

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIA POLÍTICA**



**“EL COMPLEJO DEBATE SOBRE LA DESPENALIZACIÓN DEL  
ABORTO EN GUATEMALA: LAS TRANSFORMACIONES  
SOCIALES, EL PAPEL DEL ESTADO Y LA SITUACIÓN LEGAL DE  
UN DERECHO PROHIBIDO DURANTE EL PERIODO 2012-2015”**

**LINDA GRETTEL ORTIZ CHÁVEZ**

**GUATEMALA, MARZO DE 2017**

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIA POLÍTICA**

**TESIS**

**Presentada al Consejo Directivo de la Escuela de Ciencia Política**

**“El complejo debate sobre la despenalización del aborto en  
Guatemala: Las transformaciones sociales, el papel del Estado y  
la situación legal de un derecho prohibido durante el periodo  
2012-2015”**

**Por**

**LINDA GRETTEL ORTIZ CHAVEZ**

**Al conferírsele el Grado Académico de**

**LICENCIADA EN CIENCIA POLÍTICA**

**Y el Título Profesional de**

**POLÍTICOLOGA**

**GUATEMALA, MARZO DE 2017**

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

**RECTOR MAGNÍFICO**

**Dr. Carlos Guillermo Alvarado Cerezo**

**SECRETARIO GENERAL**

**Dr. Carlos Enrique Camey Rodas**

**CONSEJO DIRECTIVO DE LA ESCUELA DE CIENCIA POLITICA**

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>DIRECTOR:</b>   | <b>Dr. Marcio Palacios Aragón</b>             |
| <b>VOCAL I:</b>    | <b>Lic. Henry Dennys Mira Sandoval</b>        |
| <b>VOCAL II:</b>   | <b>Licda. Carmen Olivia Álvarez Bobadilla</b> |
| <b>VOCAL III:</b>  | <b>Licda. Ana Margarita Castillo Chacón</b>   |
| <b>VOCAL IV:</b>   | <b>Br. María Fernanda Santizo Carvajal</b>    |
| <b>VOCAL V:</b>    | <b>Br. José Pablo Menchú Jiménez</b>          |
| <b>SECRETARIO:</b> | <b>Lic. Rodolfo Torres Martínez</b>           |

**TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL DE CONOCIMIENTOS**

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>COORDINADOR:</b> | <b>Lic. Henry Dennys Mira Sandoval</b>       |
| <b>EXAMINADORA:</b> | <b>Licda. Cindy Lisbeth Poroj Caraballo</b>  |
| <b>EXAMINADOR:</b>  | <b>Lic. Luis David Winter Luther</b>         |
| <b>EXAMINADOR:</b>  | <b>Lic. Werner Enrique Castillo Regalado</b> |
| <b>EXAMINADOR:</b>  | <b>Lic. José Efraín Pérez Xicará</b>         |

**TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EXAMEN PÚBLICO DE TESIS**

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>DIRECTOR:</b>     | <b>Dr. Marcio Palacios Aragón</b>          |
| <b>SECRETARIO:</b>   | <b>Lic. Rodolfo Torres Martínez</b>        |
| <b>EXAMINADORA:</b>  | <b>Licda. Kayra Corina Garrido</b>         |
| <b>EXAMINADOR:</b>   | <b>Lic. Jorge Luis Amado Barrios</b>       |
| <b>COORDINADORA:</b> | <b>Licda. Geidy Magali De Mata Medrano</b> |

Nota: Únicamente el autor es responsable de las doctrinas sustentadas en la tesis  
(Artículo 74 del Reglamento de Evaluación y Promoción de estudiantes  
de la Escuela de Ciencia Política)



Guatemala, 12 de septiembre del 2016

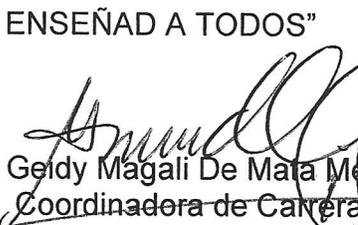
Doctor Marcio Palacios Aragón  
Director Escuela de Ciencia Política  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
Su despacho

Respetable Doctor Palacios:

Me permito informarle que el tema de tesis: **“El Complejo Debate sobre la Despenalización del Aborto en Guatemala: Las Transformaciones Sociales, el Papel del Estado y la Situación Legal de un Derecho Prohibido durante el Período 2012-2015”**, propuesto por el (la) estudiante **Linda Gretel Ortiz Chávez**, carné No. **200820924**, puede autorizarse dado que el mismo cumple con las exigencias mínimas de los contenidos de la carrera.

Cordialmente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

  
Licda. Geidy Magali De Mara Medrano  
Coordinadora de Carrera



c.c. archivos  
sebm  
/1



**ESCUELA DE CIENCIA POLITICA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA:** Guatemala, diecinueve de septiembre del año dos mil dieciséis.

ASUNTO: El (la) estudiante **Linda Gretel Ortiz Chávez**, carné No. **200820924** continúa trámite para la realización de su Tesis.

Habiéndose aceptado el tema de tesis propuesto, por parte del Licda. **Geidy Magali De Mata Medrano**, Coordinadora de la Carrera, pase al Lic. **Werner Enrique Castillo Regalado**, Coordinador del Área de Metodología, para que se sirva emitir dictamen correspondiente sobre el diseño de tesis.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Palacios'.

Dr. Marcio Palacios Aragón  
Director Escuela de Ciencia Política



c.c. archivos  
sebm  
/2



Guatemala, 21 de septiembre del 2016

Doctor Marcio Palacios Aragón  
Director Escuela de Ciencia Política  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
Su despacho

Respetable Doctor Palacios:

Me permito informarle que tuve a la vista el diseño de tesis titulado: **“El Complejo Debate sobre la Despenalización del Aborto en Guatemala: Las Transformaciones Sociales, el Papel del Estado y la Situación Legal de un Derecho Prohibido durante el Período 2012-2015”**, presentado por el (la) estudiante **Linda Gretel Ortiz Chávez**, carné No. **200820924**, quien realizó las correcciones solicitadas y por lo tanto, mi dictamen es favorable para que se apruebe dicho diseño y se proceda a realizar la investigación.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAR A TODOS”

Lic. Werner Enrique Castillo Regalado  
Coordinador del Área de Metodología



c.c. archivos  
sebm  
/3



**ESCUELA DE CIENCIA POLITICA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE  
GUATEMALA:** Guatemala, veintitrés de septiembre del año dos mil dieciséis.

ASUNTO: El (la) estudiante **Linda Gretel Ortiz Chávez**, carné  
No. **200820924** continúa trámite para la realización  
de su Tesis.

