

Aborto inducido y embarazo no planeado en Guatemala

CONTEXTO: Aunque la legislación guatemalteca permite el aborto inducido solamente para salvar la vida de la mujer, con frecuencia muchas mujeres obtienen abortos, en condiciones de riesgo, y en respuesta a un embarazo no planeado. Estudios recientes indican que el aborto inseguro es un factor clave que contribuye a la morbilidad y mortalidad materna en el país; sin embargo, no existen datos a nivel nacional sobre la incidencia del aborto.

MÉTODOS: En 2003, se llevó a cabo una encuesta en la totalidad de hospitales que atienden a mujeres con complicaciones postaborto, y otra encuesta entre 74 profesionales conocedores de las condiciones de la provisión del aborto en Guatemala. El número de abortos inducidos practicados anualmente se calculó mediante técnicas de estimación indirecta. Las tasas y razones de aborto, así como el nivel de embarazos no planeados, se calcularon para el país en su conjunto y para sus ocho regiones.

RESULTADOS: Cerca de 65,000 abortos inducidos se realizan anualmente en Guatemala, y cerca de 21,600 mujeres son hospitalizadas para recibir tratamiento por complicaciones derivadas de ello. Los abortos ocurren a una tasa de 24 por 1,000 mujeres en edades entre 15 y 49 años, y ocurre un aborto por cada seis nacidos vivos. La tasa de aborto (29–30 por 1,000 mujeres) es mayor que el promedio en las regiones Sur-Occidente (menos desarrollada, con población principalmente indígena) y Metropolitana (más desarrollada, con población principalmente no indígena). Más de una cuarta parte del total de nacimientos son no planeados; al combinar los nacimientos no planeados con los abortos se estima que un 32% de los embarazos en Guatemala son no planeados, y que la tasa por 1,000 mujeres es de 66.

CONCLUSIONES: En Guatemala, el aborto inseguro tiene un impacto significativo en la salud de la mujer. Se requiere de programas gubernamentales integrales para abordar los temas del embarazo no planeado y el aborto inseguro, con atención a las diferencias regionales.

Por Susheela Singh,
Elena Prada y
Edgar Kestler

Susheela Singh es vice presidenta de investigación, Instituto Guttmacher, Nueva York; Elena Prada es consultora independiente con sede en Bogotá, Colombia; y Edgar Kestler es director del Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva (CIESAR), Ciudad de Guatemala, Guatemala.

El aborto inseguro es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad reproductiva en países en donde el aborto es ilegal o está severamente restringido, como es el caso de Guatemala.* En estos entornos el aborto es un evento clandestino que está pobremente documentado y es difícil de estudiar. En Guatemala se ha realizado poca investigación empírica, y no se cuenta con datos a nivel nacional sobre la incidencia del aborto. Como resultado, hay una limitada conciencia pública sobre el tema del aborto inseguro, sus consecuencias para la salud de la mujer o su impacto en el sistema de atención a la salud.

En Guatemala, el aborto es ilegal excepto para salvar la vida de la mujer.¹ No obstante, la poca evidencia disponible sugiere que el aborto inducido es una práctica común. Gran parte de esta evidencia está basada en el número de mujeres hospitalizadas para el tratamiento de complicaciones de aborto. Sin embargo, se reconoce que los informes del Ministerio de Salud subestiman el número de mujeres que reciben tratamiento por complicaciones de aborto.² Una iniciativa de vigilancia epidemiológica a gran escala, como parte del Programa de Atención Postaborto del Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva (CIESAR), reportó que entre julio de 2003 y diciembre de 2004, un total de 13,928 abortos incompletos

fueron tratados en 22 hospitales públicos.³ Otros estudios basados en datos hospitalarios apoyan aún más la conclusión de que el aborto inducido es una práctica común. Un estudio de pacientes de aborto tratadas en seis hospitales entre agosto de 1993 y julio de 1994 estimó que cerca del 50% había tenido abortos inducidos;⁴ otro estudio del Ministerio de Salud realizado en 1995 encontró que 76% de las pacientes de aborto en siete hospitales había tenido un aborto previo.⁵ El tratamiento de las complicaciones de aborto resulta en costos sustanciales para los hospitales: en un estudio conducido a lo largo de cinco meses en el año 2000, en un hospital de Coatepeque, el 30% del presupuesto de maternidad y el 10% del presupuesto total del hospital fueron gastados en el tratamiento de complicaciones de aborto.⁶

Según un reciente estudio gubernamental sobre mortalidad materna, el aborto es la tercera causa más importante de muertes maternas.⁷ Un programa de vigilancia epidemiológica de cuatro años realizado en el área

*El aborto inseguro o en condiciones de riesgo se define como un procedimiento para terminar un embarazo que es efectuado ya sea por personas que carecen de las habilidades necesarias o en condiciones carentes de los estándares médicos mínimos, o ambas cosas (fuente: Organización Mundial de la Salud [OMS], *The Prevention and Management of Unsafe Abortion*, Ginebra: OMS, 1992).

metropolitana de la Ciudad de Guatemala encontró que, entre 1993 y 1996, 110 de 435 muertes maternas se debieron a infecciones, y 34 de estas muertes estuvieron relacionadas con abortos inducidos o espontáneos.⁸ El estudio no proporcionó un desglose por tipo de aborto, pero es probable que el aborto inducido fuera un factor fundamental.

En Guatemala, como en otros países, las mujeres pueden recurrir al aborto cuando tienen un embarazo no planeado. Algunas de ellas no están en capacidad de cuidar a un hijo; algunas ya tienen todos los hijos que desean; otras no quieren el embarazo porque es el resultado de sexo forzado o incesto; y también se da el caso de que la vida o la salud de algunas mujeres están en riesgo si continúan con un embarazo. Otros varios factores contribuyen al embarazo no planeado y al aborto, incluyendo información insuficiente e imprecisa acerca de la anticoncepción, un acceso inadecuado a los servicios y suministros, y una utilización de anticonceptivos incorrecta e inconsistente. Datos derivados de una encuesta realizada en 2002 mostraron que en promedio el tamaño real de la familia era 4.4, pero el tamaño deseado era de 3.7, y que el 28% de todos los nacimientos recientes eran no planeados, un nivel similar al 29% estimado para Latinoamérica.⁹ Aunque el uso general de anticonceptivos aumentó de 23% en 1987 a 43% en 2002,¹⁰ esto es todavía sustancialmente menor que el uso en la región en su conjunto (71%).¹¹ Adicionalmente, entre 1987 y 2002, la necesidad insatisfecha de anticoncepción entre las mujeres guatemaltecas en unión creció de 19% a 28%.

El gobierno de Guatemala ha promulgado recientemente políticas y planes para mejorar la salud reproductiva de la mujer, pero ningún estudio ha evaluado su impacto.¹² Sin embargo, el tema de la mortalidad materna y las dolencias resultantes del aborto inseguro no ha sido abordado apropiadamente, y la carencia de datos completos y confiables dificulta las acciones efectivas en esta materia. Debido a que el aborto inseguro es un factor crítico de la morbilidad y mortalidad materna en Guatemala, y debido a que representa un costo significativo para los exiguos presupuestos de los hospitales, es necesario contar con indicadores cuantitativos para evaluar el grado en que se practica, la forma en que afecta a la salud de la mujer, y la forma en que los servicios de salud reproductiva, incluyendo la atención postaborto, pueden ser mejorados.

