

Artículo Original

Acceso humanizado a Métodos Contraceptivos Modernos en Hospitales Públicos de Guatemala

Edgar Kestler*¹, Beatriz Barrios*¹, Elsa M. Hernández*², Vinicio Del Valle*² y Alejandro Silva*²

Resumen:

Antecedentes: Guatemala tiene décadas de retraso en la implementación de adecuados programas que protejan la salud reproductiva de las mujeres. Enfrentadas a la terrible pobreza, el 56% de las familias guatemaltecas vivían por debajo de la línea de pobreza en el año 2000, situación que no ha cambiado y que posiblemente haya empeorado. Más aún, el 16% de las familias estaban en pobreza extrema, dicho en otras palabras, no podían ni adquirir una canasta básica de alimentos. Así también, la mujer guatemalteca, tiene una de las tasas más altas de fertilidad (número de hijos por mujer) de toda América Latina y de países del Caribe, y es comparable únicamente a otros países menos desarrollados en África. Todo esto, asociado a la poca educación sexual y al poco acceso a métodos contraceptivos efectivos y al embarazo no deseado la mujer guatemalteca se realiza un buen número de abortos en condiciones de riesgo los cuales a menudo les ocasionan serios daños a la salud e incluso la muerte. Una estrategia que ayuda a mejorar la salud no sólo de la mujer, sino de su descendencia, es el acceso a métodos contraceptivos efectivos y que estos sean aceptados en forma libre e informada.

Diseño del estudio: Del 01 de julio de 2003 al 31 de diciembre de 2006, en 22 hospitales del sistema público de Guatemala, personal contratado visitó durante una semana estos hospitales, lo cual les permitió capacitar al personal médico y de enfermería sobre técnicas de consejería que finalmente ayudarían a la paciente a seleccionar un método contraceptivo efectivo. Este personal contratado regresaba cada cuatro semanas para monitorear el progreso alcanzado. Las principales intervenciones en la que se focalizó la capacitación fueron en fortalecer la interpretación científica de los diferentes métodos contraceptivos utilizados y en mejorar la capacidad técnica del personal hospitalario, instituyendo la consejería post-aborto y permitiendo a las mujeres egresar del hospital con un método contraceptivo efectivo.

Resultados: Con sola una excepción, los hospitales públicos mejoraron la tendencia en el ofrecimiento de la consejería de un 31% al 96% en pacientes que ingresaron por complicaciones del aborto. Más aún la proporción de mujeres que egresaron del hospital con un método contraceptivo efectivo, aumentó de un 20% al inicio del estudio para un 64% tres años y medio después.

Discusión: Estos resultados exitosos en cuanto a satisfacer la demanda contraceptiva de las mujeres en el post aborto, apunta a la urgente necesidad de expandir la Atención del Post Aborto en los centros de salud que atienden partos como ha sido recomendado por la Organización Mundial de la Salud.

Abstract:

Background: Guatemala is decades behind in overall programs to protect women's reproductive health. Faced with terrible poverty, 56 percent of Guatemalan families lived below the poverty line in 2000. Moreover, 16 percent were in extreme poverty, in other words, they could not afford a basic basket simply of food and also have one of the world's highest birth rates. It is the highest fertility rate of all of the Latin America and the Caribbean countries and is comparable to those observed in the least developed countries in Africa. Associated to low access to contraceptive methods Guatemalan women undertake illegal, unsafe abortions, often leading to harm, even death.

Study design: From 1 July 2003 to 31 December 2006, in 22 government hospitals, our specialists trained hospital staff for a week in post-abortion counseling, enabling them to help patients select and use an effective contraceptive method. The specialist returned four or five weeks later, to monitor progress. The main interventions were focused in strengthening the scientific understanding and technical capacities of hospital staff instituting post-abortion contraceptive counseling and enabling women to select and obtain a contraceptive method prior to leaving the hospital and instituting an abortion surveillance system and using it to increase provision of post-abortion care.

Results: With only one exception, all 22 hospitals improved their record of counselling patients suffering post-abortion complications, from 31% to 96% over the years of the project. Patients who left the hospital with an effective contraceptive method rose from 20% to 64%.

Discussion: The successful results of the project in meeting women's demand for post-abortion counselling points out the urgent need for the Guatemalan government to expand it throughout the entire national health system.

*¹ Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva, Guatemala, Ciudad.