Habiéndose emitido el dictamen correspondiente por parte del Coordinador del Área de Metodología, pase a la Licda. Geidy Magali De Mata Medrano, Coordinadora de Carrera de Ciencia Política, para que emita visto bueno sobre la propuesta de Asesor.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Dr. Marcio Palacios Aragón  
Director Escuela de Ciencia Política



c.c. archivos  
sebm  
/4



Guatemala, 29 de septiembre del 2016

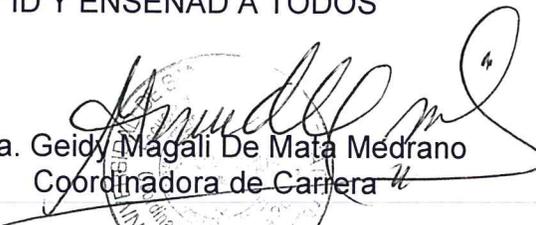
Doctor Marcio Palacios Aragón  
Director Escuela de Ciencia Política  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
Su despacho

Respetable Doctor Palacios:

Me permito informarle que para desarrollar la tesis titulada **“El Complejo Debate sobre la Despenalización del Aborto en Guatemala: Las Transformaciones Sociales, el Papel del Estado y la Situación Legal de un Derecho Prohibido durante el Período 2012-2015”**, presentada por el (la) estudiante **Linda Gretel Ortiz Chávez**, carné No. **200820924** puede autorizarse como Asesor al Lic.. **Oscar Estuardo Bautista Soto**.

Cordialmente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

  
Licda. Geidy Magali De Mata Medrano  
Coordinadora de Carrera

c.c. archivos  
sebm  
/5



**ESCUELA DE CIENCIA POLITICA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA:** Guatemala, veintinueve de septiembre del año dos mil dieciséis.

**ASUNTO:** El (la) estudiante **Linda Gretel Ortiz Chávez**, carné No. **200820924** continúa trámite para la realización de su Tesis.

Habiéndose emitido el dictamen correspondiente por parte de la Licda. Geidy Magali De Mata Medrano, Coordinadora de Carrera correspondiente, pase al (a la) Asesor (a) de Tesis, Lic. (Licda.) **Oscar Estuardo Bautista Soto**, para que brinde la asesoría correspondiente y emita dictamen.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



*[Handwritten Signature]*  
Dr. Marcio Palacios Aragón  
Director Escuela de Ciencia Política

c.c. archivos  
sebm  
/6

Guatemala, 11 de noviembre de 2016

Doctor  
**Marcio Palacios Aragón**  
Director  
Escuela de Ciencia Política  
Universidad de San Carlos de Guatemala

Estimado Director:

Es un gusto dirigirme a usted, manifestándole que en cumplimiento al nombramiento, asesore el proceso de elaboración de tesis de la estudiante de Licenciatura en Ciencia Política, Linda Gretel Ortiz Chávez, quien se identifica con el carné No. 200820924. La tesis que presenta se titula: *"El complejo debate sobre la despenalización del aborto en Guatemala: Las transformaciones sociales, el papel del Estado y la situación legal de un derecho prohibido durante el periodo 2012-2015"*.

El informe en referencia cumple con todos los requisitos exigidos por la Escuela de Ciencia Política y la Universidad de San Carlos de Guatemala, con respecto a la tesis de grado. En tal virtud, me permito emitir el dictamen favorable, para que se continúe con el procedimiento administrativo respectivo.

Sin otro particular, me suscribo.

  
**Lic. Oscar Estuardo Bautista Soto**  
Asesor  
Escuela de Ciencia Política

Silvia  
11/11/2016



**ESCUELA DE CIENCIA POLITICA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA:** Guatemala, seis de febrero del año dos mil diecisiete.

**ASUNTO:** El (la) estudiante **Linda Gretel Ortiz Chávez**, carné No. **200820924** continúa trámite para la realización de su Tesis.

Habiéndose emitido el dictamen correspondiente por parte del (la) Lic. (Licda.) **Oscar Estuardo Bautista Soto**, en su calidad de Asesor (a), pase al (a la) Coordinador (a) de la Carrera de Ciencia Política, Lic. (Licda.) **Geidy Magali De Mata Medrano**, para que proceda a conformar el Tribunal Examinador que escuchará y evaluará la defensa de tesis, según Artículo Setenta (70) del Normativo de Evaluación y Promoción de Estudiantes de la Escuela de Ciencia Política.

Atentamente,

**“ID Y ENSEÑAD A TODOS”**

Doctor Marcio Palacios Aragón  
Director Escuela de Ciencia Política



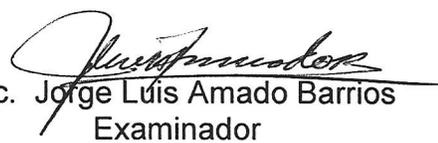
c.c. archivos  
sebm  
17



## ACTA DE DEFENSA DE TESIS

En la ciudad de Guatemala, el día tres de marzo del año dos mil diecisiete, se realizó la defensa de tesis presentada por el (la) estudiante **Linda Gretel Ortiz Chávez**, carné No. **200820924** para optar al grado de Licenciado (a) en **Ciencia Política** titulada: **“El Complejo Debate sobre la Despenalización del Aborto en Guatemala: Las Transformaciones Sociales, el Papel del Estado y la Situación Legal de un Derecho Prohibido durante el Período 2012-2015”** ante el Tribunal Examinador integrado por: Lic. **Jorge Luis Amado Barrios**, Licda. **Kayra Corina Garrido** y la Licda. **Geidy Magali De Mata Medrano**, Coordinadora de la Carrera de Ciencia Política. Los infrascritos miembros del Tribunal Examinador desarrollaron dicha evaluación y consideraron que para su aprobación deben incorporarse algunas correcciones a la misma.

  
Licda. **Kayra Corina Garrido**  
Examinadora

  
Lic. **Jorge Luis Amado Barrios**  
Examinador

  
Licda. **Geidy Magali De Mata Medrano**  
Coordinadora de Carrera



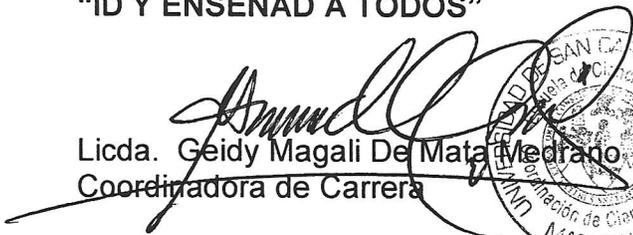
c.c. archivos  
sebm  
/8



## ACTA DE DEFENSA DE TESIS

En la ciudad de Guatemala, el día diez de marzo del año dos mil diecisiete, se efectuó el proceso de verificar la incorporación de observaciones hechas por el Tribunal Examinador, conformado por: Lic. Jorge Luis Amado Barrios, Licda. Kayra Corina Garrido y la Licda. Geidy Magali De Mata Medrano, Coordinadora de la Carrera de Ciencia Política, al trabajo de tesis: “El Complejo Debate sobre la Despenalización del Aborto en Guatemala: Las Transformaciones Sociales, el Papel del Estado y la Situación Legal de un Derecho Prohibido durante el Período 2012-2015”, presentado por el (la) estudiante Linda Gretel Ortiz Chávez, carné No. 200820924, razón por la que se da por **APROBADO** para que continúe con su trámite.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

  
Licda. Geidy Magali De Mata Medrano  
Coordinadora de Carrera



c.c. archivos  
sebm  
/9



**ESCUELA DE CIENCIA POLITICA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE  
GUATEMALA:** Guatemala, trece de marzo del año dos mil diecisiete.

