inducido que las mujeres no pobres, pese a que las mujeres no pobres son más proclives a obtener tratamiento de sus complicaciones cuando éstas se presentan. Esto se debe al hecho que las mujeres pobres tienen mayores probabilidades de sufrir complicaciones. Cuando el dato para cada subgrupo se pondera por el porcentaje de mujeres en ese subgrupo a nivel nacional, encontramos que aproximadamente 40% de las

mujeres que tienen un aborto inducido en Guatemala necesariamente terminarán en una institución de salud debido a las complicaciones postaborto (panel 1, fila 4).

Debido a que las percepciones de los entrevistados pueden variar de acuerdo con el tipo de experiencia que hayan tenido sobre el tema del aborto y con los medios a través de los cuales se han enterado de este problema, el anterior análisis se replica para cuatro categorías de entrevistados: aquellos que trabajan en el sector público y los que trabajan en el sector privado (combinando ONGs con el sector privado); profesionales médicos y profesionales non-médicos (un resumen de los resultados se presenta en la Tabla 4.4, paneles 2 a 5). Los resultados muestran que la proporción estimada de mujeres que obtienen un aborto inducido y que acudirán a una institución de salud para el tratamiento de las complicaciones postaborto, es menor y muy similar, entre los entrevistados que trabajan en el sector privado (32%) y en aquellos cuya experiencia con el problema del aborto proviene de un ambiente no médico (33%). Por el contrario, niveles más altos fueron estimados por los entrevistados que trabajan en el sector público (44%) y por aquellos cuya experiencia sobre el tema proviene de un ambiente médico (40%). Este patrón había sido identificado en un trabajo previo en Latinoamérica,⁴⁰ el cual sugiere que los entrevistados que se encuentran más próximos a la provisión de tratamiento de complicaciones por aborto (sector público y médico) son más proclives a sobreestimar la probabilidad tanto de las complicaciones como la probabilidad de que las mujeres obtengan la atención médica que requieren. Es probable que los entrevistados con conocimiento y experiencia basada en el sector privado y en un medio no médico sean más conscientes de la situación real.

Fuentes de atención postaborto

A los entrevistados en la encuesta EPS, también se le solicitó que identificaran los tipos de proveedores a los cuales recurren las mujeres para buscar tratamiento cuando presentan complicaciones de aborto, indicando si el tratamiento se busca frecuentemente, algunas veces

*En algunos análisis que se harán posteriormente, se utilizan técnicas indirectas de estimación para separar el número total reportado de pacientes de aborto, en aborto espontáneo e inducido.

†Aunque se definió como paciente hospitalizada a aquellas que permanecieron en el hospital durante más de 24 horas, y como pacientes ambulatorias o externas a aquellas que permanecieron menos de 24 horas, es posible que algunos entrevistados no hayan diferenciado bien entre los servicios de hospitalización y servicios ambulatorios. Los investigadores reportaron que a todas las pacientes de aborto se les administran líquidos intravenosos y medicamentos, y pueden permanecer en el hospital en caso que vivan lejos, aún si sus dolencias no son graves.

o nunca. La Tabla 4.5 muestra varias fuentes de atención postaborto de acuerdo con el nivel económico, lugar de residencia y etnia. Se consideró que las instituciones de salud públicas eran fuentes muy importantes de atención para todas las mujeres. Un 42–65% de los entrevistados, piensa que las mujeres no pobres con frecuencia consultan a los médicos en sus consultorios privados, clínicas privadas o instituciones públicas. Tres cuartas partes de los profesionales entrevistados informaron que las mujeres urbanas pobres dependen en gran medida de los médicos en las instituciones de salud públicas, y un porcentaje similar reportó que las mujeres urbanas pobres y las mujeres indígenas con frecuencia buscan atención postaborto de las parteras/comadronas tradicionales (65% y 68%, respectivamente).

Número de pacientes atendidas en postaborto

La Tabla 4.6 presenta la información de la encuesta EIS sobre el número promedio de casos de aborto atendidos anualmente por cada tipo de institución y si la atención fue en forma ambulatoria (externas) u hospitalización (internas). Se le solicitó a los entrevistados estimar un número total de casos de postaborto—espontáneos e inducidos combinados—debido a la dificultad de diagnosticar la causa de la pérdida del embarazo basándose únicamente en los síntomas, y porque en un contexto donde el aborto es estigmatizado e ilegal, es improbable que las mujeres y los proveedores discutan las causas de la pérdida del embarazo.*

Seis de cada diez instituciones encuestadas ofrecen atención postaborto de solo hospitalización, más de un tercio de ellas, ofrecen servicios ambulatorios y de hospitalización, y 3% ofrece solo atención ambulatoria. Todas las instituciones públicas ofrecen servicios de hospitalización, y son menos proclives a ofrecer servicios ambulatorios, en comparación con las instituciones privadas. Las instituciones localizadas en la región Metropolitana, Norte y Nor-occidente están distribuidas más o menos por igual entre las que tienen tan solo servicios hospitalarios y las que tienen ambos servicios de hospitalización y ambulatorio para la atención postaborto.†

Existe una gran diferencia entre las instituciones públicas y las instituciones privadas en cuanto a la cantidad de casos de atención postaborto: Las instituciones públicas atendieron un promedio anual de 365 pacientes que presentaban complicaciones por aborto espontáneo o inducido, mientras que las instituciones privadas atendieron un promedio de 52 casos. Esto se debe en parte al tamaño mucho más pequeño de las instituciones privadas (un promedio de 16 camas) comparado con el promedio de 100 camas en las instituciones

públicas (no se muestran los datos).

En general, las instituciones trataron más complicaciones en pacientes hospitalizadas que en pacientes ambulatorias. Lo anterior se ve entre las instituciones públicas, que tienen un mayor número de casos, y en un menor grado, en las instituciones privadas. Esto puede ser una indicación de que las mujeres pobres (que componen la mayor parte de los pacientes en las instituciones públicas) tienen más probabilidad de presentar complicaciones lo suficientemente graves para que requieran una atención como pacientes hospitalizadas, o que estas mujeres tienen más probabilidad de tener que ser hospitalizadas durante una noche, por otras razones, como encontrarse lejos de sus casas.

Con base en la encuesta EIS, se estima que 27.013 mujeres por año reciben atención postaborto en las instituciones de salud, de Guatemala, tanto por abortos inducidos como espontáneos. (Tabla 4.7) De éstas, 77% son tratadas como pacientes hospitalizadas. La mayoría de las pacientes que presentan complicaciones por aborto (76%) son tratadas en instituciones públicas, mientras el 24% son atendidas en instituciones privadas. Pese al hecho de que las instituciones privadas atiende relativamente una pequeña parte de las pacientes que presentan complicaciones por aborto, este nivel de atención está apenas acorde con su capacidad. Las instituciones privadas cuentan con el 27% de las camas en Guatemala, comparado con el 73% que se encuentra en las instituciones públicas (no se muestran los datos).

El mayor número de pacientes postaborto son atendidas en las regiones Metropolitana y del Sur-occidente—8,844 y 7,113 pacientes respectivamente, o 59% (Tabla 4.7). El número de pacientes atendidas en las regiones de rango medio es mucho menor y relativamente uniforme: 3,000 casos en la región Central, 2,237 en el Nor-orienté, 2,040 en el Sur-orienté y 2,058 en el Nor-occidente. Un número significativo menor de casos de postaborto son atendidos en las regiones de Petén y el Norte (709 y 1,014 casos por año, respectivamente).

En Guatemala, aproximadamente 10 de cada 1,000 mujeres de 15 a 49 años son hospitalizadas por complicaciones de aborto, cada año. Las tasas son más altas en las regiones Metropolitana y Sur-occidente, con 12.5 y 11.2 por cada 1,000 mujeres respectivamente. Por el contrario, la región Norte tiene la tasa más baja (4.6 por cada 1.000 mujeres), seguida por la región Nor-occidente (6.0 por cada 1.000 mujeres).