*² Ministerio de Salud Pública de Guatemala

Mayor información: Dr. Edgar Kestler, Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva, Guatemala. Hospital General "San Juan de Dios" 1a. Avenida 10-50 Zona 1, Sótano. Guatemala, Guatemala
Teléfono: (502) 2230-1494 y 2221-2391. FAX: (502) 2221-2392
Correo Electrónico: ciesar@concyt.gob.gt

Introducción:

Guatemala, tiene la tasa más alta de fertilidad que cualquier otro país en Centro América, 4.4 hijos por mujer para el año 2002. Entre la población indígena, la cual es principalmente maya y es cerca del 50% de la población guatemalteca; esta tasa de fertilidad es de 6.1 hijos por mujer.¹ Mientras que el uso de contraceptivos se está incrementando rápidamente en países vecinos, el uso de contraceptivos entre las mujeres guatemaltecas en edad reproductiva continúa siendo muy bajo, con un pequeño incremento del 23.2% en 1987 a 31.4% en 1995, 38.2% en 1998, y el 43.3% en el 2002.¹ Peor aún un análisis sobre el aumento del uso de contraceptivos entre los grupos étnicos de Guatemala muestran una enorme diferencia entre las mujeres ladinas y las indígenas. El uso entre las mujeres indígenas únicamente incrementó de 5.5% en 1987, a 9.6% en 1995, 12.6% en 1,998 y 23.8% en el 2002. Estas prevalencias se parecen mucho a las prevalencias encontradas en la región Africana del Sub Sahara que las que se encuentran en cualquier otra parte de Latino América.² El uso entre las mujeres ladinas para los mismos años se incrementó de 34.4% a 43.3%, a 49.9% y 52.8%.³

Es también bien conocido que las mujeres guatemaltecas quieren saber sobre el uso de métodos contraceptivos modernos,¹ pero los factores culturales, incluyendo el machismo, la sociedad ultra conservadora y la iglesia, ponen barreras que impiden la propagación de este conocimiento y favorecen las actitudes que bloquean y confunden este conocimiento. Para el año de 1998 se reportó que existía una demanda insatisfecha de métodos contraceptivos de 23.1% en mujeres sexualmente activas, y quienes deseaban post poner su próximo hijo o no querían tener ningún hijo más,³ esta proporción aumentó al 28% para el año 2002.¹

En el año 2001 el gobierno guatemalteco sancionó el Decreto Número 42-2001 que crea la "Ley de Desarrollo Social"⁴ el cual incluye políticas de desarrollo social y población en materia de salud reproductiva y fortalece los servicios para la oferta de métodos contraceptivos modernos de una forma informada, ética y confiable. Más aún, en el mes de abril de 2006 se publica el acuerdo número 30-2006 donde se crea la ley sobre "El Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva"⁵ que hace operativa la Ley de Desarrollo Social. A la fecha la ley de acceso universal está todavía pendiente de ser implementada.

A pesar de que la Asociación Pro-bienestar de la Familia (APROFAM), bajo el auspicio de IPPF, ha estado trabajando por más de 40 años en la República de Guatemala y fue pionera en introducir la planificación familiar en el país, existen todavía áreas en las que el gobierno de Guatemala tiene que tomar acciones formales para promover la

planificación familiar. Así también dado la influencia cultural y religiosa en Guatemala, el sistema hospitalario gubernamental ha mostrado poco interés en implementar programas de planificación familiar. Brambila et al⁶ reportó en el 2001, en un estudio del sistema público hospitalario de Guatemala que de las mujeres que buscaron ayuda hospitalaria después de presentar complicaciones por aborto, a ninguna de ellas se les preguntó si querían utilizar un método contraceptivo antes de egresar del hospital. Lo que es más, el mismo estudio muestra que solamente el 3% de las mujeres tratadas por complicaciones del aborto en los 17 hospitales del estudio obtuvieron métodos de planificación familiar. Medina et al,⁷ reportó en un estudio de hospitales de la República de Honduras que la proporción de mujeres que egresaron con método contraceptivo moderno después de la atención post aborto se incrementó de un 10% al 33%.