Con vista en los dictámenes que anteceden, se autoriza la impresión de la Tesis titulada: **“El Complejo Debate sobre la Despenalización del Aborto en Guatemala: Las Transformaciones Sociales, el Papel del Estado y la Situación Legal de un Derecho Prohibido durante el Período 2012-2015”**, presentada por el (la) estudiante **Linda Gretel Ortiz Chávez**, carné No. **200820924**.

Atentamente,

**“ID Y ENSEÑAD A TODOS”**

A handwritten signature in black ink that reads "Marcio Palacios Aragón".

Dr. Marcio Palacios Aragón  
Director Escuela de Ciencia Política



c.c. archivos  
sebm  
/10

## **ACTO QUE DEDICO**

**A mi Padre Celestial:** Una dedicatoria especial por tanto que me has dado, por darme la oportunidad de alcanzar tan valiosa meta, y por haber derramado a lo largo de mi vida bendiciones sobre mi persona.

**A mi padre, Oscar Ortiz:** Aquellos bellos y grandiosos momentos que pasé a tu lado los tengo atesorados en mi corazón, al igual que tus sabios consejos, los cuales empleo día con día, puesto que al hacerlo siempre se dibuja tu sonrisa en mi mente. Te doy infinitas gracias por todo tu apoyo, pero especialmente, te agradezco el haberme dado el mejor ejemplo de vida, y enseñado el significado real del amor. Querido papá, quiero agradecerte por todo lo que hiciste por mí y dedicarte este logro a ti, que desde el cielo observas con alegría y orgullo. Para ti papá es este humilde acto, porque aunque no estés conmigo físicamente hoy aquí, sé que estas y estarás siempre a mi lado para protegerme y cuidarme como lo hiciste durante toda tu vida.

**A mi madre, Lorena Chávez:** No tengo palabras suficientes para agradecerle, mamá. A lo largo de mi vida, ya sea en mis tristezas y en mis alegrías siempre estuvo presente, siempre apoyándome y enseñándome el camino correcto. Mami, darle las gracias no es suficiente, y este logro es una pequeña muestra de todo el amor que le tengo. Eternas gracias por tanto esfuerzo, por tanto sacrificio, por tanta valentía. Usted es quien merece todos los premios, pero sé que para usted lo único importante es mi amor y le puedo asegurar que lo tendrá por siempre.

**A mis hermanos, Vivian, Oscar, Melissa y Dulcina:** Por su enorme apoyo y cariño a lo largo de toda mi vida, y por ser ese alimento que mi alma necesita para seguir siempre adelante. Ninguna distancia puede impedir que celebremos unidos este pequeño logro. Para ustedes mi más agradecido amor.

**A mis sobrinos:** Por el amor tan profundo que han despertado en mí, y poder ser un ejemplo para motivarlos en un futuro a alcanzar sus metas profesionales.

**Para efectos legales, únicamente la autora es responsable del contenido de este trabajo.**

# CONTENIDO

---

|                   |   |
|-------------------|---|
| INTRODUCCIÓN..... | i |
|-------------------|---|

## CAPITULO I

|  |   |
|--|---|
| ASPECTOS METODOLÓGICOS .....           | 4 |
| 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....   | 5 |
| 1.2 DELIMITACIÓN .....                 | 6 |
| 1.2.1 Unidad de Análisis.....          | 6 |
| 1.2.2 Periodo Histórico.....           | 7 |
| 1.2.3 Ámbito Geográfico.....           | 7 |
| 1.3 HIPÓTESIS.....                     | 7 |
| 1.3.1 Variable independiente.....      | 7 |
| 1.3.2 Variable dependiente.....        | 7 |
| 1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN..... | 7 |
| 1.4.1 General.....                     | 7 |
| 1.4.2 Específicos.....                 | 7 |
| 1.5 METODOLOGÍA.....                   | 8 |

## CAPÍTULO II

|  |    |
|--|----|
| ENFOQUES TEÓRICOS, DIFERENCIACIÓN SOCIAL Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS<br>EN EL MARCO DE LA DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO..... | 11 |
| 2.1 EL ENFOQUE SISTÉMICO DE DAVID EASTON.....  | 12 |
| 2.1.1 La vida política.....  | 13 |
| 2.1.2 El Sistema Político.....   | 13 |
| 2.1.3 El proceso de retroalimentación o feedback.....  | 14 |
| 2.1.4 El Enfoque Sistémico y la despenalización del aborto.....  | 15 |
| 2.2 LA TEORÍA LIBERAL DE JOHN RAWLS.....   | 17 |
| 2.2.1 El aborto como derecho desde la postura de John Rawls.....   | 19 |
| 2.2.2 La razón pública y su importancia en el debate sobre el aborto.....  | 20 |
| 2.3 DIFERENCIACIÓN SOCIAL Y POLÍTICAS PÚBLICAS.....  | 21 |
| 2.4 EL ABORTO.....   | 23 |
| 2.4.1 Tipología del aborto.....  | 25 |
| 2.4.2 Las posturas teóricas en torno al tema del aborto.....   | 27 |
| 2.4.3 Los modelos despenalizadores.....  | 29 |
| 2.4.4 El papel del Estado y la interrupción voluntaria del embarazo.....   | 31 |

## CAPITULO III

|   |    |
|---|----|
| EL CONTEXTO DEL ABORTO EN GUATEMALA .....                     | 37 |
| 3.1 EL ABORTO INSEGURO EN GUATEMALA .....                     | 38 |
| 3.2 DATOS SOBRE EL ABORTO A NIVEL NACIONAL .....              | 40 |
| 3.3 CARACTERIZACIÓN DE LA PRÁCTICA ABORTIVA EN GUATEMALA..... | 45 |
| 3.3.1 El perfil de las mujeres que recurren al aborto.....    | 45 |
| 3.3.2 Centros clandestinos de aborto.....                     | 50 |