Mientras el 52% de las instituciones de salud de Guatemala están concentradas en las regiones Sur-occidente y Metropolitana las cuales atienden a la mitad

de la población total femenina en edad reproductiva (49%, los datos no se muestran), cuatro regiones—Norte, Sur-orienté, Nor-orienté y Petén, donde vive el 32% de la población femenina 15–49 años—cuentan con apenas el 22% de las instituciones de salud nacionales que proveen tratamiento para las complicaciones de aborto. Las regiones Nor-occidente y Central, se encuentran en una situación mucho mejor, contando con un 11% y 15% de las instituciones de salud que proveen atención postaborto, respectivamente, y tan solo un 19% de mujeres de 15 a 49 años. Estos resultados sugieren que en Guatemala, más de la mitad de la población femenina en edad reproductiva puede tener dificultades para obtener acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

Dependiendo de la región, las instituciones privadas comparten en forma diferencial esta carga, desde una proporción tan baja como un 12 a 14% de casos tratados en las regiones Sur-orienté, Nor-occidente y Norte, hasta una tan alta como 29% a 33% en las áreas Metropolitana y Nor-orienté respectivamente. Sin embargo, en general esto está de acuerdo con su capacidad instalada: las instituciones privadas de la región Nor-occidente puede que solo atiende un 13% de todas las pacientes con complicaciones de aborto pero solo cuentan con el 9% de las camas de esta región (no se muestran los datos). De forma similar, las instituciones privadas de la región Metropolitana, en comparación con otras regiones, atienden una proporción relativamente alta de complicaciones de aborto (29%), pero tienen una capacidad instalada más grande de camas a nivel regional (38%).

Procedimientos usados para el tratamiento de las complicaciones postaborto

En los países en vía de desarrollo, la D&C, también conocida como legrado instrumental uterino (LIU), ha sido tradicionalmente el procedimiento quirúrgico usado de forma más frecuente para el tratamiento de las complicaciones del aborto incompleto. Este parece ser también el caso en Guatemala. Todas las instituciones entrevistadas, sin importar a que sector pertenecen, utilizan en la actualidad la D&C para tratar las complicaciones por aborto incompleto. (Tabla 4.8). Casi la mitad de los hospitales públicos y menos de una quinta parte de los hospitales privados, utilizan en algún momento la aspiración manual endouterina (AMEU). En general, únicamente el 6% de los entrevistados citó este procedimiento como el más frecuentemente utilizado (los datos no se muestran). Los antibióticos, medicamentos oxicócicos, la cirugía y la aspiración eléc-

trica endouterina son otros métodos utilizados por la mayoría de los hospitales para el tratamiento de las complicaciones de aborto.

Todos los entrevistados en la encuesta EIS informaron que la D&C y la aspiración eléctrica endouterina se realizan siempre bajo algún tipo de anestesia (local o general) y casi todos manifestaron que también se utilizaba algún tipo de anestesia en los procedimientos quirúrgicos y en el procedimiento de AMEU (Tabla 4.9).

Se les preguntó a los entrevistados en la encuesta EIS, si consideraban que las complicaciones relacionadas con el aborto representaban un costo importante para sus instituciones. En general, 26% respondieron afirmativamente (no se muestran los datos). Los entrevistados de las instituciones públicas fueron mucho más proclives en considerar la atención postaborto como una carga financiera (77%) que aquellos provenientes de las instituciones privadas (3%). Esto se debe, como lo señalaron algunos entrevistados, en las instituciones privadas estos costos son cubiertos por las pacientes y no por la institución. También se debe anotar que en promedio, las instituciones públicas atendieron muchos más casos de mujeres con complicaciones de aborto que las atendidas en las instituciones privadas. Un porcentaje más alto de ginecólogos (34%), que médicos generales (12%), percibieron que las complicaciones relacionadas con el aborto representan un costo mayor en sus instituciones.

También se les preguntó a los entrevistados en la encuesta EIS, si los servicios prestados en sus instituciones para atender las complicaciones de aborto, podrían ser mejorados y cómo. Cerca de dos quintas partes de los entrevistados consideraron que el tratamiento de las complicaciones de aborto brindado en sus instituciones era adecuado y manifestaron no requerirse medidas adicionales para mejorar los servicios (Tabla 4.2). La mitad (52%) recomendó mejorar la calidad y disponibilidad de los servicios, tales como tener un cuarto separado para practicar la evacuación uterina, tener un equipo de ultrasonido (ecógrafo), aumentar la disponibilidad de antibióticos y medicamentos, aumentar la disponibilidad de equipos de AMEU y capacitar al personal en el uso de esta técnica, y aumentar el cubrimiento de la atención prenatal para detectar los problemas de salud tempranamente. Otro 8% dijo que sus instituciones deberían impulsar los esfuerzos de prevención, tales como la educación sexual, educación en planificación familiar y proveer los anticonceptivos.

Conclusión

Los entrevistados informaron que en Guatemala, la pérdida excesiva de sangre, la perforación del útero y la sepsis eran las complicaciones más frecuentes que sufren las mujeres después de un aborto inducido o espontáneo. Estas son las mismas complicaciones que se presentan con más frecuencia en otros países en vía de desarrollo donde el aborto es ilegal.

Los entrevistados en la encuesta EIS consideran que las mujeres que reciben tratamiento por las complicaciones de aborto inducido o espontáneo, son probablemente de mayor edad, estar casadas y tener hijos en comparación con lo percibido por los entrevistados en la encuesta EPS de las mujeres que recurren a un aborto inducido. Esto puede reflejar que las mujeres mayores, casadas y que han tenido hijos tienen mayor probabilidad de tener un aborto inseguro, o puede ser indicio de que las mujeres jóvenes (de 15-19 años), solteras y nulíparas tienen impedimentos mayores para acceder al tratamiento por complicaciones, que las mujeres mayores, casadas y que tienen hijos. .

Aunque todas las mujeres en Guatemala están sujetas a las mismas leyes que penalizan el aborto, los entrevistados indicaron que los riesgos relativos de las mujeres de presentar complicaciones de aborto dependen de varios factores. Las mujeres pobres, las indígenas y aquellas que viven en áreas rurales se considera que tienen una mayor probabilidad de presentar complicaciones que las mujeres no pobres, no indígenas y urbanas. Aunque esto puede ser atribuido al hecho de que las primeras de las mencionadas tienen más probabilidad de buscar abortos practicados por proveedores no médicos, las discrepancias persisten aún con el mismo tipo de proveedor. En otras palabras, una mujer pobre tiene más probabilidades de presentar complicaciones después de un aborto que una mujer no pobre aún cuando ambas recurran al mismo tipo de proveedor.

La probabilidad de que las mujeres con complicaciones de aborto busquen y obtengan tratamiento, está también directamente relacionada al nivel socioeconómico y al sitio de residencia. Las mujeres no pobres y las mujeres de las áreas urbanas tienen más probabilidad de obtener tratamiento en una institución de salud por complicaciones de un aborto inducido, que las mujeres pobres, las mujeres de las áreas rurales y las mujeres indígenas. Las mujeres no pobres, sin tener en cuenta su lugar de residencia, tienen mas probabilidad de recurrir a los médicos en sus consultorios privados, a clínicas privadas o a instituciones públicas para recibir la atención postaborto; mientras las mujeres pobres, rurales e indígenas más a menudo buscan los servicios

de las comadronas tradicionales o los médicos de las instituciones públicas, donde los servicios son gratis o baratos. Esto sugiere que el nivel económico ejerce una influencia significativa en las opciones que tienen las mujeres cuando buscan atención de las complicaciones relacionadas con un aborto inducido.

Se estima que 27.013 mujeres (10 por cada 1,000 mujeres de 15–49) son atendidas anualmente por complicaciones de aborto (espontáneo o inducido) en las instituciones formales de salud. Tres cuartas partes son atendidas en las instituciones públicas de salud y una cuarta parte en las instituciones privadas. Una cuarta parte de los entrevistados en la encuesta EIS percibieron que la atención postaborto representa un costo económico alto para su institución de salud; este porcentaje fue más alto entre los ginecólogos y en aquellos provenientes de las instituciones públicas. Aunque una minoría de los entrevistados consideraron que es una carga económica, el costo agregado de tratar las complicaciones relacionadas con el aborto, en Guatemala, es indiscutiblemente alto. Los protocolos de tratamiento utilizados más a menudo—D&C (que requiere anestesia) y hospitalización—son muy costosos, y las instituciones atienden un promedio de 148 mujeres con complicaciones de aborto por año (comparado con 912 partos), convirtiendo ese protocolo en una práctica muy común.