El aborto en Guatemala es permitido legalmente, pero únicamente para salvar la vida de las madres.⁸⁻⁹ Como en otros países de América Latina, el aborto es penalizado, más sin embargo se realiza bajo condiciones inseguras e insalubres y esto crea serios problemas de morbilidad para la mujer e incluso la lleva a la muerte. Muchas de estas complicaciones por aborto, ingresan a los hospitales nacionales y es allí donde el programa de Atención Post-Aborto es una estrategia que ha sido diseñada especialmente para enfrentar estos problemas. Las dos acciones más importantes, de los programas de atención post aborto, para prevenir la morbilidad y mortalidad en mujeres con complicaciones por aborto, son el apoyo emocional ante el aborto, la consejería durante su estadía hospitalaria y la entrega de un método contraceptivo efectivo antes de egresar del hospital.

El trabajar en los sistemas de hospitales públicos con programas sencillos de intervención es posible incrementar significativamente el porcentaje de mujeres que egresen del hospital con métodos contraceptivos efectivos, después de tratar las complicaciones del aborto. Este artículo muestra los principales resultados obtenidos en la intervención realizada en 22 de los 36 hospitales públicos de Guatemala que prestan servicios de maternidad y atienden las complicaciones del aborto.

Diseño del estudio:

Del 1 de julio de 2003 al 31 de diciembre de 2006; 22 de los hospitales departamentales, uno por cada departamento (fig.1), fueron seleccionados para participar en el programa. El departamento de Quetzaltenango tenía dos hospitales ya que participaba el Hospital de Occidente y el Hospital de Coatepeque. Las principales intervenciones que se instituyeron fueron el fortalecer el conocimiento y la capacidad técnica del personal médico y de enfermería en los conceptos sobre el cuidado de la atención post-aborto, la distribución de

material informativo constituido por boletines bi-mensuales que informaban sobre los adelantos del programa, póster sobre las técnicas de AMEU y consejería, conferencias y la creación de un sistema de vigilancia sobre los casos detectados y que ingresaban por aborto incompleto al sistema hospitalario. Los 22 hospitales fueron agrupados en cinco grupos, tres grupos de cuatro hospitales y dos grupos de cinco hospitales. El facilitador previamente capacitado permanecía durante una semana en cada hospital ayudando al personal médico y de enfermería a implementar las actividades programadas y a capacitar en la forma de implementar el sistema de vigilancia para los casos de aborto, luego el facilitador retornaba al hospital después de cuatro semanas, para monitorear el progreso del programa y el cumplimiento de las actividades.

Este facilitador capacitó al personal hospitalario en los conceptos básicos de la consejería anticonceptiva post-aborto, lo cual permitía a las mujeres escoger y obtener un método contraceptivo efectivo antes de egresar del hospital.¹⁰ Por otra parte, en aquellos hospitales con población indígena, se capacitaba también al personal que hablaba la lengua local. Se desarrolló y distribuyó material informativo consistente en póster, los cuales mostraban los conceptos básicos de una consejería adecuada y también se entregaban tarjetas de bolsillo con las instrucciones sobre la consejería. Estos materiales fueron diseñados principalmente para el personal hospitalario, y diseñados para mejorar sus destrezas, conocimientos y compromisos. Junto con el personal del hospital los facilitadores recolectaban la información mensual de cada hospital, sobre el número de mujeres que ingresaban al hospital por aborto incompleto, el número de mujeres que egresaban del hospital con un método contraceptivo efectivo, como la píldora, el dispositivo intrauterino, la inyección trimestral, esterilización masculina o femenina y los condones.

Finalmente se utilizó el programa estadístico StatsDirect 2.4.5, para calcular la tendencia lineal a través de los años de estudio y el Chi² de la misma para evaluar la asociación estadística entre los años de estudio.

Resultados:

De julio 2003 a diciembre de 2006, ingresaron un total de 32,711 mujeres con aborto incompleto a los hospitales del estudio. 4,411 mujeres ingresaron por aborto incompleto durante los primeros seis meses del proyecto, seguido de 9,525 para el año 2004; 9,451 para el año 2005, y finalmente 9,324 para el año 2006.