|  |   |     |
|--|---|-----|
| 3.3.3  | Costo del servicio de aborto.....   | 51  |
| 3.4  | ABORTO INDUCIDO Y MORTALIDAD .....  | 53  |
| 3.4.1  | Los riesgos de las prácticas abortivas .....  | 53  |
| 3.4.2  | La atención medica ante complicaciones abortivas.....   | 56  |
| 3.4.3  | Tasa de mortalidad por complicaciones postaborto.....   | 59  |
| 3.5  | EL ABORTO COMO DEBATE JURÍDICO Y LOS ELEMENTOS CENTRALES DE DISCUSIÓN .....   | 60  |
| 3.5.1  | Evolución histórica de la legislación sobre el aborto a nivel internacional .....   | 61  |
| 3.5.2  | Guatemala y el contexto internacional relacionado con el aborto .....   | 66  |
| 3.5.3  | Regulación del aborto en la legislación guatemalteca.....   | 68  |
| 3.5.4  | El Código Penal guatemalteco y el aborto.....   | 70  |
| <br>   |   |     |
| <b>CAPITULO IV</b>   |   |     |
| <b>VALIDACIÓN DE LA HIPÓTESIS Y RESULTADOS DEL ESTUDIO .....</b>                   |   |     |
| 4.1  | VALIDACIÓN DE LA HIPÓTESIS .....  | 74  |
| 4.2  | RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL.....  | 76  |
| 4.2.1  | Principales actores involucrados y sus posturas en torno al tema .....  | 76  |
| 4.2.2  | La legislación guatemalteca en materia de salud sexual y reproductiva.....  | 80  |
| 4.2.3  | Los planes y estrategias propuestos por el Estado de Guatemala en el ámbito de la salud sexual y reproductiva .....                             | 85  |
| 4.2.4  | Casos ingresados y sentencias condenatorias por delitos de aborto durante el periodo 2012-2016 .....  | 91  |
| 4.2.5  | Análisis de las estrategias y acciones implementadas desde el Ejecutivo en materia de salud sexual y reproductiva en el periodo 2012-2015 ..... | 93  |
| 4.3  | RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN HEMEROGRÁFICA.....   | 99  |
| 4.3.1  | Noticias Base.....  | 100 |
| 4.3.2  | Análisis de la información.....   | 104 |
| 4.4  | RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS .....   | 109 |
| <br>   |   |     |
| <b>CAPÍTULO V</b>  |   |     |
| <b>UNA PROPUESTA VIABLE HACIA LA DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO EN GUATEMALA .....</b> |   |     |
| 5.1  | ASPECTOS CONSIDERATIVOS.....  | 127 |
| 5.2  | LAS REFORMAS LEGALES .....  | 130 |
| 5.2.1  | Las motivaciones de la reforma.....   | 131 |
| 5.2.2  | Las razones y los plazos admitidos .....  | 132 |
| 5.2.3  | Requisitos mínimos que deben de cumplirse .....   | 133 |
| 5.2.4  | Las medidas de garantía .....   | 135 |
| 5.3  | LAS ESTRATEGIAS COMPLEMENTARIAS EN MATERIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA .   | 136 |
| <br>   |   |     |
| CONCLUSIONES.....  |   | 141 |
| RECOMENDACIONES.....   |   | 144 |
| <br>   |   |     |
| LISTADO DE ABREVIATURAS.....   |   | 146 |
| <br>   |   |     |
| BIBLIOGRAFÍA.....  |   | 148 |

## ÍNDICE DE TABLAS

---

|   |     |
|---|-----|
| Tabla 1: Matriz programática .....  | 88  |
| Tabla 2: Casos ingresados por el delito de aborto en los órganos jurisdiccionales de la República de Guatemala, durante los años 2012 al 2016.....                  | 92  |
| Tabla 3: Sentencias condenatorias dictadas en los órganos jurisdiccionales de la República de Guatemala por el delito de aborto, durante los años 2012 al 2016..... | 93  |
| Tabla 4: Mes y noticias publicadas en relación al aborto y la salud sexual y reproductiva.....  | 105 |
| Tabla 5: Resumen de titulares y su clasificación .....  | 107 |
| Tabla 6: Frecuencia de las variables de estudio de los titulares publicados.....  | 108 |
| Tabla 7: Contexto del aborto en Guatemala .....   | 110 |
| Tabla 8: Causas que promueven el aborto en la clandestinidad.....   | 113 |
| Tabla 9: Consecuencias sociales y políticas del aborto clandestino .....  | 117 |
| Tabla 10: Papel del Estado ante la problemática del aborto .....  | 120 |
| Tabla 11: La despenalización del aborto .....   | 122 |

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

---

|  |    |
|--|----|
| Gráfico 1: Embarazos en Guatemala .....  | 41 |
| Gráfico 2: Tasa de aborto en Guatemala .....   | 42 |
| Gráfico 3: Prestadores de servicios abortivos.....   | 43 |
| Gráfico 4: Principales causas de mortalidad materna .....  | 44 |
| Gráfico 5: Mujeres que acuden a prácticas abortivas según edad, años de escolaridad, estado conyugal y ocupación ..... | 48 |
| Gráfico 6: Motivaciones que inducen a las mujeres a abortar.....   | 48 |

# INTRODUCCIÓN

---

Los problemas sociales relacionados con la práctica abortiva insegura y clandestina, junto con los riesgos que representa para la salud y vida de las mujeres, aunado a las condenas de orden moral y penal que provoca, son asuntos que de forma progresiva han adquirido relevancia pública a nivel nacional e internacional. De esta forma, el aborto ha salido del debate de la práctica privada o individual, así como de los derechos humanos bajo una perspectiva ético moralista, para colocarse dentro de un enfoque social, sanitario y político de trascendencia para el sostenimiento de la convivencia social en armonía, y la propia legitimidad del Estado, debido a las alarmantes estadísticas de mujeres que anualmente fallecen como consecuencia de complicaciones abortivas, y de la escasa reacción de las políticas gubernamentales ante dicha problemática, reduciendo con ello los derechos inherentes de toda mujer a su salud.

En Guatemala, la continuación o interrupción de un embarazo es una decisión personal de carácter privado, teniendo en cuenta la complicada situación económica y la carencia de políticas desarrollistas realistas y efectivas implementadas por el Estado. Lo anterior, imposibilita el pleno desenvolvimiento de la mujer, llevándola a tener que tomar una posición de carácter irreversible. Por lo tanto, ha dejado de ser un debate exclusivamente ético, para convertirse en un tema relacionado con valores tales como la libertad, y la responsabilidad reproductiva.

Para llevar a cabo un análisis del aborto como fenómeno social, se debe de hacer alusión a los conceptos de poder, desigualdad y exclusión que lo condicionan. Las barreras legales que impiden el acceso al aborto voluntario se establecen en relación directa a los elementos antes citados, por lo cual se puede inducir que la despenalización del aborto no hace referencia a la solución inmediatista de una problemática o fenómeno social, por el contrario, es parte de una respuesta mucho más amplia y compleja, enmarcada dentro del respeto a los derechos y libertades fundamentales de la mujer en todos los ámbitos, especialmente los sexuales y

reproductivos, sin exclusión y diferenciación alguna, lo que se convierte en un punto de partida para el papel del Estado y las políticas relativas a ello.

Para el caso específico de Guatemala, el aborto es una práctica penalizada por el Código Penal, salvo en caso de que corra riesgo la vida de la madre. No obstante, pese a la existencia de esta prohibición legal, muchas guatemaltecas que han enfrentado un embarazo no planeado, o que han sido víctimas de algún tipo de violencia sexual, especialmente para el caso de las menores de edad que han sufrido violaciones sexuales en el área rural del país, han recurrido a procedimientos abortivos. Una elevada proporción de estos procedimientos son practicados por proveedores no capacitados y en condiciones inseguras, lo que puede resultar, si no en la muerte, si en complicaciones graves y lesiones físicas y psicológicas de largo plazo para la mujer.