Tabla 4.1. Porcentaje de entrevistados en la EPS, que informaron las complicaciones específicas más comunes que resultan de un aborto inducido o espontáneo

Complicación	% (N=74)
Pérdida excesiva de sangre	80
Perforación del útero	80
Sepsis o shock séptico	77
Infección del útero y/o tejidos adyacentes	66
Aborto incompleto	53
Lesión de la vagina o el cuello uterino	24
Otro: Esterilidad/infertilidad/lesión de órganos internos	32
Otro: Muerte	14
Otro*	16

*Incluye dolor, anemia y problemas psicológicos. Fuente: Encuesta a Profesionales de la Salud, Guatemala, 2003.

Tabla 4.2. Porcentaje que estiman los entrevistados en la EPS, de mujeres que tienen un aborto inducido y que presentarán complicaciones que requerirían tratamiento, según tipo de proveedor de servicios de aborto, nivel económico y área de residencia de la mujer, y en mujeres indígenas

Tipo de proveedor	No pobre		Pobre		Mujeres indígenas
	Urbana	Rural	Urbana	Rural	
Ginecólogo	8	11	12	17	14
Médico general	17	18	24	25	24
Enfermera/comadrona capacitada	47	51	58	61	59
Farmacéuta	51	51	61	61	60
Comadrona tradicional	60	64	69	72	69
Autoinducción	68	69	76	75	74

Nota: Los porcentajes están basados en 67–74 respuestas válidas. De las excluidas, 1–2 entrevistados respondieron "no sé" y 1–4 no dieron respuesta para cada subgrupo de mujeres. La tasa de respuesta representa el promedio de los porcentajes dados por los entrevistados. Fuente: Encuesta a Profesionales de la Salud, Guatemala, 2003.

Tabla 4.3. Proporción promedio de abortos inducidos que probablemente presentarán complicaciones de acuerdo con los entrevistados en la EIS, según tipo de proveedor de servicios de aborto, nivel económico de las mujeres y en mujeres indígenas

Tipo de proveedor	No pobre %	Pobre %	No indígena %	Indígena %
Médico	11	20	16	26
Enfermera/partera entrenada	49	62	52	63
Farmaceuta/dispensario/droguería	58	68	62	71
TBA/comadrona tradicional	70	79	69	79
Mujer misma	74	79	74	83

Nota: Los porcentajes están basados en 147–178 respuestas. De aquellos excluidos, 0–6 entrevistados respondieron "no sé" y de 0–30 no dieron respuesta para cada subgrupo de mujeres. Fuente: Encuesta a las Instituciones de Salud, Guatemala, 2003.

Table 4.4. Del total de mujeres que tienen un aborto inducido, el porcentaje de mujeres hospitalizadas por complicaciones y principales componentes: Total muestra de EPS y cuatro subgrupos según sector donde trabaja el entrevistado y el tipo de contexto del trabajo

	No pobre		Pobre	
	Urbana	Rural	Urbana	Rural
Total*				
% con complicaciones (1)	32	47	62	68
Probabilidad de ser hospitalizada después de complicaciones (2)	88	79	72	61
% hospitalizadas† (3)	29	37	44	41
De todas las mujeres que tienen un aborto inducido, % de ellas que será hospitalizado por complicaciones‡ (4)	39			
Trabaja en el sector privado§				
% con complicaciones	29	42	57	60
Probabilidad de ser hospitalizada después de complicaciones	85	75	65	55
% hospitalizadas	25	32	37	33
De todas las mujeres que tienen un aborto inducido, % de ellas que será hospitalizado por complicaciones	32			
Trabaja en el sector público§				
% con complicaciones	35	49	66	73
Probabilidad de ser hospitalizada después de complicaciones	89	82	76	64
% hospitalizadas	31	40	50	47
De todas las mujeres que tienen un aborto inducido, % de ellas que será hospitalizado por complicaciones	44			
Trabajo en contexto no médico§				
% con complicaciones	25	40	56	65
Probabilidad de ser hospitalizada después de complicaciones	85	81	71	54
% hospitalizadas	21	32	40	35
De todas las mujeres que tienen un aborto inducido, % de ellas que será hospitalizado por complicaciones	33			
Trabajo en contexto médico§				
% con complicaciones	34	48	63	68
Probabilidad de ser hospitalizada después de complicaciones	88	81	72	62
% hospitalizadas	30	39	45	42
De todas las mujeres que tienen un aborto inducido, % de ellas que será hospitalizado por complicaciones	40			

*La información del panel "Total" es tomada de las tablas 3.5 y 4.2, y de la gráfica 4.1. †La fila (3) es el producto de la fila (1) y la fila (3). ‡La fila (4) es la fila (3) ponderada por la distribución de la población por subgrupo (la variable proxy para el nivel económico está basada en la educación). §La información de los siguientes 4 paneles vienen de tabulaciones adicionales por sector y contexto de trabajo. Fuente: Encuesta a Profesionales de la Salud, Guatemala, 2003; Censo de Guatemala, 2002; ENSMI 2002.

Tabla 4.5 Porcentaje de entrevistados en la EPS, según sus percepciones sobre la frecuencia a la cual acuden las mujeres a diferentes tipos de proveedores de atención postaborto, por nivel económico de las mujeres, área de residencia, y en mujeres indígenas

Tipo de Proveedor	No pobre						Pobre						Indígena	Total		
	Urbana			Rural			Urbana			Rural						
	Casi siempre	Algunas veces	Rara vez/Nunca	Casi siempre	Algunas veces	Rara vez/Nunca	Casi siempre	Algunas veces	Rara vez/Nunca	Casi siempre	Algunas veces	Rara vez/Nunca				
Médico en institución de salud pública	49	24	27	47	41	12	76	18	7	54	37	10	53	35	12	100
Médico en institución de salud privada	57	38	5	42	43	15	7	37	57	3	22	76	4	31	65	100
Médico en consultorio particular	65	28	7	53	37	10	14	45	42	5	28	66	4	46	50	100
Enfermera/comadrona certificada	10	43	47	11	60	30	21	55	25	26	53	22	22	57	22	100
Farmacéuta	3	28	69	4	39	57	11	54	35	16	41	43	14	47	39	100
Comadrona tradicional	3	38	60	15	57	28	37	45	19	65	23	12	68	23	10	100
Otro*	0	44	56	25	38	38	22	44	33	38	50	13	27	73	0	100

*Incluye curanderos, parientes, promotores de salud. Los porcentajes basados en 9 a 11 respuestas. Nota: Los porcentajes están basados en 73-74 respuestas. Fuente: Encuesta a Profesionales de la Salud Guatemala, 2003.

Tabla 4.6 Porcentaje de instituciones de salud que brindan atención postaborto ambulatoria o de hospitalización, y promedio anual de pacientes postaborto atendidas, por institución según sector y región

	% que ofrecen atención post aborto*			Abortos tratados anualmente por institución†			Número de instituciones encuestadas
	Sólo hospitalizadas	Sólo pacientes ambulatorias	Ambos	Total	Hospitalizados	Ambulatorios	
Total	61	3	37	148	115	34	178
Sector							
Público	70	0	30	365	293	72	56
Privado	57	4	39	52	35	17	122
Región							
Metropolitana	54	0	46	175	142	33	50
Norte	44	0	56	127	104	23	9
Nor-oriente	59	0	41	79	62	17	27
Sur-oriente	78	11	11	227	221	5	9
Central	80	10	10	150	143	8	20
Sur-occidente	60	3	38	158	90	68	42
Nor-occidente	54	0	46	158	120	39	13
Petén	74	13	13	86	80	6	8

*Algunas filas no suman 100 debido a que se redondearon las cifras. †Promedio del número reportado en un mes promedio y en el mes pasado, multiplicado por 12. Incluye instituciones que no atendieron pacientes. Notas: El número de pacientes se basó en 177 respuestas. Una respuesta "no sé" fue excluida. Fuente: Encuesta a Instituciones de Salud, Guatemala, 2003.

Tabla 4.7 Número estimado de mujeres atendidas anualmente por complicaciones de aborto espontáneo o inducido y tasa de morbilidad, según sector al que pertenece la institución de salud y región (datos ponderados)

	Total (N=178)	Metropolitana (N=50)	Norte (N=9)	Nor-orient (N=27)	Su-orient (N=9)	Central (N=20)	Sur-occidente (N=42)	Nor-occidente (N=13)	Petén (N=8)
Total	27013	8844	1014	2237	2040	3000	7113	2058	709
Sector									
Público (Ministerio de Salud/Seguro Social)	20460	6240	870	1506	1800	2358	5316	1794	576
Privado	6553	2604	144	731	240	642	1797	264	133
PORCENTAJES									
Pacientes postaborto atendidas en instituciones públicas	76	71	86	67	88	79	75	87	81
Pacientes postaborto atendidas en instituciones privadas	24	29	14	33	12	21	25	13	19
PROPORCIÓN									
Tasa de morbilidad por cada 1000 mujeres†	9.9	12.6	4.6	9.8	9.4	10.2	11.2	6.0	9.0

*Promedio del número reportado en un mes promedio y en el mes pasado, multiplicado por 12. Incluye instituciones que no atendieron pacientes. El número de pacientes está basado en 177 respuestas. Una respuesta "no sé" fue excluida. † Número de mujeres atendidas por complicaciones postaborto divididas por el número de mujeres de 1549 años, multiplicado por 1,000. Fuente: Encuesta a Instituciones de Salud, Guatemala, 2003.