La Tabla 1 muestra el número de ingresos y la proporción de mujeres con consejería ofrecida, así como la proporción de mujeres que aceptan y egresan con método efectivo contraceptivo por hospital y por año de estudio. El número de consejerías se incrementó durante los tres años y medio

de la intervención, de un 31% al inicio del programa a un 96% a finales del año 2,006 (Tendencia lineal $p < 0.0001$). Noventa y seis de cada 100 mujeres que ingresaron por aborto incompleto a estos hospitales fueron informadas sobre el riesgo de morbilidad o de muerte a causa de abortos realizados en condiciones de riesgo. Además a estas mujeres se les informó que la ovulación post aborto se inicia dos semanas después del tratamiento quirúrgico del aborto, existiendo la posibilidad de un nuevo embarazo y que es posible la utilización de cualquier método contraceptivo efectivo después de un aborto. La proporción de mujeres que seleccionaron un método contraceptivo efectivo antes del egreso hospitalario aumentó de un 20% a un 40% para el año 2004, a un 54% en el año 2005 y finalmente a un 64% a finales del año 2006 (tendencia lineal $p < 0.0001$). Es importante hacer ver que después de 42 meses del programa de atención post aborto, casi todos los hospitales mostraron aumento en la proporción de mujeres que egresaron del hospital con métodos contraceptivos efectivos.

Además de evaluar en forma individual el comportamiento de cada uno de los hospitales participantes, estos se agruparon según las regiones geográficas del país dado que cada una de estas regiones presenta características sociales y culturales diferentes. Cada una de las regiones está constituida por varios departamentos de la República de Guatemala. La tabla 3 muestra el número de ingresos, la proporción de consejerías ofrecidas y la proporción de mujeres que aceptaron y egresaron con un método contraceptivo efectivo por región geográfica. Las siete regiones muestran comportamiento muy similar en relación al ofrecimiento de la consejería. Puede observarse que después de 18 meses de intervención (2005) todas las regiones alcanzaron proporciones entre e 71% y 98% de consejería para las mujeres que ingresaron por un aborto incompleto. Un año después (2006) la proporción de consejerías alcanzaron rangos por región que van del 93% al 100% (tendencia lineal $p < 0.0001$). La proporción de mujeres post aborto que aceptaron y egresan con un método contraceptivo efectivo es diferente en todos las regiones geográficas del país. Es difícil concluir con estos datos la influencia que tienen las barreras culturas y la religión en forma específica en cada una de las regiones estudiadas. Aunque en general es claro que el machismo, el poco empoderamiento que la mujer guatemalteca tiene sobre sus derechos sexuales y reproductivos puede influir en la decisión de seleccionar un método contraceptivo efectivo antes de egresar del hospital. Es importante notar que durante el inicio de la intervención en el segundo semestre del año 2003, la aceptación de métodos contraceptivos antes del egreso hospitalario fue muy baja en la mayoría de regiones. Por ejemplo en la región Nor Oeste únicamente el 1% de las mujeres egresaron con método contraceptivo eficaz. Para el año 2004 existe una leve mejoría en el egreso de mujeres con método contraceptivo efectivo que va de un 24% en la región Sur Este a un 64% en la región

del Petén. Para el año 2005 la región Sur Este incrementa su proporción de egreso de mujeres con métodos contraceptivos efectivos es de 41% y la región del Nor Este a 78%. Finalmente, para el año 2006 la región Norte es la que presenta las proporciones más bajas de mujeres que egresan con un método contraceptivo efectivo en un 41% y la región del Petén con 83% de egreso de mujeres con método contraceptivo efectivo.

En general, todas las regiones presentan una mejora importante durante los años de la intervención en cuanto a los egresos de mujeres con métodos contraceptivos efectivos (tendencia lineal $p < 0.0001$). Únicamente la región Norte, quien presenta al final de los tres años y medio de intervención la proporción más baja de egresos con métodos contraceptivos efectivos (45%), es también la única región que no muestra cambios por año durante el egreso de mujeres con métodos contraceptivos efectivos. Estos hallazgos preocupan, son peligrosos y llaman a la reflexión, ya que la región Norte (Alta y Baja Verapaz) tienen razones altas de mortalidad materna, y su población es predominantemente indígena. Esto muestra la necesidad no sólo de continuar y de incrementar los esfuerzos en el programa de atención post aborto,¹¹ sino llama también a las autoridades de la Dirección del Área de Salud a implementar estrategias encaminadas a mejorar el conocimiento de educación sexual adaptada culturalmente en la población indígena.

Después del primer año de intervención el egreso de pacientes con métodos contraceptivos eficaces mejoró de un 20% a un 64% (no mostrado). Existían 16 hospitales que no ofrecían ningún tipo de métodos contraceptivos post aborto, pero después de la intervención todos estos hospitales habían aceptado la necesidad de implementar la contracepción post aborto.