Es así como la prohibición en Guatemala del aborto ha dejado de ser solamente un tema ético dentro del espectro de los derechos humanos, para convertirse en un problema de salud pública que deviene en una responsabilidad estatal, de acuerdo a la Constitución Política de la República de Guatemala. Por otro lado, se hace evidente que los impedimentos legales para tener acceso a un aborto seguro únicamente han promovido la oferta clandestina, colocando a miles de mujeres en riesgo de muerte, y a su vez, como infractoras de la ley.

Con el objeto de brindar una interpretación amplia sobre el debate del aborto inseguro y clandestino en Guatemala, así como sus posibles soluciones, el presente estudio se organiza en cinco capítulos. El Capítulo I contiene el diseño metodológico y los lineamientos generales de la investigación.

Por su parte, el Capítulo II presenta los enfoques teóricos que fueron empleados en relación al marco conceptual de la diferenciación social y las políticas públicas. Igualmente contiene las diferentes definiciones que desde la perspectiva médica y doctrinaria tiene el aborto, su tipología, así como las posturas existentes en torno a su posible despenalización o legalización que han abierto el debate a nivel nacional e internacional, y el rol que el Estado tiene en este proceso.

El Capítulo III presenta datos estadísticos sobre el aborto en Guatemala, realizándose a su vez un análisis de los principales grupos de riesgo, el perfil de las mujeres que desean interrumpir sus embarazos, los proveedores de abortos clandestinos, los costos de dichos servicios, así como los riesgos que el aborto inducido tiene para la mujer en cuanto a su salud y vida. Del mismo modo, se efectúa un repaso sobre la evolución que el tema de la despenalización del aborto ha tenido a nivel mundial, los acuerdos internacionales que Guatemala ha suscrito en materia de salud sexual y reproductiva, y su vinculación con el marco jurídico nacional.

El Capítulo IV se dedica a la validación de la hipótesis y la exposición de los resultados de la investigación en general, a través del análisis de la información recopilada durante la investigación documental, la hemerografía, y las entrevistas llevadas a cabo, con el fin de describir la manera en la que el Estado guatemalteco ha abordado el tema del aborto durante el periodo 2012-2015.

A lo largo del Capítulo V se desarrolla una breve propuesta sobre los procesos y mecanismos que pueden ser tomados en cuenta para alcanzar el proceso de despenalización del aborto en Guatemala en el mediano plazo, exponiendo a su vez las estrategias complementarias necesarias en el marco de los derechos sexuales y reproductivos.

Por último, se presentan las conclusiones y recomendaciones resultantes del trabajo investigativo llevado a cabo.

# CAPITULO I

## ASPECTOS METODOLÓGICOS

---

En Guatemala la simple mención del tema del aborto genera debates de todo tipo dentro de una sociedad conservadora que se enfoca en el espíritu de protección a la vida humana, y su dignificación desde el momento de la concepción hasta la muerte, amparado en lo establecido en la Constitución Política de la República, y algunos convenios internacionales sobre Derechos Humanos aceptados y ratificados por Guatemala, que abordan el tema de las condicionantes de vida para los infantes cómo limitante de su desarrollo humano. El aborto no representa una discusión nueva para la sociedad guatemalteca, es realmente un problema que no desea enfrentarse, ni por políticos, ni por buena parte de la sociedad misma, que observan pasivamente cómo dicho flagelo pone en riesgo la vida y los derechos de miles de mujeres año con año, pero a su vez postergan tan siquiera una discusión objetiva y coherente a la situación.

“Estas instituciones patriarcales, con base en explicaciones moralistas se arrogan el poder de prohibir férreamente el aborto, sin embargo cabe preguntarse ¿por qué se penaliza el aborto cuando la vida y la salud de las mujeres están en constante riesgo?” (Gómez, 2013, p.15).

Una respuesta más que acertada sobre este particular nos la brinda Carolina Vásquez (2013), en su columna de opinión de Prensa Libre:

“Quienes se oponen con tanta virulencia al aborto han pretendido dar una imagen distorsionada de esta práctica, al punto de hacer creer que quienes la favorecen son personas inmorales y carentes de valores. Lo que nadie dice es que una mujer jamás buscaría someterse a un procedimiento tan doloroso y desgastante por gusto o como método de planificación, y que quienes lo hacen exponen su vida en manos de personas que lo han convertido en un lucrativo negocio, precisamente gracias a las prohibiciones” (p. 13).

Pese a que el aborto es ilegal en nuestro país, es también una realidad innegable en la vida de muchas mujeres, lo que evidencia la importancia y la urgencia de abordar dicha temática desde el ámbito jurídico y político, particularmente desde las acciones del Estado y sus instituciones, así como la necesidad impostergable de una reflexión a

fondo sobre las causas y consecuencias del aborto, donde la salud y bienestar integral de la mujer se prioricen por encima de preceptos machistas y conservadores que nuestra sociedad ha perpetuado.

El interés de realizar la investigación sobre la despenalización del aborto en Guatemala, parte entonces de la necesidad de que el Estado reconozca y de validez a los derechos fundamentales relativos a la autodeterminación sobre sus cuerpos, puesto que de seguir negando la situación del aborto en el país, más mujeres continuarán sometiéndose a prácticas abortivas clandestinas e inseguras que ponen en riesgo su salud, con la complicidad de un Estado clasista y excluyente.

Siendo un tema escasamente abordado dentro del área de la Ciencia Política, como consecuencia del debate que provoca, este estudio evalúa la temática desde el enfoque de las políticas y acciones estatales. Por tal motivo, se presenta un planteamiento modernista, partiendo el análisis de la premisa de que el acceso a la opción de la interrupción voluntaria del embarazo se convierte en un elemento clave para el alcance de la igualdad de género en nuestra sociedad con reconocimiento estatal.

El presente Capítulo aborda los elementos teóricos y metodológicos que sirvieron de base para el desarrollo de la investigación.

## **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La pregunta central que regirá la investigación es *¿Cuál ha sido la respuesta institucional del Estado de Guatemala durante el periodo 2012-2015, frente a la realidad social y sanitaria del aborto voluntario en la clandestinidad?*

El aborto en Guatemala está prohibido por la ley, permitiéndose solamente cuando se encuentra en peligro la vida de la mujer embarazada. Sin embargo, se estima que anualmente alrededor de un tercio de las 180,000 mujeres que enfrentan un embarazo no deseado se someten a prácticas abortivas, arriesgando su salud al recurrir a proveedores no capacitados (CIESAR, 2011).

Es particularmente difícil abordar dicha situación en una sociedad en donde el embarazo no planeado y el aborto siguen siendo un tabú. Por tal motivo, este último es

condenado, especialmente por los sectores más conservadores de la sociedad, quienes ignoran la realidad del aborto inseguro en el país.

Debido al estigma generalizado en torno a la temática, las mujeres guatemaltecas hacen todo lo posible para mantener sus abortos en absoluto secreto. Esta situación de clandestinidad impide una medición precisa de la práctica insegura del aborto en Guatemala.