Tabla 4.8. Porcentaje de instituciones de salud que usa diferentes procedimientos para tratar las complicaciones postaborto, según sector al que pertenece la institución de salud (datos ponderados)

Procedimiento	Público		Privado‡	Todos
	Instituciones pequeñas* (N=35)	Instituciones grandes† (N=21)		
D&C	97	100	99	99
Aspiración manual endouterina	43	57	17	26
Aspiración eléctrica endouterina	15	20	7	10
Cualquier tipo de aspiración/manual o eléctrica	50	60	20	30
Otro tipo de evacuación§	3	0	0	1
Transfusión de sangre	45	85	47	52
Soluciones intravenosas	43	29	39	39
Cirugía	60	76	53	57
Antibióticos	91	95	85	88
Ocitócicos	91	90	74	79
Otros**	31	43	32	33

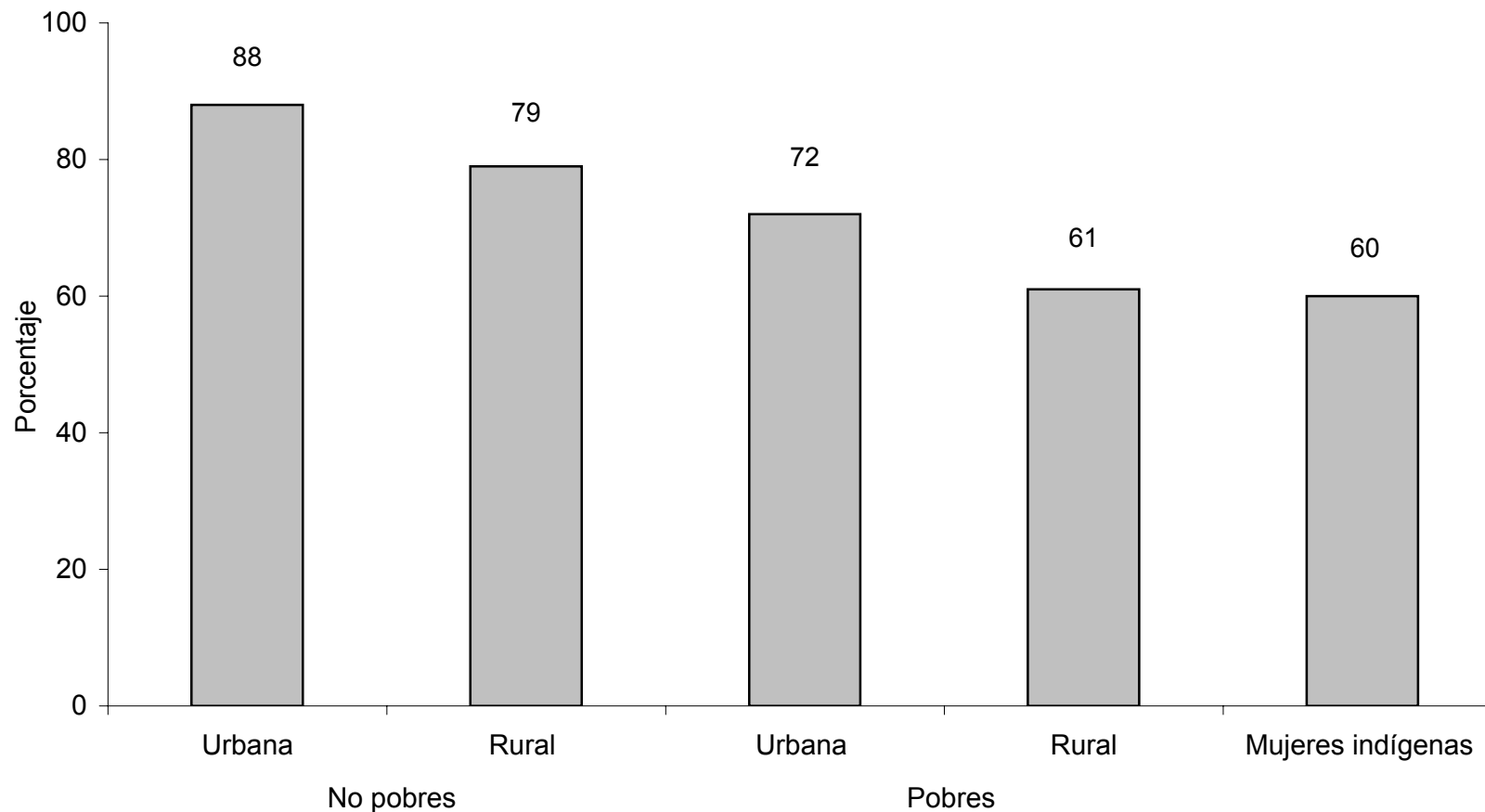
*El porcentaje para las instituciones pequeñas se basa en 33–35 respuestas. †El porcentaje para las instituciones públicas grandes se basa en 20–21 respuestas. ‡El porcentaje para las instituciones privadas se basa en 117–122 respuestas. §El "otro tipo de evacuación" no se especificó. **Incluye laboratorios, ultrasonido, analgésicos. Fuente: Encuesta a Instituciones de Salud, Guatemala, 2003.

Tabla 4.9. Porcentaje de instituciones de salud, que usa anestesia en los diferentes procedimientos para tratar las complicaciones postaborto

Procedimiento	Uso de anestesia		N
	Siempre %*	Algunas veces %*	
D&C	100	0	176
Aspiración manual endouterina	94	4	47
Aspiración eléctrica endouterina	100	0	15
Cirugía	99	1	97

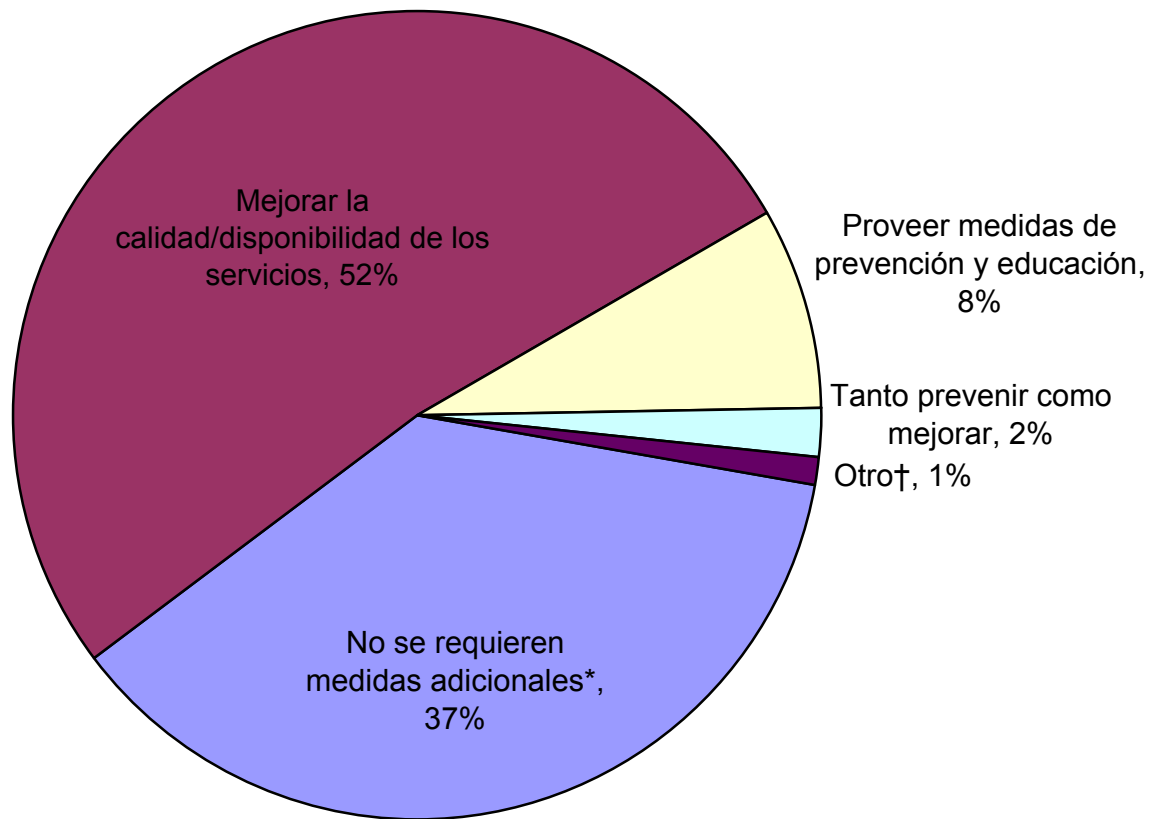
*Los porcentajes se basan en aquellos que informaron que el método es utilizado en la institución. Fuente: Encuesta a Instituciones de Salud, Guatemala, 2003.