Finalmente de un total de 32,711 mujeres que ingresaron por aborto incompleto a estos 22 hospitales públicos durante los 42 meses de intervención, el 76% tuvo consejería que insistía en los riesgos del aborto realizado en condiciones no seguras, las complicaciones más frecuentes post aborto y la posibilidad de utilizar métodos contraceptivos eficaces post aborto y el 48% de las mujeres que egresaron de los hospitales seleccionaron un método contraceptivo efectivo. El método contraceptivo efectivo más utilizado durante todo el período de estudio fue en un 62% la inyección de Depo-provera, seguido por un 24% que seleccionó la píldora, el condón masculino 5%, la esterilización femenina el 4%, y el DIU el 2%. La planificación familiar natural (el ritmo) la seleccionaron el 4% de las mujeres (ver gráfica 1). Estas proporciones sobre la selección de métodos contraceptivos son muy similares a lo manifestado por la mujer guatemalteca a nivel nacional en otro estudio publicado.¹²

Discusión:

Guatemala como muchos de los países Centroamericanos ha permanecido indiferente a una política seria de planificación familiar la cual se implemente en los tres niveles de atención de salud, comunitario, puestos / centros de salud y el sistema hospitalario. La vía a través de la cual los métodos contraceptivos son entregados juega un papel muy importante en la práctica o no de la anticoncepción moderna. No es posible que a inicios del siglo XXI los hospitales públicos del país no ofrezcan el acceso a métodos contraceptivos eficaces. Más aún, no es posible que hospitales en donde existen departamentos de ginecología y obstetricia formalmente funcionando no se ofrezcan métodos contraceptivos efectivos los cuales prevengan embarazos futuros no deseados, abortos repetitivos y que la mujer obtenga un derecho pleno del goce de su sexualidad. Así también el uso de métodos contraceptivos efectivos puede ayudar a detener en forma primaria las altas razones de mortalidad materna relacionados con las complicaciones del aborto.

Por otra parte la elección de un contraceptivo efectivo es un elemento clave en la evaluación de la calidad de los servicios que ofrecen planificación familiar. Mucho se ha insistido en que esta libre elección del método contraceptivo representa uno de los derechos sexuales y reproductivos básicos de cada mujer.^{12,13}

El ofrecer un acceso continuo a métodos contraceptivos cuando la mujer egresa del hospital es de vital importancia, sobre todo en nuestro país en donde los controles post parto o post cesárea son tan bajos y más aún en las mujeres que han sufrido de una complicación del embarazo, como lo es un aborto, las cuales no quieren volver a regresar al hospital para ningún control. Una reciente publicación¹⁴ menciona que las razones más comunes por las cuales las mujeres no utilizan más métodos contraceptivos son el acceso al suministro y la mala organización de los servicios que les ofrecen, también es importante mencionar que a las mujeres les preocupa los rumores sobre los efectos secundarios o inconvenientes de los métodos. Todo esto puede ser mejorado, si se ofrece una consejería de buena calidad.

La Depo-Provera, que es el contraceptivo inyectable de 3 meses, fue muy poco usada a principios de los años de 1990 y no fue hasta que la Federal Drug Administration (FDA) en Estados Unidos aprobó su uso, lo que creó una gran aceptación alrededor del mundo. Desde el inicio del programa de Atención Post-Aborto, el 60% de las mujeres que egresaron de los hospitales públicos prefirieron este método. Se ha sugerido que las mujeres prefieren usar este método dada la discreción en su uso y que no necesitan informarle a su compañero sobre su uso y tampoco ellos se dan cuenta. Por otra parte, la preferencia de este método también está asociado a que las mujeres pueden vivir lejos del servicio de salud, y sólo

necesitan una visita cada tres meses; por otra parte no existe la necesidad de tomar nada en forma diaria. Sin embargo, existe alguna preocupación en la literatura mundial con respecto al sobre uso del método inyectable a muy temprana edad o en los últimos años de fertilidad.¹⁵⁻¹⁶ Además, el uso de este método puede variar según las preferencias culturales y los posibles prejuicios que tenga el proveedor. Por esta razón siempre es adecuado que el prestador de servicio ofrezca la gama completa de métodos contraceptivos efectivos en el sistema y que después de una reflexión con la mujer ella decida libre y conciente que método contraceptivo desea utilizar.