En Guatemala, al igual que en otras naciones donde se realizan abortos en la clandestinidad, el aborto inseguro puede traducirse en complicaciones que necesitan de hospitalización y limitan los recursos médicos, ya de por sí escasos. De hecho, la atención hospitalaria para las mujeres que presentan abortos incompletos, espontáneos e inducidos, puede abarcar alrededor de una tercera parte del presupuesto para maternidad asignada a un hospital público (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2003). Asimismo, una investigación llevada a cabo entre los años 1993 y 1996 en el departamento de Guatemala, atribuyó al aborto el 12% de las muertes maternas (Gutmacher Institute, 2005), mientras que en el año 2000 fue el responsable del 10% de las muertes maternas a escala nacional (Instituto Nacional de Estadística, 2002)

A pesar de que las acciones en materia de planificación familiar en Guatemala empezaron a mediados de la década de los sesenta (Santiso-Galvez & Bertrand, 2004), y de que se han llevado a cabo esfuerzos gubernamentales para mejorar la calidad de la atención postaborto en hospitales públicos (Kestler & Valencia, 2004), los resultados han sido escasos, sin presenciarse cambios sustanciales en las políticas del Estado en materia de salud para abordar el tema de la despenalización o legalización del aborto como una potencial solución al problema de la práctica abortiva clandestina y las muertes maternas por dicha causa.

## **1.2 DELIMITACIÓN**

### **1.2.1 Unidad de Análisis**

Organismo Ejecutivo

## **1.2.2 Periodo Histórico**

2012-2015

## **1.2.3 Ámbito Geográfico**

Guatemala

## **1.3 HIPÓTESIS**

La penalización del aborto en Guatemala limita derechos y libertades de las mujeres, lo que motiva a las prácticas clandestinas del aborto poniendo en riesgo la salud y vida de la mujer.

### **1.3.1 Variable independiente**

La penalización del aborto en Guatemala limita derechos y libertades de las mujeres.

### **1.3.2 Variable dependiente**

Lo que motiva a las prácticas clandestinas del aborto poniendo en riesgo la salud y vida de la mujer.

## **1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.4.1 General**

Establecer la postura y tratamiento del Estado de Guatemala en lo relativo a la despenalización del aborto durante el periodo 2012-2015.

### **1.4.2 Específicos**

- Caracterizar la práctica del aborto voluntario en la clandestinidad en Guatemala.
- Determinar los factores que contribuyen a la práctica del aborto clandestino en Guatemala.

## 1.5 METODOLOGÍA

La presente investigación articula una variedad de técnicas metodológicas, con un enfoque principalmente cualitativo, siendo estas: la investigación documental, la investigación hemerográfica y la entrevista.

En ese mismo sentido, la investigación empleó el método científico, siendo este un estudio de tipo descriptivo-analítico que buscó establecer no solo una caracterización actualizada del problema del aborto en el país, sino también determinar las relaciones causales que han impedido la simple discusión del tema dentro de la sociedad.

La perspectiva política de este estudio propuso un enfoque epistemológico dialéctico. Se seleccionó este enfoque debido a que el mismo establece que los fenómenos históricos y sociales se mantienen en constante movimiento. Aplicado al campo de la investigación, propone que todos los fenómenos son regidos por las leyes de la dialéctica, es decir que la realidad no es estática, sino que está sujeta a contradicciones, a cambios y a un desarrollo permanente. Por lo tanto sugiere que todos los procesos sociales sean analizados en sus interrelaciones con otros y en un estado de perpetuo cambio, ya que nada existe como un objeto aislado (Briones, 2002). Además este método permite describir la historia de la sociedad y del pensamiento, a través del precepto de lucha de contrarios y de la transformación social, el cual tuvo como complementos para la realización de dicho análisis al enfoque sistémico de David Easton y al pensamiento liberal de John Rawls.

Se comprende que un análisis político sobre la despenalización del aborto en el país, desarrollado exclusivamente desde especulaciones estadísticas significa vaciarlo de su sentido social y cultural. Por lo tanto, esta investigación retomó la propuesta histórica de recuperar las raíces sociales revisando las luchas históricas, pero además analizando críticamente el contexto actual y particular. Si la práctica del aborto es ilegal y se sigue practicando, entonces habría no sólo que cuestionar el sentido de dicha ilegalidad, sino también recuperar el sentido de la práctica misma (Briones, 2002).

La primera fase para la elaboración del informe de tesis consistió en la investigación documental referente a la temática del aborto en Guatemala durante los últimos cuatro

años, que se encuentra en la bibliografía de organizaciones sociales a nivel nacional que abordan el tema de la mujer, así como en estudios y análisis de organizaciones internacionales especializadas en la materia, puesto que ello sirvió de base para poder establecer una relación precisa entre la realidad nacional y los principales indicadores socio-políticos que evidencian dicha situación, que luego fueron utilizados en la construcción de los instrumentos de recolección de datos.

Se efectuó también una revisión y análisis del contenido de las diferentes leyes que componen el marco jurídico guatemalteco en lo relativo a la salud sexual y reproductiva. Del análisis de estos documentos jurídicos, se extrajeron algunos de los aspectos técnicos y operativos más relevantes vinculados a los objetivos de la investigación.

Del mismo modo, se considera el programa de gobierno del Partido Patriota para el periodo 2012-2016, revisando los aspectos referentes a la salud sexual y reproductiva. Asimismo, se analizaron los documentos de Orientaciones Estratégicas de Política para los periodos 2012-2014 y 2014-2016 elaborados por la Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia –SEGEPLAN-.

Aunado a lo arriba descrito, se tomaron en cuenta los estudios e informes elaborados por instituciones del Estado, como por Organizaciones No Gubernamentales locales y Organismos Internacionales sobre el aborto y sus implicaciones sociales, de salubridad y políticas, se consideraron una pieza fundamental de la etapa de investigación documental. La información recopilada en dichos trabajos permitió una mayor comprensión del contexto y de las principales variables de análisis de estudio, identificando las transformaciones y las permanencias en los actores en el debate nacional, los conceptos utilizados y los enfoques argumentativos de los mismos.

Finalmente en lo que se refiere a la investigación documental, se realizó un proceso de revisión sobre los reportes de denuncias y procesos judiciales llevados a cabo en contra de personas que practicaron procedimientos abortivos inseguros y clandestinos, y aquellas mujeres que se sometieron a los mismos, con la finalidad de establecer una conexión entre la aplicabilidad real de la ley que penaliza el aborto, y lo que en la práctica y bajo el contexto actual se lleva a cabo, con información proporcionada por el Centro de Información, Desarrollo y Estadística Judicial –CIDEJ-.

En la segunda fase, se llevó a cabo una investigación hemerográfica con base en la información de tres de los principales medios escritos en circulación a nivel nacional, siendo estos Prensa Libre, El Periódico y Siglo XXI, información que sirvió para identificar los principales acontecimientos que sobre el tema del aborto se dieron durante el periodo 2015-2016, con el objetivo de establecer el proceder del Estado de Guatemala durante dicha temporalidad, no solo a través de sus políticas y programas, sino también a nivel de discurso político, evaluando las similitudes y diferencias con el periodo del Partido Patriota. De igual manera, la investigación hemerográfica permitió dar seguimiento a los procesos de denuncia y enjuiciamiento de aquellos que han participado en actividades ilícitas relacionadas con las prácticas abortivas.