Gráfica 4.1 Porcentaje que estiman los entrevistados en la EPS, de mujeres con complicaciones por aborto inducido que recibirían tratamiento en una institución de salud, según nivel económico, área de residencia y en mujeres indígenas



Nota: El porcentaje representa el promedio de los porcentaje proporcionado por los entrevistados.
 Fuente: Encuesta a Profesionales de la Salud, Guatemala, 2003.

Gráfica 4.2. Distribución porcentual de los entrevistados en la EIS, según sus percepciones sobre cómo puede mejorarse en sus instituciones de salud el tratamiento de la complicaciones postaborto



*Los entrevistados consideran que los servicios prestados son adecuados. †Incluye detectar los abortos tempranamente, mejorar el acceso a los antibióticos y educar a las pacientes. Fuente: Encuesta a Instituciones de Salud, Guatemala, 2003.

Capítulo 5

Planificación Familiar, Consejería Postaborto y Opiniones e Intervenciones Para Reducir el Número de Abortos Inseguros y Mejorar la Atención Postaborto

En este capítulo se presenta información sobre servicios de planificación familiar y de consejería postaborto que se brindan a las pacientes de postaborto. La información expuesta en este capítulo se obtuvo de las encuestas EPS y EIS. Se les pidió a los entrevistados en la encuesta EPS que dieran su opinión sobre la prestación de servicios, incluyendo los de planificación familiar, mientras que a los entrevistados en la encuesta EIS, se les preguntó sobre los servicios de planificación familiar y de atención postaborto disponibles en sus instituciones. También se incluyen en este capítulo las recomendaciones proporcionadas por los entrevistados para reducir el número de abortos inseguros en Guatemala.

Servicios de planificación familiar para las pacientes de postaborto

Aunque el uso de métodos anticonceptivos en Guatemala ha aumentado desde 1987, la prevalencia de uso anticonceptivo es todavía baja, particularmente de métodos modernos (34%).⁴¹ Entre las mujeres sexualmente activas en edad reproductiva, aquellas que utilizan un método tradicional o que no utilizan un método de control de la natalidad, están en mayor riesgo de un embarazo no planeado, y por lo tanto, las candidatas más probables de un aborto inducido. Además, si el método anticonceptivo falla o no es usado correctamente puede contribuir significativamente a las cifras de embarazos no planeados. Se les solicitó a los entrevistados en la encuesta EPS, que expresaran sus percepciones acerca del tipo de métodos anticonceptivos usados por las mujeres que presentaron embarazos no planeados, en el momento de la concepción de dicho embarazo*. Una proporción alta de los entrevistados perciben que las mujeres que presentaban embarazos

no planeados, estaban utilizando un método anticonceptivo en el momento de la concepción del mismo. Alrededor del 62% mencionaron las píldoras anticonceptivas, 41%, el DIU y 39% un anticonceptivo inyectable (no se muestran los datos)

La percepción de que las mujeres que quedan embarazadas sin estarlo buscando o deseando y que estaban utilizando métodos efectivos de anticoncepción parece ser una exageración de parte de los entrevistados. De hecho, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil, (2002) de Guatemala, el uso de métodos anticonceptivos es relativamente bajo—43% de las mujeres en unión utiliza un método y 57% no utiliza un método anticonceptivo.⁴² Una posible explicación es que los entrevistados hayan interpretado mal la pregunta y respondieran en relación con las mujeres que estaban utilizando un método, en vez de responder en relación con todas las mujeres que presentaron un embarazo no deseado. No obstante, las mujeres que recurren a un aborto tienen más probabilidad de estar usando un método en comparación con el resto de mujeres debido a que están más motivadas para prevenir un nacimiento o embarazo no planeado.

Tanto en la encuesta EPS como en la encuesta EIS se preguntó a los entrevistados si consideraban que a las pacientes con complicaciones relacionadas con el aborto se les debía brindar consejería sobre planificación familiar y proveerles métodos anticonceptivos, mientras se encuentran en la institución recibiendo tratamiento. Los entrevistados de las dos encuestas casi por unanimidad estuvieron de acuerdo en que se brindara dicha consejería—99% de la encuesta EIS y 97% de la encuesta EPS expresaron su aprobación (no se muestran los datos). A los entrevistados en la encuesta EPS les preguntó además, si pensaban que los métodos anticonceptivos debían ser distribuidos a las pacientes postaborto mientras estuviesen en la institución. En este caso también expresaron su amplio apoyo—82% de ellos, respondieron de forma afirmativa. Sin embargo, el 14% de ellos manifestó que no consideraban que las

*La pregunta específica que se les formuló a los entrevistados fue: Como usted sabe, algunas mujeres utilizan métodos anticonceptivos cuando quedan embarazadas sin desearlo. Qué métodos anticonceptivos cree usted que estaban utilizando las mujeres al momento del embarazo no deseado/ no planeado? La pregunta permitía respuesta múltiple.

mujeres deberían recibir los métodos anticonceptivos en este contexto y el 4% expresaron que debía proporcionárseles métodos anticonceptivos a las pacientes “algunas veces” presumiblemente, determinado por las circunstancias de la paciente.

A los entrevistados en las instituciones de salud que brindan consejería o proporcionan métodos anticonceptivos, se les pidió que enumeraran cuáles métodos aconsejaban o proporcionaban (Tabla 5.1). De acuerdo con los entrevistados, casi todas las instituciones daban orientación sobre las píldoras anticonceptivas y los inyectables, y casi tres cuartas partes de ellos aconsejaban el DIU. Alrededor de la mitad de las instituciones orientaban sobre la esterilización femenina y el preservativo, 34% el método del ritmo y el 25% la vasectomía. Las instituciones públicas grandes eran más proclives a brindar consejería a las pacientes postaborto sobre casi todos los métodos anticonceptivos, seguidas por las instituciones públicas pequeñas. Con excepción de los implantes, las instituciones privadas eran las menos proclives a brindar la consejería sobre cada uno de los métodos anticonceptivos. Las instituciones públicas grandes daban consejería de 5.5 métodos anticonceptivos en promedio, las instituciones públicas pequeñas sobre 4.9 métodos y las instituciones privadas sobre 3.9 métodos.

Las instituciones que brindan consejería sobre los métodos anticonceptivos de largo plazo o permanentes, tienen más probabilidad de poder proporcionar los métodos en la misma institución, comparadas con las instituciones que brindan consejería en los métodos reversibles. Alrededor de tres quintas partes de los entrevistados que reportaron que sus instituciones brindaban consejería a las pacientes postaborto sobre las píldoras anticonceptivas, los inyectables y los condones, proveen los métodos en la misma institución. Sin embargo, un porcentaje levemente más alto (67–74%) de aquellos que brindaban consejería sobre el DIU, la esterilización femenina y la vasectomía reportaron que proporcionaban los métodos en la misma institución. Estos resultados sugieren una falta de suministros de anticonceptivos, en particular, de los métodos reversibles.