En este artículo, aplicamos una metodología de estimación indirecta previamente establecida, y recurrimos a nuevos datos obtenidos de las encuestas a instituciones de salud y a profesionales de salud con el fin de generar estimaciones para los indicadores básicos del aborto inseguro en Guatemala—el número de mujeres hospitalizadas cada año para el tratamiento de complicaciones derivadas de abortos inducidos inseguros, así como estimaciones nacionales y regionales de la incidencia de abortos inducidos. Adicionalmente, combinamos estos datos sobre aborto con datos de encuestas y otras fuentes sobre la planeación de nacimientos

para obtener estimaciones de la tasa de embarazos no planeados entre las mujeres guatemaltecas.

DATOS Y MÉTODOS

Fuentes de datos

Las fuentes claves para la estimación de la incidencia de aborto fueron dos encuestas diseñadas para este estudio—una encuesta a hospitales que dan tratamiento a pacientes postaborto y otra con informantes claves conocedores del tema. El diseño y protocolos del estudio se basaron en una investigación anterior que desarrolló una metodología para estimar la incidencia del aborto, y fueron adaptados a la situación guatemalteca.¹³ Los cuestionarios para ambas encuestas fueron sometidos a pruebas previas a principios de septiembre de 2003; las encuestas fueron realizadas a partir de fines de septiembre hasta octubre de 2003. Los detalles del diseño del estudio y trabajo de campo se describen más adelante.

Otra fuente de datos fueron las Encuestas Nacionales de Salud Materno Infantil (ENSMI) de Guatemala de 1995 y 2002, las cuales proporcionan información sobre el uso de anticonceptivos, la planeación de nacimientos y la necesidad insatisfecha de anticoncepción. Los tamaños de las muestras fueron de 12,403 y 9,155 mujeres en edades de 15 a 49 años, para la ENSMI-95 y la ENSMI-2002, respectivamente. Aunque la encuesta de 1995 no incluyó la región de Petén,* ambas encuestas se basaron en muestras representativas a nivel nacional.

• *Encuesta a Instituciones de Salud.* Se obtuvo un inventario de hospitales a partir de listados del Ministerio de Salud y directorios telefónicos; esta lista se actualizó durante el trabajo de campo con información provista por las personas entrevistadas. Inicialmente se identificó un total de 225 hospitales. De éstos, un total de 42 fueron eliminados—23 no proporcionaban tratamiento para complicaciones de aborto, 13 ya no existían en el momento en que fue realizado el trabajo de campo, y seis estaban repetidos. Debido a que el número de hospitales que proporcionan atención postaborto en Guatemala es relativamente pequeño, se determinó encuestar el total de 183 hospitales elegibles—127 instituciones privadas y 56 públicas. Las instituciones públicas son aquellas operadas por cualquier dependencia gubernamental, e incluyen hospitales que son parte del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

La persona encuestada en cada hospital fue el profesional directivo que pareció ser el más conocedor acerca de la atención postaborto proporcionada en la institución, y típicamente fue el jefe del departamento de obstetricia y ginecología, o bien un obstetra-ginecólogo. En cinco de los casos, entrevistamos al profesional que seguía en orden jerárquico. Completamos las entrevistas en 178 hospitales; de los cinco casos faltantes (todos los cuales eran instituciones privadas), dos personas entrevistadas no completaron la entrevista y tres rechazaron ser entrevistadas, resultando en una tasa global de respuesta del 97%. La tasa de respuesta fue de 96% para hospitales privados y 100% para hospitales públicos.

*En Petén vive solamente el 3% de la población total del país, lo que sugiere que su exclusión de la ENSMI-1995 no afectó significativamente la representatividad de la encuesta.

La Encuesta a Instituciones de Salud proporcionó estimaciones del número de mujeres tratadas por complicaciones postaborto. Se formuló una serie de preguntas a las personas entrevistadas, incluyendo: si el tratamiento para las complicaciones de aborto era proporcionado en servicio ambulatorio o de hospitalización, o ambos; y para las categorías en las que era aplicable, el número total de pacientes postaborto (espontáneo e inducido) tratadas en forma ambulatoria o con hospitalización en un mes promedio y en el mes pasado. Al especificar estos dos periodos de tiempo se aumentó la probabilidad de que recordaran con precisión y que se captara la variación de mes a mes. Estos dos números fueron promediados y multiplicados por 12 para producir una estimación para el año calendario. Esta información constituyó la base para estimar la incidencia del aborto utilizando una metodología de estimación indirecta, que se describe más adelante.

- *Encuesta a Profesionales de la Salud.* Con base en la información proporcionada por planificadores de programa y otras partes interesadas, el equipo de investigación preparó una lista de profesionales que se sabía estaban familiarizados con los servicios postaborto, la cual cubrió todos los sectores y una amplia gama de profesiones, incluyendo médicos, encargados de formular políticas, investigadores y activistas a favor de la mujer. Se seleccionó una muestra intencional de 85 profesionales, y se entrevistó a 74 con éxito. Estos profesionales provenían de 21 de los 22 departamentos de Guatemala. (El departamento de Petén, que es también región, es muy remoto y de difícil acceso y por lo tanto no estuvo representado en la encuesta). La mayoría de estas personas estaba trabajando en áreas urbanas, pero se hizo un esfuerzo para incluir a profesionales que estaban familiarizados con las condiciones en torno al aborto en áreas rurales y entre mujeres indígenas. Del total de este grupo, 30% había trabajado en áreas rurales durante seis meses o más, y alrededor de uno de cada siete profesionales había trabajado principalmente en áreas rurales; 51% consideraba tener conocimientos acerca de poblaciones tanto indígenas como no indígenas (7% consideró tener conocimientos solamente sobre la población indígena y 42% solamente sobre población no indígena).

La Encuesta a Profesionales de la Salud fue diseñada para obtener las percepciones de los informantes claves, conocedores de varios aspectos del aborto inducido en Guatemala. Esta encuesta proporcionó la información necesaria para calcular el factor “multiplicador”, el cual se utiliza para ajustar la estimación del número de mujeres que tienen abortos inducidos para incluir a quienes pueden no sufrir complicaciones, quienes no buscan atención médica y no obtienen el tratamiento en una institución médica formal, y quienes mueren como resultado del aborto. El multiplicador se basa en una serie de factores: la distribución de todas las mujeres que buscan abortar según el tipo de proveedor de servicios; la probabilidad de que las mujeres sufran complicaciones que requieran atención médica según el tipo de proveedor; y la probabilidad de que las mujeres que tuvieron una complicación reciba atención médica en

una institución de salud.

- *Recolección de datos.* CIESAR organizó y condujo el trabajo de campo. El personal de trabajo de campo consistió en 15 mujeres médicas—tres coordinadoras regionales y 12 entrevistadoras. Las mujeres fueron seleccionadas para aplicar la encuesta porque se consideró que eran mejores entrevistadoras para temas de aborto y que tenían un mejor conocimiento sobre el aborto inseguro que los hombres. Se seleccionó a profesionales de salud como entrevistadoras porque las personas entrevistadas tienen mayor disposición a hablar sobre aborto con sus colegas que con personas ajenas a la profesión médica.¹⁴

El personal de campo se organizó en cinco equipos. Una coordinadora regional administró el equipo para la región Metropolitana, el cual incluyó a cuatro entrevistadoras; las otras dos coordinadoras estuvieron a cargo de dos grupos de dos entrevistadoras cada uno. En agosto de 2003, todo el personal asistió a un taller de capacitación de tres días de duración para familiarizarse con el estudio, los cuestionarios y las instrucciones para implementar el trabajo de campo.

- *Ajuste por encuestas no respondidas.* Debido a que la muestra era el universo de todas las instituciones de salud que proporcionan atención postaborto en Guatemala, la única ponderación necesaria fue un pequeño ajuste para compensar por las encuestas no respondidas. El factor de ponderación utilizado para las encuestas no respondidas fue el inverso de la razón entre el número de entrevistas reales y las esperadas. Los factores de ponderación para los hospitales privados fueron 1.012 para la región Metropolitana, 1.068 para las regiones Central y Nor-Oriente, 1.105 para la Sur-Occidente y 1.052 para Petén; el factor para las tres regiones restantes fue 1.000. Los datos de las instituciones de salud entrevistadas fueron ponderados con el fin de obtener estimaciones para el total de las 183 instituciones a nivel nacional.