Además ha sido publicado que al grupo indígena de Guatemala era a las que menos les parecía usar métodos de planificación familiar comparado con las mujeres que viven en esa misma área, y quienes se consideran a sí mismas “mestizas” o ladinas, aún cuando el acceso a los servicios de planificación familiar sea el mismo para los dos grupos.¹⁷ Esta misma publicación refiere que la población indígena está concentrada en el Norte y en tierras del Occidente, en los departamentos de Huehuetenango, Quiché, Alta Verapaz, y Totonicapán. Nuestro estudio encontró también que la región Norte, una de las regiones con mayor población indígena del país, fue la región que menos aceptación de contraceptivos post-aborto (45%) se obtuvo al final de los 4 años de intervención. Se requiere de políticas y programas innovadores, los cuales sean dirigidos a las mujeres del área rural e indígenas y a su pareja. Se necesita además un esfuerzo más intenso en los hospitales con servicio dirigido a la población indígena; esto no es un problema únicamente de suministros, sino también un problema de crecimiento de demanda.¹⁸

En nuestro estudio un reto fue el personal de los hospitales quienes a menudo tienen sobre carga de trabajo. En general un nuevo programa siempre provoca resistencia, sin embargo, con el tiempo tuvimos éxito, ya que capacitamos y sensibilizamos personal competente para mejorar la atención de pacientes post-aborto. En los hospitales donde fue posible, se creó un espacio privado para brindar la consejería. Además se equiparon todos los hospitales con un botiquín, para mantener los métodos contraceptivos las 24 horas del día.

Limitación del estudio:

Una de las limitaciones de este estudio es que no evaluamos el alcance en la práctica anticonceptiva la cual varía entre los diferentes grupos mayas. Sin embargo las dos regiones (Noreste y Sureste) muestran porcentajes de aceptación de contraceptivos post-aborto, las cuales son iguales o mayores a la media nacional.

Una de las debilidades de nuestros resultados, es que no se sabe que pasa con las mujeres que después de egresar del

hospital con método contraceptivo efectivo, continúan o no utilizando el método seleccionado que el hospital les proporcionó y si ellas están dispuestas a lograr sus deseos reproductivos. Se necesitan esfuerzos para documentar la conexión entre el hospital y los centros de salud de referencia.

Conclusión:

Nuestros esfuerzos abren una nueva era en el acceso de los contraceptivos para las mujeres guatemaltecas. Muchos países de Latino América están implementando programas de Atención Post Aborto a nivel nacional, y otros están considerando hacerlo también.^{19,20} Nuestros resultados pueden ser de utilidad para estos países.

Pero, debido a que aún continúa la oposición a los programas de planificación familiar, debemos trabajar constantemente para fortalecer las políticas que implementan el acceso a métodos contraceptivos modernos, estas políticas tendrán que estar más basadas en evidencia científica sobre el beneficio de intervenciones, que en el pensar particular de los hacedores de políticas y gerentes de programas. Únicamente esto hará posible que las mujeres guatemaltecas logren sus objetivos reproductivos, para beneficio de sus familias.

Finalmente, si existe voluntad política, los hacedores de políticas y los gerentes de salud, necesitan reconocer e implementar los programas de Atención Post-Aborto como una simple intervención que forme parte del trabajo diario hospitalario. Igualmente, las autoridades de salud guatemaltecas deberán no únicamente continuar este programa, sino hacerlo más fuerte a nivel hospitalario, la expansión a los centros de salud debería de ser un reto para el futuro. Los resultados de este programa muestran que este modelo debería ser un ejemplo para otros países en desarrollo, donde el programa post aborto es una necesidad urgente.

Agradecimientos:

A los facilitadores y a todo el personal de salud de los hospitales participantes, los cuales al conocer el concepto de la atención post aborto, que beneficia a la mujer guatemalteca, no dudaron en participar y fortalecer el programa con su trabajo diario. Estamos también agradecidos con la fundación de Erik y Edith H. Bergstrom ya que sin el apoyo financiero sería imposible el beneficio que este tipo de intervenciones tiene en la salud pública de los países menos desarrollados.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud y Asistencia Social et al., Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2002, Ciudad de Guatemala, Guatemala.
2. Bertrand J.T., Seiber E., Escudero G. Contraceptive Dynamics in Guatemala: 1978-1998. *International Family Planning Perspectives*, 2001, 27(3):112-118
3. INE et al., Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998/1999, Ciudad de Guatemala, Guatemala, INE, 1999
4. Ley de Desarrollo Social (Decreto 42-2001), Guatemala
5. Ley de Acceso Universal y Equitativo de servicios de planificación familiar y su integración en el programa nacional de salud reproductiva (Decreto 30-2006), Guatemala
6. Brambila C., Figueroa W., Taracena B. Situational analysis of post-obstetric event services in public hospitals in Guatemala. 2001. *FRONTIERS Final Report*, Washington, DC. Population Council
7. Medina R., Vernon R., Mendoza I. y Aguilar C. Fortalecimiento de los servicios de anticoncepción en el postparto y postaborto en hospitales de Honduras. 2002. *FRONTIERS Final Report*, Washington, DC. Population Council
8. Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas. *Mujeres del Mundo: Leyes y Políticas que Afectan sus Vidas Reproductivas*. New York: CRLP, 1997
9. Guatemala Penal Code Decree No.17-73, Art.133, 137, 1999.
10. Farfán O, Kestler E, Abrego de Aguilar M, et al. Información y consejería en planificación familiar postaborto. Experiencia en cuatro hospitales de Centro América. *Revista Centroamericana de Ginecología y Obstetricia* 1997;7(2):46-56
11. 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
12. Expandiendo Opciones en Salud Reproductiva. Diagnóstico para identificar intervenciones prioritarias que mejoren el acceso y la calidad de los servicios básicos de salud materna en Guatemala. Ministerio de Salud Pública República de Guatemala. Agosto 2002. 67 páginas
13. Bruce J. Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. *Studies in Family Planning*, 1990, 21(2),61-91
14. Sedgh G. Hussain R., Bankole A., and Singh S. Women with an unmet need for contraception in developing countries and their reasons for not using a method. Occasional Report, New York: Guttmacher Institute, 2007, No. 37
15. Cromer BA, Smith RD, Blair JM, Dwyer J, Brown RT. A prospective study of adolescents who choose among levonorgestrel implant (Norplant), medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), or the combined oral contraceptive pill as contraception. *Pediatrics* 1994;94:687-694
16. Naessen T, Olsson S-E, Gudmindson J. Differential effects on bone density of progestogen-only methods for contraception in premenopausal women. *Contraception* 1995,52:35-39
17. De Broe S., Hinde A., Falkingham J. Why is fertility still so high in Guatemala? Population Association of America 2004 Annual Meeting. Boston. Massachusetts, April, 2004
18. Gragnolati, M., and Marini, A. Health and Poverty in Guatemala. World Bank, Policy Research Working Paper, No WPS 2966, 2003. <http://econ.worldbank.org>. Alessandra Marini
19. Kestler E., Valencia L., Del Valle V., and Silva A. Scaling Up Post-Abortion Care in Guatemala: Initial Successes at National Level. *Reproductive Health Matters* 2006;14(27):1-10
20. Billings D, Crane B, Benson J. et al. Scaling-up a public health innovation : A comparative study of post-abortion care in Bolivia and Mexico. *Social Science & Medicine* 64;2007:2210-2222



Figura 1: Mapa de Guatemala

Departamentos de la Región Central: Sacatepéquez, Chimaltenango, Escuintla, Tiquisate y Coatepeque

Departamentos de la Región Norte: Alta Verapaz y Baja Verapaz

Departamentos de la Región Nor-Oeste: Huehuetenango y Quiché

Departamentos de la Región Sur-Oeste: Sololá, Totonicapán, Quetzaltenango, San Marcos, Retalhuleu y Mazatenango

Departamentos de la Región Sur-Este: Santa Rosa, Jutiapa, y Jalapa

Departamentos de la Región Nor-Este: Zacapa, Chiquimula, e Izabal

Región (departamento) del Petén

Tabla 1: Proporción de consejerías y mujeres que egresan con Método Efectivo Contraceptivo (MEC) por hospital y por año de intervención