Opiniones sobre cómo reducir el número de abortos inseguros

A los entrevistados de ambas encuestas se les solicitó su opinión sobre las estrategias necesarias para reducir el número de abortos inseguros (y de abortos inducidos en general) en Guatemala. Los entrevistados en las encuestas EPS y EIS estuvieron ampliamente de acuerdo

en que el enfoque principal debe ser ayudar a las mujeres a prevenir los embarazos no deseados mediante la provisión de consejería sobre anticoncepción postparto y postaborto, aumentado la disponibilidad de los servicios de planificación familiar en general y, en especial, mejorando el acceso a la anticoncepción efectiva (Cuadro 5.2). Además, ambos grupos de entrevistados apoyaron la idea de informar a la comunidad acerca de los altos riesgos que implica un aborto inseguro. Aunque los dos grupos respaldaron las mismas estrategias, un número mayor de entrevistados en la encuesta EIS las apoyaron, en comparación con los entrevistados en la encuesta EPS. Aparte de estas recomendaciones, algunos entrevistados en la encuesta EPS, mencionaron específicamente la necesidad de proporcionar educación y acceso a métodos anticonceptivos para adolescentes. Una minoría de entrevistados tanto en la encuesta EPS como en la EIS, sugirieron capacitar a las parteras/comadronas tradicionales y capacitar a los proveedores en una mejor prestación de servicios de salud a las pacientes postaborto, y cambiar las políticas y las leyes sobre el aborto.

A los entrevistados en la encuesta EPS se les preguntó si ellos habían sido capacitados en la técnica AMEU. Una cuarta parte de ellos había recibido este tipo de capacitación (26%). Este porcentaje fue más alto entre los ginecólogos y las enfermeras (37%) y menor entre los médicos generales (21%, no se muestran los datos).

Conclusión

Aunque la gran mayoría de las instituciones de salud brindan consejería a las pacientes postaborto acerca de las píldoras anticonceptivas, los inyectables, los condones y el DIU, una proporción más bien pequeña de ellos suministra dichos métodos anticonceptivos en la misma institución.

Para reducir el número de abortos inseguros, los entrevistados en la encuesta EPS y en la encuesta EIS recomendaron mejorar los esfuerzos para prevenir los embarazos no deseados y elevar el grado de toma de conciencia pública acerca de los peligros que implica un aborto inseguro. El hecho de que solamente un porcentaje pequeño de los entrevistados sugirió cambiar las leyes y las políticas sobre el aborto es indicativo del clima conservador que existe alrededor del tema del aborto en Guatemala.

Puesto que sólo una pequeña proporción de proveedores médicos se encuentran capacitados para realizar el procedimiento de AMEU, ampliar la capacitación constituye un camino propicio para bajar los costos y

mejorar la atención de las pacientes postaborto. Este procedimiento es más costo-efectivo y tiene menores consecuencias médicas negativas, comparado con la dilatación y curetaje (D&C), que se utiliza con más frecuencia.

Tabla 5.1. Porcentaje de instituciones de salud que prestan servicios de consejería y suministran métodos anticonceptivos a las pacientes postaborto, según sector y tamaño de la institución de salud

Método	Público		Privado	Todos	Provee métodos en la misma institución (N=92)*
	Instituciones pequeñas (N=34)	Instituciones grandes (N=20)	(N=117)		
Píldoras anticonceptivas	91	100	90	91	55
Anticonceptivos inyectables	97	100	85	89	58
DIU	85	95	65	72	67
Condón	65	80	46	53	62
Esterilización femenina	68	65	33	44	71
Método del ritmo	47	35	30	34	60
Vasectomía	32	40	20	25	74
Implantes	8	15	12	10	61
Otro método†	9	25	5	8	86
Número promedio de métodos	4.9	5.5	3.9	4.3	5.0
N	34	20	117	171	171

*El porcentaje se basa en 92 instituciones de salud que brindan métodos anticonceptivos a las pacientes postaborto, en la misma institución. †Incluye: espermicidas, condones femeninos, anticoncepción de emergencia. Fuente: Encuesta a Instituciones de Salud, Guatemala, 2003.

Tabla 5.2. Porcentaje de entrevistados en la EPS y en la EIS, que creen que las alternativas sugeridas pueden usarse para reducir el número de abortos practicados o inducidos en condiciones de riesgo en Guatemala, según la profesión de los entrevistados

Alternativas sugeridas	Encuesta a Profesionales de la Salud					Encuesta Instituciones de Salud				
	Total (N=74)	Ginecólogo (N=19)	Médico general (N=32)	Enfermera (N=11)	Otro* (N=11)	Total (N=178)	Ginecólogo (N=119)	Médico General (N=52)	Médico especialista (N=5)	Enfermera (N=2)
Publicitar el riesgo en salud que tienen los abortos practicados en condiciones de riesgo	55	58	63	73	18	92	92	90	100	100
Brindar consejería anticonceptiva postparto y postaborto	62	68	69	55	46	92	92	90	100	100
Incrementar la disponibilidad de los servicios de planificación familiar	45	47	50	18	46	87	90	83	80	100
Mejorar el acceso a la anticoncepción efectiva	47	53	44	36	55	88	90	81	100	100
Respuestas abiertas										
Otro: educación†	n/a	na	na	na	na	48	47	48	40	100
Otro: educación y acceso a la anticoncepción para adolescentes.	60	74	66	36	36	na	na	na	na	na
Otro: Cambio de legislación y políticas	4	5	0	0	18	na	na	na	na	na
Otro: capacitar proveedores/mejorar servicios	8	5	3	0	36	na	na	na	na	na
Otro‡	4	5	6	0	0	32	31	37	20	0

*Incluye a quienes formulan las políticas, investigadores y activistas. † Para las encuestas HFS, incluye anticonceptivos para adolescentes. ‡ Para la encuesta HFS incluye el cambio de la legislación sobre el aborto, capacitar a las comadronas tradicionales y a los otros proveedores; para la encuesta HPS incluye investigar las causas del aborto, impedir que los proveedores no calificados practiquen abortos. Fuentes: Encuesta a Profesionales de la Salud, Guatemala, 2003.

Capítulo 6

Conclusiones e Implicaciones

Aunque el aborto inducido es ilegal en Guatemala, los hallazgos del presente estudio, indican que muchas mujeres están recurriendo a abortos inducidos realizados en condiciones de riesgo y sufriendo complicaciones médicas a causa de ellos. De acuerdo a nuestros resultados, las instituciones de salud guatemaltecas atienden aproximadamente 27.000 mujeres anualmente por complicaciones de abortos inducidos y espontáneos. Lo anterior equivale a 74 mujeres por día.

El aborto inseguro está ocurriendo dentro del contexto de altos niveles de necesidad insatisfecha en anticoncepción y de una inadecuada disponibilidad de servicios de atención en salud, incluyendo la atención postaborto. En el 2002, 28% de las mujeres en unión, no deseaban tener un hijo pronto o no deseaban tener más hijos, no obstante, no utilizaban un método anticonceptivo. Por ende, aproximadamente un tercio de los nacimientos recientes en el 2002 fueron no planeados (inesperados o no deseados). Esta situación se deriva de varios factores, incluyendo la pobreza del país y una infraestructura de salud débil y la prolongada renuencia del gobierno a proporcionar servicios de planificación familiar como parte de los servicios públicos de salud. Además, tan solo el 11% de los guatemaltecos tiene un acceso adecuado a los servicios de salud conforme a la definición de la Organización Mundial de la Salud. En el sector privado existe escasez de proveedores bien capacitados y la medicina tradicional es ampliamente practicada. Esto limita las opciones que tienen las mujeres al buscar un proveedor para la práctica de un aborto y limita su capacidad de obtener un tratamiento adecuado en caso de presentarse una complicación médica. Estas limitaciones afectan desproporcionadamente los grupos más vulnerables que son: las mujeres pobres, rurales e indígenas.

Los hallazgos de este estudio, basados en las entrevistas realizadas a profesionales de la salud, sugieren que las mujeres que tienen un aborto inducido frecuentemente recurren a proveedores médicamente no capacitados. Mientras las mujeres de mayores recur-

sos—mujeres urbanas no pobres—son las que tienen más probabilidad de lograr que sea un médico el que les practique el aborto, una tercera parte de estas mujeres sin embargo, se cree que recurren a proveedores no capacitados. Mientras tanto, la mayoría de las mujeres que son pobres, indígenas o viven en las áreas rurales, recurren a los proveedores menos seguros o se provocan ellas mismas el aborto. Se considera que los métodos utilizados más frecuentemente para inducir los abortos en las áreas urbanas son: la dilatación y curetaje (D&C) y la introducción de una sonda u objetos sólidos dentro del útero. Las hierbas se utilizan con frecuencia en las áreas rurales.