La tercera fase consistió en el desarrollo, una vez reconocidos los principales aspectos teóricos y contextuales del aborto en Guatemala, de las variables de estudio que conformaron el cuestionario de entrevista para los actores claves identificados. Posteriormente se efectuó el trabajo de campo, seleccionando los informantes en función de los objetivos del estudio y de su conocimiento o incidencia política del tema a nivel nacional, con la finalidad de identificar criterios, percepciones, opiniones e información adicional sobre los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, y el aborto en particular.

Durante la cuarta fase del estudio se llevó a cabo la sistematización y depuración de la información recopilada, así como su respectivo proceso de análisis. En el caso de la información obtenida en la investigación documental se empleó el análisis de contenido, mientras que para los datos hemerográficos se efectuó un análisis morfológico y de contenido. La información obtenida durante las entrevistas fue vaciada en cuadros comparativos para su descripción.

Por último, se procedió a la redacción del informe final del estudio, elaborándose primero un borrador que fue presentado ante el asesor de tesis y autoridades de la Escuela de Ciencia Política para su revisión y observaciones, siendo estas últimas incorporadas en una versión final que fue nuevamente presentada ante las autoridades correspondientes para su evaluación y aprobación definitiva.

## **CAPÍTULO II**

# **ENFOQUES TEÓRICOS, DIFERENCIACIÓN SOCIAL Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN EL MARCO DE LA DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO**

---

La despenalización del aborto no ha tenido una discusión amplia y seria en nuestro país hasta la fecha, mientras que el Estado se ha negado a discutir el tema, sobre todo después de la declaración del Presidente Otto Pérez Molina durante la Cuadragésima Tercera Asamblea de la Organización de Estados Americanos –OEA-, celebrada en Antigua Guatemala en junio de 2013, donde señaló que la despenalización del aborto está en contra de los valores y los principios éticos de la sociedad guatemalteca, rechazando posibilidad alguna de discutir la temática durante su gestión, postura que continua con el actual gobierno encabezado por el Presidente Jimmy Morales, para el período 2016-2020.

Marcela Lagarde (1990) denuncia que la división tradicional del trabajo asigna a las mujeres la reproducción humana y las labores domésticas, mientras que a los hombres les asigna no solo las actividades productivas, sino también les concede roles políticos inaccesibles para las mujeres. Sin olvidar que al mismo tiempo se piensa en la maternidad como la función principal de toda mujer, algo natural a su propia condición, y que por lo tanto, la hace sujeto del control masculino, representante de la cultura dominante.

En el contexto del Siglo XX, la identidad femenina se define según los postulados de la sociedad patriarcal, por lo que los roles que la sociedad le asigna a la mujer se definen no por su capacidad, sino a partir del sexo biológico, que la posiciona como subordinada y dependiente de las decisiones masculinas, una marginación omnipresente en la mayoría de los planos de la vida, que da paso a la discriminación de la mujer en todos los ámbitos posibles.

En relación a lo anterior, la ilegalidad del aborto no se manifiesta únicamente como un trauma físico-psicológico para la mujer, es también una clara muestra de la desigualdad y la exclusión social a la cual ha sido sometida históricamente. Esta penalización limita

no solo sus derechos sexuales y reproductivos, sino que afecta a su intimidad, su libertad de decisión, su seguridad y su vida.

Al mismo tiempo, se presenta una clara contradicción entre derechos y necesidades, por un lado la Constitución garantiza el respeto y protección a los derechos de todos sus ciudadanos, pero por otra parte, existen legislaciones que discriminan, restringen y excluyen a las mujeres de su derecho de autodeterminación y a una vida sexual y reproductiva libre de riesgos.

En este Capítulo se presenta la revisión literaria relacionada con la interrupción voluntaria del embarazo, teniendo en cuenta que la investigación tomará como referentes teóricos el Enfoque Sistémico de David Easton y la Teoría Liberal de John Rawls que permiten el abordaje de la despenalización del aborto desde la realidad guatemalteca, ya que a través de estas se puede promover un proceso integral y coherente de debate social y político, así como el establecimiento de acciones y políticas integrales a favor de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, y de su autodeterminación, comprendiendo la problemática del aborto no solo como un tema de derechos humanos, sino también de salud pública.

Se desarrolla de igual manera el concepto de aborto, estableciendo su tipología y posturas teóricas contemporáneas, lo cual sirve de marco para el análisis y la interpretación de los alcances de este estudio, así como los conceptos de diferenciación social y políticas públicas vinculados con el aborto, los cuales actúan como variables mediadoras que permiten contextualizar las condicionantes que interfieren en el papel del Estado ante la problemática en mención.

## **2.1 EL ENFOQUE SISTÉMICO DE DAVID EASTON**

El enfoque sistémico dentro de la teoría política, se ha consolidado como una de las opciones analíticas más utilizadas en los últimos años. Anatol Rapoport (1984), señala que el análisis sistémico está enfocado a identificar los elementos que componen los sistemas, las relaciones internas y externas existentes en estos, así como la evolución del sistema en su totalidad, pero especialmente su supervivencia.

El Dr. Edgar Jiménez (1988), autor del libro *Enfoques Teóricos para el análisis político* destaca que los estudios más relevantes del análisis sistémico dentro de la Ciencia Política se dan con los trabajos de David Easton, *The political system* y *A system analysis of political life*, donde propone varias categorías de corte empírico con la finalidad de explicar un sistema de conductas que él denomina “la vida política”.

### **2.1.1 La vida política**

Easton define la vida política como un complejo proceso de interacción a través del cual las demandas sociales –inputs- se convierten en productos o respuestas estatales – outputs-, que toman la forma de políticas, decisiones y acciones para dar solución a esas demandas. El autor presenta las bases de lo que él mismo llama un esquema analítico de los sistemas políticos, partiendo por un lado de la teoría empírica, y conjugándolo con la idea de que la vida política no es más que un sistema de conductas. El teórico trata así, de establecer cómo es que un sistema político puede sobrevivir en un mundo donde la estabilidad y el cambio predominan.

### **2.1.2 El Sistema Político**

David Easton (1999) expresa que el término “sistema” hace referencia a un "conjunto de interacciones aislado de cualquier otro conjunto de interacciones dentro del cual puede existir" (p.50). El sistema puede ser comprendido entonces, como un conjunto de dos o más elementos interdependientes entre sí, que conforman un todo estructuralmente íntegro y que persiguen un mismo objetivo, pudiendo estar organizado de manera suelta o rígida, y ser a su vez estable o inestable.

Bajo esta corriente de pensamiento, todo sistema busca estabilizarse, mantenerse o volver después de alguna perturbación a algún tipo de equilibrio, lo que Easton nombra como el proceso de “retroalimentación” o “feedback”, siendo este el punto central del análisis sistémico, el equilibrio del sistema, presentando al sistema como una red de comunicaciones que posibilita que la interacción de la información lleve a un proceso de autoajuste.

En la actualidad la expresión "sistema político" se tiende a utilizar como sustituto del concepto de "Estado" o como un término multidimensional de cualquier realidad política.