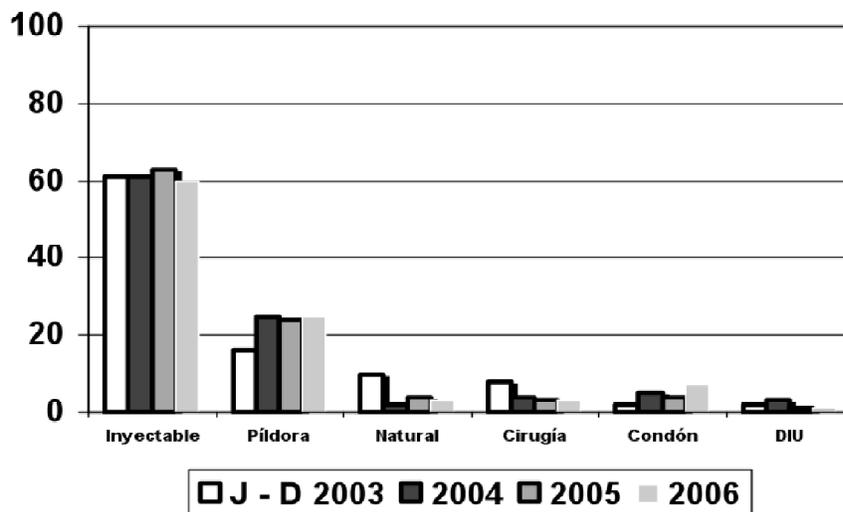
Departamento / Hospital	2003			2004			2005			2006		
	Número ingresos	% consejerías	% egresos MEC	Número ingresos	% consejerías	% egresos MEC	Número ingresos	% consejerías	% egresos MEC	Número ingresos	% consejerías	% egresos MEC
Petén	139	51	32	233	91	64	260	88	63	265	100	83
Izabal	150	22	6	333	57	44	354	98	78	308	98	56
Zacapa	151	22	6	360	67	29	314	91	66	332	95	67
Chiquimula	145	59	26	306	88	54	329	100	88	352	97	83
Huehuetenango	323	3	2	733	43	27	549	89	54	485	93	65
Totonicapán	149	24	19	349	61	48	286	92	52	244	99	40
Quetzaltenango	376	82	53	898	100	55	726	100	55	721	98	70
Quiché	125	1	0	257	69	49	195	100	51	234	99	62
San Marcos	208	65	26	447	98	56	492	99	69	460	98	73
Retalhuleu	251	48	10	477	85	42	481	100	63	461	100	81
Coatepeque	345	37	11	744	85	52	747	100	52	588	98	68
Mazatenango	217	42	15	422	92	59	461	100	70	612	91	49
Cobán	230	9	20	466	85	42	447	81	39	472	92	43
Salamá	122	21	37	184	81	64	228	100	62	275	95	49
Jalapa	111	0	3	235	71	54	343	94	73	310	98	81
Jutiapa	137	9	15	449	59	29	450	82	53	483	97	67
Cuilapa	175	4	25	426	17	4	562	47	11	511	99	60
Sololá	143	36	18	296	65	36	290	94	43	263	100	77
Chimaltenango	260	23	19	524	48	37	474	85	41	569	90	31
Sacatepéquez	225	44	23	518	47	42	559	83	60	543	91	74
Escuintla	306	0	0	608	10	4	646	68	37	537	94	73
Tiquisate	123	25	17	260	38	29	258	95	51	299	96	68
Total	4411	31 %¹	20%¹	9525	66 %¹	40%¹	9451	89 %¹	54%¹	9324	96 %¹	64%¹

¹ Tendencia lineal p < 0.0001

Tabla 2: Proporción de mujeres por región de salud con consejerías ofrecidas y mujeres que egresan con Método Efectivo Contraceptivo (MEC) por año de estudio.

Región de Salud	Julio – Diciembre 2003			Enero – Diciembre 2004			Enero – Diciembre 2005			Enero – Diciembre 2006		
	Número ingresos	Consejería	Egresos MEC									
		%	%		%	%		%	%		%	
Central ¹	1259	25	13	2654	48	34	2684	86	48	2536	94	62
Norte	352	13 ¹	26	650	84 ¹	46	675	88 ¹	47	747	93 ¹	45
Nor-Oeste ¹	448	2	1	990	50	33	744	92	53	719	95	64
Sur-Oeste ¹	1344	55	34	2889	88	51	2736	98	60	2761	97	66
Sur-Este ¹	423	4	16	1110	45	24	1355	71	41	1304	98	68
Nor-Este ¹	446	34	13	999	70	41	997	96	78	992	97	69
Petén ¹	139	51	32	233	91	64	260	88	63	265	100	83

¹ Tendencia lineal p < 0.0001



Gráfica 1: Distribución del tipo de método contraceptivo efectivo utilizados por año de intervención