Se piensa igualmente que las mujeres que logran un aborto en Guatemala se encuentran en un riesgo alto de presentar complicaciones. El riesgo es mucho más alto cuando la mujer se provoca ella misma el aborto, o lo realiza una partera/comadrona tradicional, un farmacéuta o una enfermera, en este orden. Se considera que más de la mitad de los abortos practicados por estos proveedores presentan complicaciones. Sin embargo, aún los abortos practicados por los médicos conllevan un riesgo significativo; los entrevistados estiman que estos abortos presentan complicaciones en más del 10% de los casos. La probabilidad de presentar complicaciones es también más alta en las mujeres pobres y rurales, que en las mujeres urbanas no pobres, aunque recurran al mismo tipo de proveedor.

Se cree que la mayoría de las mujeres que requieren atención médica postaborto, la reciben. Sin embargo, las tasas que se estiman para las mujeres que se encuentran en más desventaja—las mujeres rurales pobres y las mujeres indígenas—son más bajas (alrededor del 60%), comparadas con cerca del 90% de las mujeres urbanas no pobres. Las mujeres pobres, rurales e indígenas, se encuentran por consiguiente en peores condiciones que sus contrapartes en diferentes aspectos: Tienen más probabilidad de que el aborto se lo practique un proveedor médicamente no capacitado y que utiliza un método inseguro, tienen más probabili-

dad de presentar complicaciones aunque recurran al mismo tipo de proveedor que sus contrapartes, y tienen menor probabilidad de recibir atención médica cuando sufren complicaciones. El efecto combinado de estos factores, multiplica el riesgo general que enfrentan las mujeres de estos grupos. Alrededor del 39% de las mujeres que recurren a un aborto inducido tendrán que acudir a una institución de salud para recibir tratamiento por una complicación, cerca del 60% de ellas son mujeres rurales pobres, precisamente el grupo con menor probabilidad de recibir la atención médica que necesita.

Todas las instituciones donde se realizaron las encuestas, tanto públicas como privadas, atienden mujeres con complicaciones de aborto inducido o espontáneo. De las 27.000 mujeres que se estima se atienden cada año, alrededor de tres cuartas partes se atienden en instituciones públicas y una tercera parte en instituciones privadas, una distribución que es más o menos proporcional a la capacidad instalada de cada tipo de institución (basándose en el número de camas). Muchas instituciones, tanto públicas como privadas, adolecen de los recursos adecuados. Solamente la mitad del total de instituciones prestan el servicio de transfusión de sangre, el cual es un indicador de la capacidad de la institución de proporcionar los servicios de la atención postaborto. La mayoría de las instituciones públicas grandes (85%) ofrecen transfusión de sangre, y menos de la mitad de las instituciones privadas y pequeñas brindan este servicio.

Cuando se preguntó los entrevistados sobre qué medidas podrían mejorar el servicio de atención postaborto, sugirieron incrementar la disponibilidad de los servicios de planificación familiar, mejorar las habilidades del personal que presta los servicios de atención postaborto, mejorar la infraestructura de los servicios postaborto y aumentar la toma de conciencia pública acerca de los riesgos de salud que implica un aborto inseguro.

Implicaciones para programa y políticas

Recientemente el gobierno de Guatemala adoptó una serie de políticas dirigidas a mejorar los derechos y la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Lo anterior, está orientado a incrementar el acceso a la información y servicios de planificación familiar como parte de la gama de servicios públicos ofrecidos, reducir la mortalidad materna, proveer educación sexual, mejorar la atención en salud y promover la equidad de las mujeres y su desarrollo, entre otras cosas. Todos ellos, son pasos en la dirección correcta. Puesto que estas

políticas han sido adoptadas tan solo recientemente, el proceso de implementación apenas está comenzando. No obstante, el proceso se puede acelerar si existe un compromiso político fuerte y se hace cumplir la ley.

Aumentar el acceso a la información y servicios de planificación familiar estará encaminado hacia la reducción de la incidencia de embarazos no deseados, lo que es fundamental para reducir el número de abortos inseguros. Como parte de su política de planificación familiar, el gobierno debe ofrecer una gama más amplia de métodos anticonceptivos (aún en las instituciones pequeñas y las que pertenecen al Seguro Social), asegurar la disponibilidad de anticoncepción de emergencia para las mujeres, y dirigir los servicios de anticoncepción a los grupos de alto riesgo, como las pacientes postaborto. Además de incrementar el acceso, el gobierno podría trabajar para mejorar el conocimiento sobre la anticoncepción, a través de campañas de educación sexual y tomar las medidas necesarias para empoderar a las mujeres en el proceso de toma de decisiones en planificación familiar y en promover una mayor participación de los hombres en el tema. El conocimiento en anticoncepción y en salud sexual es especialmente importante para el grupo de adolescentes y adultas jóvenes, en el cual existe una gran proporción que son solteras y para quienes un embarazo no planeado sería particularmente difícil. Llegar al grupo de adolescentes, mediante la incorporación de la educación sexual en el currículo escolar (como se esboza en la Ley de Desarrollo Social y Población de Guatemala⁴³) y la implementación de campañas de salud dirigidas, ayudará a bajar el porcentaje de embarazos no planeados en este grupo de jóvenes.

Además de disminuir las tasas de embarazos no planeados, el gobierno debe formular estrategias dirigidas a disminuir la morbilidad y mortalidad relacionadas con los abortos inseguros. Tal como sugieren los profesionales de la salud en Guatemala, los resultados en salud de las mujeres pueden mejorarse mediante el fortalecimiento de los programas de atención postaborto. Esto incluye el mejoramiento de los equipos y las instituciones y aumentar los estándares de higiene, particularmente del sector público. Puesto que el sector público juega un mayor papel en la prestación de los servicios de atención postaborto a nivel nacional que las instituciones del sector privado, es aquí donde las intervenciones para mejorar la atención postaborto tienen más probabilidad de ser practicadas en una forma más costo-eficiente. Los hallazgos de este estudio indican que existe un amplio campo para mejorar la atención postaborto (y la atención post-

parto), debido a que muchas instituciones reportaron no tener capacidad para realizar transfusiones de sangre o procedimientos de AMEU.

Las autoridades de salud guatemaltecas deben continuar la implementación del procedimiento de AMEU en las instituciones de salud, como ya lo han hecho en algunos hospitales públicos.⁴⁴

Es muy probable que el adelanto más significativo que se puede efectuar en la atención postaborto en Guatemala, sea la capacitación de los profesionales médicos en el uso de la AMEU y hacer de él, el procedimiento rutinario en la atención que presten todas las instituciones. La AMEU es el procedimiento más seguro y más barato para el tratamiento de los abortos incompletos, espontáneos o inducidos, pero los hallazgos del estudio indican que las instituciones usan en una proporción abrumadora la dilatación y curetaje (D&C). Los beneficios de usar la AMEU en lugar de la D&C incluyen, estadías más cortas en el hospital, costos más bajos para la institución y para la paciente, y menos dolor experimentado por la paciente.⁴⁵ En un país donde los recursos son limitados y los presupuestos de salud son precarios, es fundamental ser costo-eficiente en la prestación de los servicios de atención postaborto. El potencial de ahorro en costos es mayor para el sector público, donde tres cuartas partes de las pacientes del país que consultan por complicaciones de aborto son atendidas y un número mayor son atendidas como pacientes internas (hospitalizadas).

Los resultados de este estudio indican que el aborto inseguro ocurre en Guatemala en niveles importantes; que las mujeres pobres, rurales e indígenas están en mayor riesgo de tener un aborto inseguro y de no recibir tratamiento de las complicaciones, y que la atención postaborto brindada en las instituciones de salud puede ser mejorada, tanto en términos de calidad como de costos. Las autoridades de salud, deben entonces fortalecer los esfuerzos para que los servicios de planificación familiar sean accesibles y asequibles en costos, trabajar en conjunto con las autoridades de educación para mejorar los conocimientos sobre planificación familiar y mejorar la atención postaborto, especialmente mediante la capacitación en la técnica AMEU. Las estrategias y recursos deben dirigirse hacia las mujeres menos favorecidas, que presentan los niveles más altos de aborto inseguro y mortalidad materna. Estas iniciativas pueden incidir en gran medida en la reducción de los niveles de embarazos no deseados, el aborto inseguro y en la morbilidad y mortalidad resultante. El resultado final serían unas cifras más altas de supervivencia, salud y bienestar para las mu-

jes guatemaltecas, y una reducción significativa en la carga financiera del sistema de atención en salud y en las mujeres y sus familias.