Estimación de la incidencia del aborto inducido

Aplicando un enfoque utilizado en estudios previos,¹⁵ calculamos la incidencia del aborto inducido—primero estimamos el número anual de mujeres que reciben tratamiento por complicaciones relacionadas con el aborto, a lo cual aplicamos el multiplicador o factor de inflación que representa la proporción de mujeres que tienen un aborto pero que no necesitan tratamiento o no logran obtenerlo en una institución de salud.

- *Mujeres tratadas por complicaciones de aborto.* Mediante el uso de datos derivados de la Encuesta a Instituciones de Salud, estimamos que 27,014 mujeres guatemaltecas fueron tratadas en 2003 por complicaciones derivadas de abortos espontáneos o inducidos (Cuadro 1, página 4). Debido a que las complicaciones de abortos inducidos y espontáneos con frecuencia son similares, y debido a que las restricciones legales para el aborto inducido pueden conducir a un subregistro, es difícil categorizar correctamente los casos de postaborto conforme a la causa de la pérdida del embarazo; por lo tanto, utilizamos un enfoque de estimación indirecta para separar este total en complica-

CUADRO 1. Medidas relacionadas con el cálculo del número de mujeres tratadas en hospitales por complicaciones de aborto inducido en el año 2003, por región

Región	No. de mujeres tratadas por complicaciones de aborto*	No. de nacidos vivos	No. de abortos espontáneos†	No. de mujeres con abortos espontáneos tratadas en hospitales‡	No. de mujeres tratadas por complicaciones de abortos inducidos§
Total	27,014	405,017	13,811	5,389	21,625
Metropolitana	8,844	74,373	2,536	1,823	7,021
Norte	1,014	47,200	1,610	409	605
Nor-Oriente	2,237	35,469	1,209	514	1,723
Sur-Oriente	2,040	30,634	1,045	348	1,692
Central	3,000	41,537	1,416	670	2,330
Sur-Occidente	7,112	100,899	3,441	1,056	6,056
Nor-Occidente	2,058	59,553	2,031	408	1,650
Petén	709	15,352	524	161	548

*Incluye abortos tanto espontáneos como inducidos. †Abortos espontáneos a las 13–22 semanas de gestación, calculados como 3.41% de todos los nacidos vivos. ‡El cálculo supone que la proporción de mujeres con abortos espontáneos que obtiene tratamiento es la misma que la proporción de mujeres que da a luz en hospitales. §El número total de mujeres tratadas por cualquier complicación de aborto menos el número de las tratadas por complicaciones de abortos espontáneos. Fuentes: **Mujeres tratadas por complicaciones de aborto**—Encuesta a Instituciones de Salud. **No. de nacidos vivos**—con base en tasas de fecundidad por grupo de edad específico de la ENSMI–2002, y el número de mujeres en cada grupo quinquenal de edad, según los datos del censo de 2002. **Proporción de mujeres que da a luz en hospitales**—con base en la ENSMI–2002.

ciones de abortos espontáneos e inducidos.

Utilizamos datos disponibles sobre el patrón biológico de todos los abortos espontáneos (no relacionados con la hospitalización), establecido por estudios clínicos¹⁶ con el fin de estimar indirectamente el número de mujeres guatemaltecas que tuvieron abortos espontáneos tardíos (entre las semanas 13 y 22 de gestación); se supone que estas mujeres necesitan atención médica en una institución de salud.* Los abortos espontáneos entre las semanas 13 y 22 representan el 2.9% de todos los embarazos reconocidos, y los nacidos vivos corresponden al 84.8%; por lo tanto, esos abortos espontáneos tardíos equivalen al 3.4% de todos los nacidos vivos. El número de nacimientos en Guatemala correspondiente a 2003 se estimó con base en las fuentes más recientes de este tipo de datos¹⁷—las tasas de fecundidad específicas por edad a partir de la ENSMI–2002, y las estimaciones del número de mujeres en cada grupo quinquenal de edad, tanto a nivel nacional y para cada región, a partir del censo de 2002. Con base en estos cálculos, se estima que 405,017 nacidos vivos y 13,811 abortos espontáneos tardíos ocurrieron en Guatemala en 2003.

Fue necesario un ajuste adicional debido a que solamente

*Aunque algunas mujeres que sufren la pérdida espontánea de sus embarazos a las 12 semanas de gestación o menos pueden buscar atención médica, es probable que muchas de ellas lo hagan a través de un servicio ambulatorio, por lo que relativamente pocas serán hospitalizadas. Las pérdidas de embarazo a las 23 semanas o más no se tienen en cuenta porque usualmente éstas son clasificadas como muertes fetales en lugar de abortos espontáneos.

†Esta proporción varió por región, y para los cálculos se utilizaron proporciones específicas por región: 72% en la región Metropolitana, 25% en Norte, 43% en Nor-Oriente, 33% en Sur-Oriente, 47% en Central, 31% en Sur-Occidente, 20% en Nor-Occidente y 31% en Petén (fuente: referencia 10).

‡El número de mujeres hospitalizadas se estimó en 5,389 (13,811 x 39.02%). No se utilizó la información disponible sobre semanas de gestación de todas las pacientes postaborto de un estudio realizado en 22 hospitales públicos (fuente: referencia 3), porque esos datos son para abortos tanto espontáneos como inducidos, y porque no se sabe cuán representativas son las 22 instituciones del total de 178 instituciones encuestadas que proporcionan atención postaborto en Guatemala.

cierta proporción de mujeres que necesitan tratamiento por complicaciones debidas a abortos espontáneos tardíos tiene acceso a una institución de salud. Supusimos que esta proporción era equivalente a la proporción de mujeres que dan a luz en un hospital (39%) en Guatemala.^{†18} Estimamos que 5,389 mujeres reciben tratamiento en instituciones de salud cada año debido a complicaciones de abortos espontáneos.‡ Por lo tanto, 21,625 mujeres son tratadas por complicaciones de abortos inducidos inseguros cada año en todas las instituciones de salud públicas y privadas.

- **Número de abortos inducidos.** Para estimar el número total de abortos, derivamos un factor de ajuste nacional que representa el número de otros abortos inducidos que ocurren por cada mujer que recibe tratamiento hospitalario por complicaciones de aborto inducido. Este multiplicador es una función del grado de seguridad de los servicios de aborto y del acceso a la atención hospitalaria. En entornos donde los servicios de aborto son seguros y de fácil acceso, el multiplicador es alto, debido a que por cada mujer que recibe tratamiento por aborto inducido inseguro, hay muchas otras que no padecen complicaciones y, por lo mismo, no requieren o reciben atención médica. De la misma forma, mientras menos seguros y accesibles son los servicios de aborto, más bajo es el multiplicador, porque más mujeres tienen complicaciones serias y requieren o reciben tratamiento.

Derivamos el multiplicador a partir de la información obtenida en la Encuesta a Profesionales de la Salud. Las proporciones reportadas de mujeres que obtienen abortos, por tipo de proveedor de servicios, fueron multiplicadas por la proporción de mujeres que se esperaría que desarrollaran complicaciones, por tipo de proveedor. La proporción total resultante de mujeres que tienen abortos y que sufren una complicación sería fue entonces multiplicada por la proporción de mujeres que tienen probabilidad de obtener atención en un hospital. Debido a que las condiciones varían significativamente en función del nivel socioeconómico y el lugar de residencia, estas preguntas fueron formuladas en forma separada respecto a cada uno de los cuatro subgrupos de mujeres: urbanas pobres y no pobres, y rurales pobres y no pobres. Los anteriores cálculos se realizaron para cada subgrupo, produciendo la proporción de mujeres que se espera sean hospitalizadas por complicaciones de aborto. Estas proporciones fueron ponderadas por el tamaño relativo de los cuatro grupos a nivel nacional, con el fin de obtener un factor de ajuste para el país en su conjunto.