Necesidad de investigación

Se necesita realizar más investigación con el fin de documentar las experiencias y las perspectivas de las mujeres acerca del aborto inseguro, como también los aspectos clínicos de la atención postaborto. Esto quiere decir, recolectar evidencia de las mismas mujeres en su proceso de toma de decisiones cuando enfrentan un embarazo no deseado y la experiencia de un aborto, incluyendo los factores que influyen en su decisión de recurrir a un aborto, cómo lograron la interrupción del embarazo, si presentaron complicaciones, qué tipo de complicaciones presentaron, y el proceso de búsqueda de atención médica. Además de estos datos, sería útil obtener información de los profesionales médicos, sobre las especificidades de la atención postaborto, incluyendo el estado clínico de la mujer a su llegada a la institución, los procedimientos usados en el tratamiento, el tipo de complicaciones que presentan y el tiempo de estadía que requirieron. Finalmente, se deben reunir datos sobre el costo total de las complicaciones postaborto,—los recursos económicos gastados por las instituciones, la cantidad que es pagada por la mujer, el costo de oportunidad para las mujeres y sus familias (por ejemplo, la cantidad en tiempo productivo perdido a causa de la enfermedad), y el costo social o estigma asociado con la práctica de un aborto. Esta información, proporcionaría la visión completa para la atención del aborto, necesaria para fomentar el cambio y el diseño de intervenciones bien enfocadas.

Siglas

CIESAR	Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva
D&C	Dilatación y curetaje
AEEU	Aspiración eléctrica endouterina EIS Encuesta a Instituciones de Salud
EPS	Encuesta a Profesionales de la Salud
FESIRGUA	Federación de Salud Infantil y Salud Reproductiva de Guatemala
DIU	Dispositivo intrauterino
LAC	Latinoamérica y el Caribe
AMEU	Aspiración manual endouterina
ONG	Organización no gubernamental

References

1. Organización Mundial de la Salud (OMS), *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000*, cuarta edición., Ginebra: OMS, 2004.
2. Center for Reproductive Rights, The World's Abortion Laws, *International Fact Sheet*, New York, June, 2005.
3. Ipas, *Central America*, Managua, Nicaragua: Ipas, 2003.
4. Paxman J et al. The clandestine epidemic: the practice of unsafe abortion in Latin America, *Studies in Family Planning*, 1993, 24(4):205-26.
5. Ibid.
6. OMS, 2004, op. cit. (ver referencia 1).
7. Ibid.
8. Paxman J et al., op. cit. (ver referencia 4).
9. Código Penal de Guatemala decreto no. 17-73, 1999, artículos 133 y 137.
10. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), *Informe Final: Línea Basal de Mortalidad Materna para el Año 2000*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: MSPAS, 2003.
11. Kestler E and Ramirez L, Pregnancy-related mortality in Guatemala, 1993-1996, *Pan American Journal of Public Health*, 2000, 7(1):41-46.
12. Organización Panamericana de la Salud (PAHO), *Health in the Americas*, 1998 Edición, vol. 2, Guatemala, Guatemala: PAHO.
13. Instituto Nacional de Estadística (INE), Guatemala: Censos Nacionales: XI de Población, VI Habitación y IV Agropecuario, Ciudad de Guatemala, Guatemala: INE, 2002.
14. PAHO, Mejorando la Salud de los Pueblos de las Américas: Perfiles Básicos de Salud: Resúmenes, Washington, DC: PAHO, 1999.
15. Banco Mundial, *Poverty in Guatemala*, Estudio de Campo del Banco Mundial, Washington, DC: Banco Mundial, 2004, no. 27586.
16. Ibid.
17. Granolati M y Marini A, *Health and Poverty in Guatemala*, Documentos de Trabajo de la Investigación de Políticas, Washington, DC: Banco Mundial, 2003, No. 2966.
18. Ibid., pp. 3 & 45-46.
19. Ibid.
20. Ibid.
21. República de Guatemala, Ley de Desarrollo Social y Población, octubre 2001.
22. MSPAS, y col., *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002*, Ciudad de Guatemala, Guatemala, MSPAS, 2003.
23. Ibid.
24. Ibid.
25. Ibid.
26. Ibid.
27. MSPAS, INCAP, IRD/Westinghouse, Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1987, Ciudad de Guatemala, Guatemala: MSPAS, 1989.
28. INE, et al., *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1995*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: DHS/MACRO and INE, 1996.
29. Cálculos del Instituto Guttmacher.
30. INE, et al., *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998/1999*, Ciudad de Guatemala, Guatemala, INE, 1999.
31. MSPAS, 2003, op. cit. (ver referencia 22).
32. Singh S, Makinwa-Adebusoye P y Audam S, Nigerian health professionals' perceptions about abortion practice, *International Family Planning Perspectives*, 1997, 23:155-161; Singh S, Wulf D y Jones H, Health professionals' perceptions about induced abortion in South Central and Southeast Asia, *International Family Planning Perspectives*, 1997, 23:59-67 & 72; y Prada E y col., *Abortion and postabortion care in Uganda: a report from health care professionals and health facilities*, Occasional Report, New York: Guttmacher Institute, 2005, no. 17.
33. Henshaw SK y col., The incidence of induced abortion in Nigeria, *International Family Planning Perspectives*, 1998, 24(4):156-164; y Singh S y col., Estimating the level of abortion in the Philippines and Bangladesh, *International Family Planning Perspectives*, 1997, 23(3):100-107.
34. Terborgh A y col., Planificación familiar entre las poblaciones indígenas de Latinoamérica, *Perspectivas internacionales de planificación familiar*, 1995, 21(4):143-150.
35. INE, *Encuesta Nacional sobre Condiciones de Vida*

(ENCOVI) 2000: *La Pobreza en Guatemala, Principales Resultados*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: INE, 2001.

36. Costa SH and Vessey MP, Misoprostol y aborto ilegal en Río de Janeiro, Brazil, *Lancet*, 1993, 341:1258–1261; and Coêlho HL et al., Misoprostol: experiencia de las mujeres de Fortaleza, Brazil, *Contraception*, 1994, 49:101–110.
37. Konje JC, Obisesan KA and Ladipo OA, Consecuencias a la salud y económicas del aborto séptico inducido, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1992, 37(3):193–197; Ladipo OA, Cómo prevenir y manejar las complicaciones del aborto inducido en los países del tercer mundo, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1989, 3:21–28; Ladipo OA, El aborto inducido en el tercer mundo, *World Health*, 1990, Abril.–Mayo, p. 20; y el documento de la OMS, Programa de salud materna y de maternidad segura, Aborto: Tabulación de los datos disponibles acerca de la frecuencia y la mortalidad en el aborto inseguro, segunda ed., Ginebra: OMS, 1994.
38. Kamau RK, Manejo del aborto incompleto: la función de la aspiración manual endouterina, informe presentado en el Seminario de Mortalidad Materna y Perinatal, Mombasa, Kenya, Apr. 23–27, 1990.
39. Herz B and Measham AR, Iniciativa para una maternidad segura: Propuestas de acción, Washington, DC: Banco Mundial 1987; Liskin LS, Morbilidad maternal en los países en vías de desarrollo: revisión y comentarios, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1992, 37(2):77–87.
40. Singh S and D Wulf, Estimated levels of induced abortion in six Latin American countries, *International Family Planning Perspectives*, 1994, 20(1):4–13.
41. MSPAS, 2003, op. cit. (ver referencia 22).
42. Ibid.
43. Ley de desarrollo social (Decreto 42-2001), Guatemala.
44. Helzner J et al., Centro de capacitación para la atención postaborto en Guatemala, informe presentado en el 129º congreso anual de la Asociación Americana de Salud Pública, Atlanta, GA, USA, octubre 2001.
45. Billings DL, Fuentes-Velásquez J and Pérez-Cuevas R, Cómo comparar la calidad de tres modelos de atención postaborto en hospitales de Ciudad de México, *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29(3):112–120; Tietze C and Henshaw SK, *Aborto inducido: Revisión a nivel mundial*, 1986, sexta ed., New York: The Alan Guttmacher Institute; Benson J and Huapaya V, *Sostenibilidad de la atención postaborto en el Perú*, Washington, DC: Consejo de Población, 2002; y Johnson BR, Benson J and Hawkins BL, Cómo disminuir el uso de recursos y mejorar la calidad de los servicios con AMEU, *Avances en la atención del aborto*, 1992, 2(2).