Debido a que la experiencia directa en el tratamiento de mujeres con complicaciones de aborto puede influenciar las percepciones de los informantes claves, estimamos el factor de ajuste para diferentes grupos de personas entrevistadas: los médicos (i.e., los directamente involucrados en la atención clínica) y los no médicos, y los que trabajan primordialmente en el sector público (el cual recibe el mayor número de pacientes postaborto y los casos más severos) y los que trabajan en el sector privado. Los resultados indican que los informantes claves que son médicos y que

CUADRO 2. Medidas de la atención postaborto y morbilidad por aborto, por sector y región

Medida	Total	Público	Privado	Metropo- litana	Norte	Nor- Oriente	Sur- Oriente	Central	Sur- Occidente	Nor- Occidente	Petén
Disponibilidad de la atención postaborto											
Número total de instituciones*	183	56	127	51	9	28	9	20	43	13	10
No. de instituciones por 100,000 mujeres de 15 a 49 años	6.7	2.0	4.7	7.3	4.0	12.3	4.2	6.8	6.8	3.8	12.7
No. de camas en instituciones por 100,000 mujeres de 15 a 49 años	279	207	72	395	184	363	217	312	234	169	331
% de instituciones que ofrece solamente atención mediante servicios de hospitalización†	61	70	57	54	44	59	78	80	60	54	75
% de instituciones que ofrece procedimientos de aspiración endouterina‡	30	54	20	27	25	30	11	35	34	39	38
No. anual de complicaciones de aborto por institución§											
Todas las instituciones	148	365	52	175	127	79	227	150	158	158	86
Sector público	365	na	na	891	145	188	600	472	380	199	144
Sector privado	52	na	na	60	72	36	40	43	58	66	32
Morbilidad anual por aborto											
Total§											
No. de complicaciones tratadas en todas las instituciones	27,014	20,460	6,553	8,844	1,014	2,237	2,040	3,000	7,112	2,058	709
Tasa de complicaciones tratadas en todas las instituciones por 1,000 mujeres de 15 a 49 años	9.9	7.5	2.4	12.6	4.6	9.8	9.4	10.2	11.2	6.0	9.0
Abortos inducidos											
No. de complicaciones tratadas en todas las instituciones	21,625	16,380**	5,243**	7,021	605	1,723	1,692	2,330	6,056	1,650	548
Tasa de complicaciones tratadas en todas las instituciones por 1,000 mujeres de 15 a 49 años	8.0	na	na	10.0	2.7	7.6	7.8	7.9	9.6	4.8	7.0
No. total de mujeres de 15 a 49 años (en 000s)	2,718	na	na	703	222	227	216	296	633	342	78

*Todas las instituciones proporcionan tratamiento para las complicaciones de aborto. †Ciento ocho instituciones ofrecen solamente atención mediante hospitalización, de las cuales 52 están ubicadas en dos regiones (27 en la región Metropolitana y 25 en Sur-Occidente). El número de instituciones en las diferentes regiones varía entre cuatro y 27. ‡Cincuenta y tres instituciones ofrecen aspiración endouterina, 13 de las cuales están ubicadas en la región Metropolitana y 14 en Sur-Occidente. El número de instituciones en las diferentes regiones varía entre uno y 14. §Incluye complicaciones de aborto espontáneo e inducido. **Suponiendo que las instituciones públicas tratan el 76% de las pacientes con complicaciones de aborto (20,460/27,014=75.7%) y las instituciones privadas el 24% restante (6,553/27,014=24.3%). Nota: na=no aplicable. Fuente: **No. total de mujeres de 15 a 49 años**—referencia 17.

trabajan en el sector público perciben que la probabilidad de complicaciones médicas es mayor (resultando en multiplicadores más bajos) que los que no son médicos y que no trabajan en el sector público (multiplicadores de 2.47 y 2.26, vs. 3.00 y 3.13, respectivamente).¹⁹ Aquellas personas que están directamente involucradas en la atención clínica tienen mayor probabilidad de ser influenciadas por las complicaciones postaborto agudas y severas que tratan; como resultado, estas personas pueden exagerar el grado en el que la provisión de servicios de aborto es insegura y es probable que su estimación del multiplicador sea baja. En contraste, aquellas personas entrevistadas que no tienen contacto directo con la atención postaborto tienen mayor probabilidad de proporcionar una perspectiva más completa, representativa y precisa sobre la situación general del aborto. Por lo tanto, basamos las estimaciones del aborto en Guatemala en el multiplicador de 3, reflejando las respuestas del último grupo de personas entrevistadas.

Con base en los supuestos que fundamentan nuestras estimaciones del número total de abortos en Guatemala, calculamos una variedad de estimaciones utilizando los multiplicadores 2, 3 y 4, a nivel nacional y para cada región. El punto medio se considera la estimación más precisa. Debido a que el multiplicador depende tanto del grado de

seguridad de los servicios de aborto como del acceso a la atención hospitalaria, la variedad de estimaciones para cada región proporciona una indicación de la posible variación dentro de las regiones, con base en sus circunstancias específicas.

Estimación de embarazos no planeados

Para estimar números y tasas de embarazos no planeados, primero calculamos el número de nacimientos no planeados aplicando la proporción de nacimientos no planeados (es decir, los imprevistos pero deseados más tarde y los no deseados, a partir de la ENSMI-2002) al número total estimado anual de nacidos vivos. Al combinar este número con el número de abortos inducidos se obtuvo una estimación del número de embarazos no planeados para 2003. Entonces calculamos la tasa de embarazos no planeados por 1,000 mujeres en edad reproductiva y la proporción de embarazos que no fueron planeados.

Medición del uso y necesidad insatisfecha de anticonceptivos

Obtuvimos la proporción de mujeres que usan anticonceptivos a partir de la ENSMI-1995 y la ENSMI-2002. Consideramos separadamente los métodos modernos (esterilización masculina y femenina, DIU, píldoras, inyectables,

CUADRO 3. Número de mujeres de 15 a 49 años tratadas en hospitales por complicaciones de aborto inducido; y número estimado de abortos inducidos, por multiplicador para tomar en cuenta las mujeres no tratadas en hospitales; todo según región

Región	No. de mujeres tratadas	No. estimado de abortos inducidos		
		2	3	4
Total	21,625	43,349	64,974	86,599
Metropolitana	7,021	14,073	21,094	28,114
Norte	605	1,213	1,818	2,424
Nor-Oriente	1,723	3,454	5,177	6,900
Sur-Oriente	1,692	3,392	5,084	6,776
Central	2,330	4,671	7,001	9,331
Sur-Occidente	6,056	12,139	18,195	24,251
Nor-Occidente	1,650	3,307	4,957	6,607
Petén	548	1,099	1,647	2,196

implantes, condones y espermicidas) y los métodos tradicionales (abstinencia periódica, retiro y métodos específicos del país, incluyendo el método de lactancia y amenorrea cuando es mencionado). Presentamos datos para mujeres casadas (legal o consensualmente) y para mujeres solteras que en el momento actual son sexualmente activas (definidas como mujeres que han tenido una relación sexual en los últimos tres meses). Utilizando estas dos encuestas, también estimamos la necesidad insatisfecha de anticonceptivos entre mujeres casadas en edades de 15 a 49 años.

RESULTADOS

Provisión de Atención Postaborto

Las 183 instituciones de salud que tratan complicaciones postaborto están distribuidas de manera desigual en todo el país, estando concentradas en las regiones Sur-Occidente y Metropolitana (43 y 51 instituciones, respectivamente—Cuadro 2, página 5). El número promedio de instituciones por 100,000 mujeres en edades de 15 a 49 años también varía sustancialmente entre regiones. Las regiones Nor-Oriente y Petén tienen 12–13 instituciones por 100,000 mujeres, mientras que este promedio es mucho más bajo en las regiones Metropolitana, Central y Sur-Occidente (siete instituciones por 100,000 mujeres), y aún más bajo en las tres regiones restantes (cuatro por 100,000). Sin embargo, las regiones se clasificaron de manera diferente con base en una medida más exacta de la disponibilidad de servicios postaborto, el número

de camas por 100,000 mujeres: la región Metropolitana tiene la mejor disponibilidad (395 camas por 100,000), seguida por las regiones Nor-Oriente, Central y Petén (312–363 camas por 100,000). Las otras cuatro regiones tienen una disponibilidad más pobre (169–234 camas por 100,000). El número promedio anual de pacientes de aborto tratadas por institución es más alto en la región Sur-Oriente (227), algo más bajo en cinco regiones (127–175), y mucho más bajo en Nor-Oriente y Petén (79–86).

De 183 instituciones encuestadas que ofrecen atención postaborto, 69% está en el sector privado y 31% en el sector público (no se muestra). Aunque las instituciones privadas superan en número a las públicas, anualmente el número de casos de complicaciones de aborto atendidos por institución es siete veces más alto en las instituciones públicas que en las privadas (365 vs. 52 pacientes). El sector público proporciona tratamiento a 76% de todas las pacientes postaborto, y tiene 74% de todas las camas hospitalarias. Seis de cada 10 del total de instituciones proporcionan solamente atención postaborto con hospitalización; la mayoría de las otras instituciones proporcionan atención postaborto tanto con servicios de hospitalización como con servicios ambulatorios. Cerca de un tercio de todas las instituciones ofrece el procedimiento de aspiración endouterina, pero apenas la mitad de las instituciones públicas lo ofrece, y tan sólo una quinta parte de las instituciones privadas. Casi todas las instituciones utilizan el procedimiento de legrado (dilatación y curetaje).

Morbilidad por aborto

En 2003, un total de 27,014 mujeres en edad reproductiva recibieron atención postaborto (incluyendo tratamiento tanto para abortos espontáneos como inducidos) en instituciones de salud en Guatemala. A nivel nacional, la tasa anual de complicaciones de aborto tratadas en instituciones de salud formales fue de 10 por 1,000 mujeres; la tasa fue más alta en la región Metropolitana (13 por 1,000), mucho más baja en las regiones Norte y Nor-Occidente (5–6 por 1,000), y moderada en las cinco regiones restantes (9–11 por 1,000).

Restando el número estimado de mujeres que recibieron tratamiento por complicaciones de aborto espontáneo del número total de mujeres que recibieron tratamiento, da como resultado que 21,625 mujeres recibieron tratamiento por complicaciones derivadas de abortos inducidos. Esto significa que, anualmente, ocho de cada 1,000 mujeres en edad reproductiva son hospitalizadas por complicaciones derivadas de abortos inseguros. La morbilidad por aborto inseguro tratada en las instituciones de salud fue algo más alta que el promedio en las regiones Metropolitana y Sur-Occidente (tasa de 10 hospitalizaciones por 1,000 mujeres), cerca del promedio en las regiones Nor-Oriente, Sur-Oriente, Central y Petén, y más baja que el promedio en las regiones Norte y Nor-Occidente (3–5 por 1,000).

Según datos de la Encuesta a Profesionales de la Salud, se estima que alrededor de dos tercios de los abortos de las mujeres urbanas de posición económica relativamente

CUADRO 4. Tasa estimada de aborto y razón estimada de aborto en 2003, por multiplicador para tomar en cuenta las mujeres no tratadas en hospitales, según región

Región	Tasa de aborto			Razón de aborto		
	2	3	4	2	3	4
Total	16	24	32	11	16	21
Metropolitana	20	30	40	19	28	38
Norte	6	8	11	3	4	5
Nor-Oriente	15	23	30	10	15	20
Sur-Oriente	16	24	31	11	17	22
Central	16	24	32	11	17	23
Sur-Occidente	19	29	38	12	18	24
Nor-Occidente	10	15	19	6	8	11
Petén	14	21	28	7	11	14

Notas: La tasa de aborto es el número de abortos inducidos por 1,000 mujeres de 15 a 49 años, por año. La razón de aborto es el número de abortos inducidos por 100 nacidos vivos.

acomodada son llevados a cabo por profesionales de salud capacitados, tales como médicos, enfermeras o comadronas certificadas (no se muestra); sin embargo, se considera que solamente alrededor de cuatro de cada 10 abortos entre mujeres no pobres en áreas rurales son realizados por profesionales, y aproximadamente la misma proporción son realizados por proveedores menos seguros, en especial por comadronas tradicionales.²⁰ Las mujeres pobres (en el medio rural o urbano) y las mujeres indígenas presentan una distribución similar de acuerdo con el tipo de proveedor de servicios de aborto.* Se considera que estos grupos en desventaja obtienen los servicios de abortos principalmente de comadronas tradicionales (49–63%), y solamente el 15% o menos acude a una o las dos categorías de proveedores más capacitados (médicos y enfermeras o comadronas certificadas); una pequeña proporción acude a los farmacéuticos o se induce el aborto. Sin embargo, los procedimientos realizados por proveedores capacitados con poca experiencia o que trabajan en entornos carentes de higiene también pueden resultar en complicaciones. Adicionalmente, una proporción sustancial de abortos en todos los subgrupos de mujeres implica un alto riesgo de complicaciones debido a que son llevados a cabo por proveedores de servicios no capacitados (curanderos, proveedores empíricos, farmacéuticos o las propias mujeres).

Incidencia de aborto

Se estima que alrededor de 65,000 abortos inducidos ocurrieron en Guatemala en 2003 (Cuadro 3, página 6). Esta es la estimación promedio en un rango que fluctúa entre 43,000 y 87,000 (utilizando multiplicadores de 2, 3 y 4). La estimación media indica que, en promedio, una mujer es hospitalizada por cada tres que obtienen abortos inducidos. Consideramos que esta estimación es la mejor aproximación del número de abortos inducidos.

La tasa de aborto estimada a nivel nacional en 2003 es 24 abortos inducidos por 1,000 mujeres en edades de 15 a 49 años (con base en el multiplicador medio de 3—Cuadro 4, página 6); la estimación baja es de 16 por 1,000 y la estimación alta es de 32 por 1,000 (con base en multiplicadores de 2 y 4, respectivamente). Las tasas son más altas que el promedio en las regiones Sur-Occidente y Metropolitana (29–30 por 1,000 mujeres, con base en el multiplicador de 3), seguida por las regiones Nor-Oriente, Sur-Oriente, Central y Petén (21–24 por 1,000). Las regiones Norte y Nor-Occidente tienen tasas sustancialmente menores (8–15 por 1,000).

Se estima que la razón de aborto está entre 11 y 21 abortos por 100 nacidos vivos, con un valor promedio de 16 por 100. Esto significa que en Guatemala en su conjunto y en las cuatro regiones con tasas promedio (Nor-Oriente, Sur-Oriente, Central y Sur-Occidente), alrededor de un embarazo termina en aborto inducido por cada seis que terminan en un nacimiento. En la región Metropolitana, sin embargo, hay un aborto inducido por cada cuatro nacidos vivos. Las razones de aborto más bajas se encuentran en las regiones Norte, Nor-Occidente y Petén, en donde ocurren uno o menos abortos por cada 10 nacidos vivos.

CUADRO 5. Porcentaje de nacidos vivos que fueron no deseados, imprevistos y no planeados en el momento en que la mujer quedó embarazada, por año, según región

Región	No deseados		Imprevistos		No planeados	
	1995	2002	1995	2002	1995	2002
Total	11	14	18	14	29	28
Metropolitana	15	11	22	16	37	27
Norte	12	16	15	16	27	32
Nor-Oriente	15	17	16	13	31	30
Sur-Oriente	15	16	21	16	36	32
Central	9	15	21	21	30	36
Sur-Occidente	8	14	15	13	23	27
Nor-Occidente	7	10	12	8	19	18
Petén	nd	19	nd	9	nd	29

Notas: Los nacimientos no planeados son la suma de los nacimientos no deseados y los imprevistos. Los porcentajes se basan en los nacidos vivos en los cinco años previos a la entrevista. La región de Petén no fue incluida en la ENSMI–1995. nd=no disponible.

El aborto en el contexto del embarazo no planeado

Para comprender el contexto en el que ocurren los abortos inducidos en Guatemala, es importante examinar el estado de la planeación de nacimientos recientes. Aunque la proporción global de nacimientos no planeados (los imprevistos y los no deseados en el momento de la concepción) ha permanecido igual de 1995 a 2002 (28–29%—Cuadro 5), las tasas han aumentado en un 15–16% en tres regiones (Central, Norte y Sur-Occidente), y disminuido en 13% y 27% en dos regiones (Sur-Oriente y Metropolitana, respectivamente).

Se estima que cada año ocurren en Guatemala unos 557,000 embarazos (Cuadro 6, página 8); 12% resulta en abortos inducidos, 16% en abortos espontáneos y el 72% restante son nacimientos (no se muestra). La amplia variación en el número de embarazos entre regiones refleja diferencias en tamaño poblacional y en las tasas de embarazo.

En 2003, ocurrieron 66 embarazos no planeados por 1,000 mujeres a nivel nacional, y un tercio del total de embarazos no fue planeado. Con excepción de dos regiones, todas tienen tasas de embarazos no planeados más altas que el promedio (68–77 por 1,000). La región Nor-Occidente tiene una tasa de embarazos no planeados notablemente menor que el promedio (46 por 1,000), así como la proporción más baja de embarazos no planeados (21%). La región Metropolitana tiene una tasa de embarazos no planeados algo más baja que el promedio (59 por 1,000), pero un porcentaje de embarazos no planeados más alto que el promedio (37%), lo que presumiblemente refleja tanto su alto nivel de uso anticonceptivo como el más alto nivel educativo de su población, la cual probablemente está más motivada a satisfacer sus preferencias de fecundidad.

En general, en 2003 ocurrieron 205 embarazos por 1,000 mujeres de 15 a 49 años de edad. La tasa de embarazo varió sustancialmente entre regiones, siendo la más baja en la región Metropolitana (160 por 1,000) y la más alta en Petén

*Cincuenta y cuatro por ciento de la población de Guatemala vive en áreas rurales, y 41% de la población es indígena (fuente: Instituto Nacional de Estadística, *Censo 2002: XI de Población y VI de Habitación*, <http://www.ine.gob.gt/content/consul_2/pob/censo2002.pdf>, revisado el 11 de agosto de 2006).

CUADRO 6. Estimaciones del número de embarazos, tasa de embarazos no planeados, porcentaje de embarazos que fueron no planeados y tasa de embarazo, por región, 2003

Región	No. de embarazos	Tasa de embarazos no planeados*	% de embarazos que fueron no planeados	Tasa de embarazo†
Total	557,492	66	32	205
Metropolitana	112,451	59	37	160
Norte	58,640	77	29	264
Nor-Oriente	48,258	70	33	212
Sur-Oriente	42,353	68	35	196
Central	57,546	75	38	195
Sur-Occidente	141,093	72	32	223
Nor-Occidente	76,916	46	21	225
Petén	20,234	77	30	258

*Número de embarazos no planeados (nacimientos no planeados + abortos) por 1,000 mujeres de 15 a 49 años, por año. †Número de embarazos (nacidos vivos + abortos inducidos + abortos espontáneos) por 1,000 mujeres de 15 a 49 años, por año. La pérdida espontánea de embarazos fue estimada usando una fórmula que se basa en el patrón biológico de la pérdida de embarazos: 10% de abortos y 20% de nacidos vivos. *Notas:* Se supuso que las tasas de fecundidad por grupo de edad y la planeación de nacimientos obtenidos de la ENSMI-2002 eran aplicables al año 2003; las estimaciones de población para 2003 son del censo de 2002.

y Norte (258 y 264 por 1,000, respectivamente).

DISCUSIÓN

La tasa de aborto en Guatemala—24 por 1,000 mujeres en edad reproductiva—es similar a la tasa estimada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para Centroamérica.²¹ Sin embargo, aunque la tasa global en Guatemala es sustancialmente menor que la de Latinoamérica correspondiente al año 2000 (34 por 1,000 mujeres),²² las dos regiones más populosas del país—las regiones Metropolitana y Sur-Occidente—tienen tasas de aborto más próximas a la estimación regional de la OMS para Latinoamérica correspondiente al año 2000 y a las tasas que prevalecieron en algunos países latinoamericanos alrededor de 1990.²³

Hace varias décadas, las condiciones de la provisión de servicios de aborto en Latinoamérica se consideraban muy inseguras. Un estudio realizado en Chile en 1965 estimó que uno de cada tres abortos resultaba en serias complicaciones que requerían hospitalización.²⁴ El mismo nivel de riesgo se estimó para Guatemala en 2003, lo cual sugiere que la provisión de servicios de aborto en este país es también muy insegura, aun más insegura que en otras naciones latinoamericanas en años recientes: las estimaciones para seis países a principio de los noventa indicaron que aproximadamente uno de cada cinco abortos resultaba en una complicación que era tratada en un hospital.²⁵ Una evidencia adicional de los servicios inseguros de aborto en Guatemala es la alta tasa anual de hospitalización debida a complicaciones de aborto inducido (ocho por 1,000). La carga de la atención postaborto recae principalmente en el sector público, el cual en 2003 proporcionó tratamiento a tres de cada cuatro de las casi 22,000 mujeres que fueron hospitalizadas con complicaciones de abortos inducidos.

Los factores demográficos—especialmente las preferencias sobre el tamaño de la familia y el momento de los nacimientos, así como los patrones de uso anticonceptivo—

pueden explicar la variación en las tasas de aborto a lo largo del país. La región Metropolitana, que tiene una tasa de aborto más alta que el promedio (30 por 1,000), también tiene la tasa más alta de uso anticonceptivo (60%), la tasa más baja de necesidad insatisfecha en anticoncepción (18%) y una reducida brecha entre el tamaño real y deseado de la familia (3.2 vs. 2.8).²⁶ Esta región también tiene una tasa de embarazos no planeados más baja que el promedio, pero una proporción mayor que el promedio de embarazos no planeados que terminan en aborto (50% vs. 10–40% en otras regiones). La educación podría estar incidiendo en el alto nivel de esta tasa, porque mientras más educación tiene la mujer, más alta es su motivación para terminar un embarazo no planeado y mayor el acceso que tiene a los servicios. En la región Metropolitana, el 52% de las mujeres en edades entre 15 y 49 años tiene secundaria o un nivel educativo más alto, mientras que esta proporción es 21% o menor en las otras regiones.²⁷ En la región Sur-Occidente, en donde la tasa de aborto también es mayor que el promedio (29 por 1,000), están presentes otros factores potenciales: el uso de anticonceptivos es menor que el promedio (36%), la proporción de mujeres con necesidad insatisfecha está entre las más altas en el país (34%), y la brecha entre el tamaño real y deseado de la familia (5.0 vs. 4.2) es más grande que en la región Metropolitana. En las regiones Norte y Nor-Occidente, las tasas de fecundidad tanto real como deseada son mucho más altas que el promedio; las tasas de aborto son bajas (ocho y 15 por 1,000 mujeres, respectivamente), y las tasas de uso anticonceptivo también son bajas (32% y 27%, respectivamente).²⁸

A nivel nacional, las mujeres están teniendo familias más pequeñas; el promedio descendió de 5.6 hijos en 1987 a 4.4 hijos en 2002.²⁹ Al mismo tiempo, el tamaño deseado de la familia también disminuyó de 4.9 a 3.7, y la brecha entre el número de hijos que tienen realmente y el número que desean continúa siendo sustancial. El número estimado de embarazos que terminan en aborto (uno en ocho) y el alto nivel de embarazos no planeados (32%) indican que, probablemente, la necesidad insatisfecha de servicios anticonceptivos en Guatemala sea alta. Otra evidencia indica que la necesidad insatisfecha en anticoncepción en todas las regiones del país aumentó entre 1987 y 2002. En 1987, aproximadamente una de cada cinco mujeres casadas en edades entre 15 y 49 años de edad no querían tener un hijo pronto o no tenerlo del todo, pero no estaban usando un método anticonceptivo (19%); esta proporción aumentó a 24% en 1995 y a 28% en 2002.³⁰ En las regiones Metropolitana y Central, la necesidad insatisfecha aumentó en un 20% o menos en el mismo período, pero en las regiones restantes aumentó entre un 36% y un 45%.

El uso relativamente bajo de anticonceptivos en Guatemala puede ser atribuido a una serie de factores: falta de conocimiento de los métodos anticonceptivos y de las fuentes en donde pueden obtener los servicios, así como las barreras relacionadas con el origen étnico, pobreza y falta de acceso a los servicios de salud. En 2000, el 45% del total de mujeres no conocía método anticonceptivo alguno.*³¹

*La ENSMI-2002 reportó que el 92% del total de mujeres estaba consciente de al menos un método; esta diferencia probablemente se debe a que las entrevistadoras indagaron a profundidad sobre cada método específico.

La falta de conocimiento fue mayor en las áreas rurales (56%), entre las mujeres indígenas (66%), y en las regiones Nor-Occidente, Norte y Sur-Occidente (78%, 57% y 52%, respectivamente). Estos altos niveles de conocimiento inadecuado probablemente están relacionados con la tradicional resistencia del gobierno a proveer servicios de planificación familiar en las instituciones públicas de salud.³² Aunque el gobierno aprobó recientemente una ley de planificación familiar que garantiza el acceso universal y equitativo a los métodos voluntarios de planificación familiar y a la educación sexual adecuada, todavía existe una fuerte oposición por parte de grupos religiosos y conservadores en contra de la implementación de la ley.³³

La pobreza extrema es otra barrera que dificulta aún más el acceso a los anticonceptivos y a las instituciones de salud. Más de la mitad de las familias guatemaltecas vive por debajo de la línea de pobreza (56%, incluyendo 16% que no puede pagar una canasta básica de alimentos), y la pobreza es aún mayor entre la población indígena (76% y 27%, respectivamente).³⁴ Adicionalmente, las instituciones públicas de salud tienden a ser subutilizadas debido a la baja calidad de sus servicios. La gente que puede pagar los servicios con frecuencia prefiere acudir a las instituciones privadas, y la gente más pobre frecuentemente depende de la atención que le pueden dar los miembros de su familia o de la auto-medicación.³⁵ Considerando que el 41% de la población guatemalteca es indígena, predominantemente de ascendencia maya, las campañas de planificación familiar deben tomar en cuenta los valores y creencias mayas. Además, dado que Guatemala todavía es un país mayoritariamente rural (54% de su población vive en áreas rurales), existe una gran necesidad de mejorar la disponibilidad de y el acceso a los servicios anticonceptivos, así como la calidad de los servicios en esas áreas.

Limitaciones

Documentar la incidencia de aborto es muy difícil en países donde el aborto es altamente restringido por la ley y donde los datos oficiales pueden no existir o estar incompletos. Algunos investigadores han desarrollado metodologías de estimación indirecta en respuesta a la necesidad de tales estimaciones.³⁶ Aunque la presente metodología ha sido ampliamente utilizada y probada en varios países en los últimos 15 años, depende de una serie de supuestos, como se indicó anteriormente. Debido a que, con frecuencia, las mujeres reportan en forma incompleta el uso que hacen de los servicios de aborto, dependemos de las percepciones de los profesionales de la salud quienes tienen conocimientos acerca de la provisión de servicios de aborto para estimar la proporción del total de mujeres que tienen abortos y que serán hospitalizadas para el tratamiento de complicaciones. Por ello, seleccionamos a informantes claves que tienen una amplia gama de experiencias y que están familiarizados con el contexto del aborto en áreas rurales y urbanas; se obtuvo igualmente información sobre las diferencias según el nivel de pobreza y origen étnico para mejorar las estimaciones.

También dependemos de los funcionarios directivos de los hospitales para estimar el número de mujeres tratadas en sus instituciones por complicaciones postaborto en el mes pasado y en un mes promedio. Es probable que sus estimaciones sean aproximadas, pero es improbable que en general estén sesgadas. La comparación con un programa de vigilancia epidemiológica en 22 hospitales públicos proporciona algún soporte para las estimaciones de este estudio sobre el número de mujeres tratadas por complicaciones postaborto.³⁷ El programa de vigilancia epidemiológica cubrió un período de 18 meses (julio de 2003 a diciembre de 2004), mientras que nuestra estimación fue para los 12 meses de 2003. Después de hacer los ajustes necesarios para tener un período comparable de 12 meses, el número de abortos incompletos reportados en nuestro estudio fue muy similar—sólo un 17% mayor que el número reportado en el estudio de vigilancia epidemiológica. Varios factores pueden explicar esta diferencia. El programa de vigilancia extrajo información de registros médicos de pacientes a quienes se les había diagnosticado haber tenido, o probablemente haber tenido, un aborto incompleto, mientras que nosotros solicitamos a informantes claves en cada hospital que estimaran el número de pacientes tratadas por complicaciones de aborto mediante servicios ambulatorios o de hospitalización. Además, los diferentes períodos de calendario cubiertos pueden resultar en algunas diferencias en el número de pacientes. Adicionalmente, a pesar de los esfuerzos para minimizar el subregistro en el estudio de vigilancia epidemiológica, es posible que algunos casos no hayan sido tomados en cuenta, especialmente de pacientes ambulatorias. En contraste, nuestra encuesta a instituciones preguntó específicamente sobre el tratamiento postaborto proporcionado con base en servicios ambulatorios.

Conclusiones

Las nuevas estimaciones de la incidencia de los embarazos no planeados en Guatemala deben ayudar a elevar la conciencia entre quienes formulan las políticas y gerentes de programa sobre la dificultad que las mujeres y las parejas tienen en planificar sus embarazos y nacimientos. Estas estimaciones destacan el inadecuado acceso a la información y los servicios anticonceptivos. El aumento, ocurrido entre 1987 y 2002, en la proporción de mujeres casadas que tienen una necesidad insatisfecha de anticoncepción es una indicación adicional de que, de manera creciente, la provisión de servicios de planificación familiar está quedando rezagada respecto a la demanda, conforme continúa creciendo la motivación de tener familias más pequeñas. Las estimaciones nacionales y regionales de la incidencia de aborto y morbilidad por aborto, ahora disponibles por primera vez, proporcionan evidencia de que el aborto inseguro está ocurriendo en todas partes del país y está teniendo un impacto sustancial en la salud de la mujer.

Hay una necesidad crítica de un esfuerzo integral y coordinado para ayudar a la gran cantidad de mujeres que quieren tener familias más pequeñas y espaciar los nacimientos pero que no practican la anticoncepción y están,

por ello, en alto riesgo de embarazos no planeados y abortos inseguros. La variación en las preferencias de fecundidad entre las regiones, así como en la incidencia de embarazos no planeados y abortos, sugiere la necesidad de políticas y programas sustentados en información y con enfoques innovadores. Las respuestas gubernamentales deben también abordar las necesidades especiales de las mujeres y parejas que son pobres, viven en el medio rural y son de origen indígena.

REFERENCIAS

1. Código Penal de Guatemala Decreto No. 17-73, Artículos 133 y 137, 1999.
2. Figueroa W y Schieber B, *Study of the use of financial resources in reproductive health and post-abortion care, Final Report*, Nueva York: Population Council, 2001.
3. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva (CIESAR), Expansión de la atención postaborto en 22 hospitales departamentales de Guatemala: 18 meses de resultados, *Boletín del Programa Nacional de Atención Postaborto*, 2005, Vol. 1, No. 4; y Kestler E et al., Scaling up post-abortion care in Guatemala: initial successes at national level, *Reproductive Health Matters*, 2006, No. 27, pp. 138-147.
4. Grajeda R et al., Estudio multicentro sobre el aborto, país Guatemala, Organización Mundial de la Salud (OMS), documento no publicado, 1995 (publicación INCAP DCE/020).
5. Figueroa W y Schieber B, 2001, op. cit. (ver referencia 2).
6. *Ibid.*, p. 12.
7. MSPAS, *Informe Final: Línea Basal de Mortalidad Materna para el Año 2000*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: MSPAS, 2003.
8. Kestler E y Ramirez L, Pregnancy-related mortality in Guatemala, 1993-1996, *Pan American Journal of Public Health*, 2000, 7(1):41-46.
9. Alan Guttmacher Institute (AGI), *Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide*, Nueva York: AGI, 1999, p. 42.
10. MSPAS et al., *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2002*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: MSPAS, 2003.
11. División de Población de las Naciones Unidas (ONU), World contraceptive use, 2003, gráfico mural, Nueva York: ONU, 2004.
12. Ley de Desarrollo Social, Artículo 26, No. 5, Ciudad de Guatemala, Guatemala, 2001; Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN), Política de Desarrollo Social y Población, Ciudad de Guatemala, Guatemala: SEGEPLAN, 2002; y Secretaría Presidencial de la Mujer, Política Nacional de Promoción y Desarrollo de las Mujeres Guatemaltecas y Plan de Equidad de Oportunidades, 2001-2006, Ciudad de Guatemala, Guatemala, 2001.
13. Singh S y Wulf D, Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 1994, pp. 3-13; y Singh S et al., The incidence of induced abortion in Uganda, *International Family Planning Perspectives*, 2005, 31(4):183-191.
14. Kestler E y Ramirez L, Informe técnico parcial, documento no publicado, Ciudad de Guatemala, Guatemala: CIESAR, 2004.
15. Henshaw SK et al., The incidence of induced abortion in Nigeria, *International Family Planning Perspectives*, 1998, 24(4):156-164; Singh S et al., Estimating the level of abortion in the Philippines and Bangladesh, *International Family Planning Perspectives*, 1997, 23(3):100-107; Juarez F et al., The incidence of induced abortion in the Philippines: current level and recent trends, *International Family Planning Perspectives*, 2005, 31(3):140-149; y Singh S y Wulf D, 1994, op. cit. (ver referencia 13).
16. Bongaarts J y Potter RG, *Fertility, Biology and Behavior: An Analysis of the Proximate Determinants*, Nueva York: Academic Press, 1983, p. 39; y Harlap S, Shiono PH y Ramcharan S, A life table of spontaneous abortions and the effects of age, parity and other variables, en: Hook EB y Porter I, eds., *Human Embryonic and Fetal Death*, Nueva York: Academic Press, 1980, Cuadro 1, pp. 148 & 157.

17. Instituto Nacional de Estadística (INE), *XI Censo Nacional de Población y VI de Habitación*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: INE, 2002.
18. MSPAS et al., 2003, op. cit. (ver referencia 10).
19. Prada E et al., Aborto y atención postaborto en Guatemala: informe de profesionales de la salud e instituciones de salud, *Informe Ocasional*, Nueva York: AGI, 2005, No. 18, Cuadro 4.4.
20. *Ibid.*
21. OMS, *Unsafe Abortion, Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000*, cuarta ed., Ginebra: OMS, 2004.
22. *Ibid.*
23. Singh S y Wulf D, 1994, op. cit. (ver referencia 13).
24. Armijo R y Monreal T, Epidemiology of provoked abortion in Santiago, Chile, en: Muramatsu M y Harper PA, eds., *Population Dynamics: International Action and Training Programs*, Baltimore, MD, EEUU: Johns Hopkins University Press, 1965, pp. 137-160.
25. Ferrando D, Prevalencia del aborto inducido en el Perú, Lima, Perú: Pathfinder International y Flora Tristán, 2001; y Singh S y Wulf D, 1994, op. cit. (ver referencia 13).
26. MSPAS et al., 2003, op. cit. (ver referencia 10).
27. *Ibid.*
28. *Ibid.*
29. MSPAS, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) e Instituto para el Desarrollo de Recursos (IRD)/Westinghouse, *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 1987*, Columbia, MD, EEUU: IRD/Westinghouse, 1989; y MSPAS et al., 2003, op. cit. (ver referencia 10).
30. MSPAS, INCAP e IRD/Westinghouse, 1989, op. cit. (ver referencia 29); MSPAS et al., *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 1995*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: MSPAS, 1996; y MSPAS et al., 2003, op. cit. (ver referencia 10).
31. Gragnolati M y Marini A, *Health and Poverty in Guatemala*, Policy Research Working Paper, Washington, DC: Banco Mundial, 2003, No. 2966, p. 9.
32. Hall MK y Scott JB, *La planificación familiar en Guatemala: un derecho fundamental que no se cumple*, Nueva York: Centro de Derechos Reproductivos, 2003.
33. Pérez S, La Corte de Constitucionalidad deja vigente Ley de Planificación, *Prensa Libre*, Junio 7, 2006, <<http://www.prensalibre.com/pl/2006/junio/07/143603.html>>, revisado el 7 de agosto de 2006.
34. Gragnolati M y Marini A, 2003, op. cit. (ver referencia 31).
35. *Ibid.*
36. Rossier C, Estimating induced abortion rates: a review, *Studies in Family Planning*, 2003, 34(2):87-102.
37. MSPAS y CIESAR, 2005, op. cit. (ver referencia 3).

Agradecimientos

Esta investigación fue apoyada por el Ministerio de Cooperación para el Desarrollo de los Países Bajos, el Banco Mundial y el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido. Los autores agradecen al equipo de trabajo de campo de tres coordinadoras regionales y 12 entrevistadoras por su invaluable contribución a la realización de las encuestas. También agradecen a Emily Stone, Lindsay Dauphinee y Caroline Sten por su apoyo a la investigación, y a Akinrinola Bankole y Lisa Remez por sus acertados comentarios a las versiones anteriores de este artículo. Los hallazgos y conclusiones expresados son de la exclusiva responsabilidad de sus autores.

Contacto con los autores: ssingh@gutmacher.org

Publicado originalmente en inglés en *International Family Planning Perspectives*, 2006, 32(3):136-145.