En ese sentido, para David Easton (citado por Losada & Casas, 2008) “el sistema político posee enorme semejanza con un ser viviente, en cuanto, al interior de uno y otro, diversas estructuras están desempeñando variadas y complementarias funciones” (p.233). Pero el mismo teórico advierte que todo sistema político, al igual que cualquier ser viviente, se mantiene bajo una constante interacción con su entorno o ambiente, presentando un equilibrio "homeostático", lo que significa que lejos de mantener un equilibrio estático, este es dinámico, en continua transformación, ya sea para adaptarse a las modificaciones de su entorno, o para atender las demandas que se presenten en su interior.

El sistema político es definido por Easton (1999) como: “Las interrelaciones a través de las cuales los valores se ubican en forma autoritaria, para una sociedad y por las cuales los miembros son inducidos a aceptarlas como un enlace” (p.56). El sistema político entonces, puede hacer uso de la coacción física legítima para alcanzar sus objetivos, manteniendo el sistema en equilibrio y asegurando su permanencia. O lo que es lo mismo, el Estado impone las normas, políticas o procesos que la sociedad debe de acatar para atender las demandas que se le presenten, y con ello garantizar la supervivencia o estabilidad del sistema en su conjunto, lo que define su capacidad de autorregulación.

Todo sistema político se encuentra condicionado por dos tipos de ambientes o entornos, con los cuales mantiene una interacción constante: el ambiente intrasocietal y el extrasocietal, los que unidos conforman el ambiente total en el que se desenvuelve el sistema político. Es a través de dicha interacción que el proceso de retroalimentación cobra vida.

### **2.1.3 El proceso de retroalimentación o feedback**

Para Easton la respuesta de cómo logran persistir los sistemas políticos a lo largo del tiempo, constituye el problema central del análisis político. La respuesta parte de reconocer que todos los sistemas políticos para ser considerados persistentes, deben cumplir de forma exitosa las siguientes funciones: a) La asignación de valores dentro de una sociedad; y b) Hacer que la mayoría de las personas acepten esos valores y los cumplan de forma obligatoria (Lilienfeld, 1984).

Para lograr esa supervivencia del sistema, se debe empezar entendiendo lo que es una *perturbación*, que hace alusión a las influencias que los ambientes -intrasocietal y extrasocietal- tienen sobre todo sistema y lo condiciona de alguna forma. Una perturbación podría convertirse en una *tensión* si este llega a poner en un estado crítico al sistema, aunque no siempre es este el caso. Según Jiménez (1988), solamente se produce tensión cuando existe el riesgo de que las perturbaciones sean llevadas más allá de lo que se considera su *margen crítico*.

Todo sistema tiene la capacidad de enfrentar las perturbaciones y tensiones, si bien no siempre puede hacerlo con éxito, dependiendo de la prontitud y claridad de las medidas que tome para ello. Para lograr un resultado positivo, aquellos encargados de la toma de decisión deberán contar con información confiable y precisa sobre cada situación que se presente, pues de ello dependerá la persistencia del sistema. En este punto, Easton (1999), advierte que el sistema político se caracteriza por su adaptabilidad y autorregulación, es decir, logra generar respuestas ante las demandas que se le presenten, legitimando con ello su autoridad.

La respuesta del sistema político a las demandas que proceden de los ambientes intrasocietal y extrasocietal se manifiesta, a decir de Easton, en medidas de tipo autoritario diseñadas e implementadas por un equipo de tecno-burócratas con poder de decisión.

El sistema político se encuentra condicionado por un ambiente total, recibiendo demandas –inputs-, que también pueden provenir en forma de apoyo al sistema, no necesariamente de corte negativo o condicionante, sino como un sustento de la sociedad hacia el sistema político mismo. Las demandas o apoyos luego son procesadas por el sistema político -black box-, que para dar respuesta a las mismas da origen a los productos –outputs-, respuestas del sistema que pueden tomar una variedad de formas, dependiendo de su viabilidad política (Emmerich, 1997).

#### **2.1.4 El Enfoque Sistémico y la despenalización del aborto**

El pensamiento sistémico permite una comprensión de la dinámica política en general. Esta teoría no se limita únicamente a un análisis descriptivo, sino que apunta a ser

interpretativa y dinámica a la vez, a través del estudio de las interacciones entre las partes que componen un sistema y su funcionamiento, desde una concepción heterogénea.

Por la versatilidad y complejidad antes mencionada, el enfoque sistémico ha sido empleado en diversas ramas de la Ciencia Política, destacando su adaptabilidad en el análisis a diferentes niveles, desde el plano local y nacional, hasta el internacional (Losada & Casas, 2008). De igual forma, el enfoque sistémico se caracteriza por ser compatible con otros enfoques, por ejemplo el public choice, feminismo, la teoría liberal, y el neoinstitucionalismo, entre otros, por lo que se le considera un enfoque de tipo transdisciplinario o multidisciplinario.

Para el caso de la despenalización del aborto en Guatemala, las demandas a nivel intrasocietal provendrían de las organizaciones sociales en defensa de los derechos de la mujer, así como de las organizaciones juveniles. Del mismo modo, es manifiesta una presión a nivel extrasocietal por parte de organismos internacionales y Estados que reclaman el cumplimiento de varios acuerdos suscritos por el Estado de Guatemala en lo que respecta al tema de género y derechos sexuales y reproductivos, entre los que destacan la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos; la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo; la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer; y los Objetivos de Desarrollo del milenio, que señalan la importancia de contar con políticas estatales integrales en materia de salud sexual y reproductiva, conjuntamente con políticas educativas en materia sexual, encaminadas a la reducción de la mortalidad materna, al mismo tiempo que establecen el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer como elementos centrales de protección del Estado, discutiendo a su vez, la necesidad de revisar las legislaciones restrictivas en materia de aborto con el fin de promover procesos graduales de despenalización, y en los casos que existieren causales que volvían permisible la interrupción voluntaria del embarazo, garantizar el acceso y calidad de los servicios abortivos por parte del Estado, en la búsqueda de garantizar los mismos para todas las mujeres guatemaltecas, sin discriminación alguna y prestando igual importancia a su derecho de autodeterminación sobre sus propios cuerpos y vidas.

Las demandas mencionadas anteriormente, serían trasladadas al Estado guatemalteco quien procedería a convertir las mismas en outputs o respuestas institucionales, que para el particular tema adquiriría la forma de una reforma al Código Penal.

El proceso no concluiría con la reforma jurídica señalada, puesto que se entiende que una despenalización total o legalización del aborto en Guatemala en el corto plazo sería algo inviable en la práctica, por lo que la respuesta del Estado regresaría en algún momento en forma de demanda, comprendiendo que una reforma como la señalada debería de ser de tipo progresiva, e incluir de forma paralela otras medidas institucionales, jurídicas y políticas que le acompañen en lo relativo a temas tan importantes como la educación sexual, el acceso a los métodos anticonceptivos, y la concientización sobre los derechos de la mujer en la materia, dando paso al proceso de retroalimentación que señala Easton.

## **2.2 LA TEORÍA LIBERAL DE JOHN RAWLS**

El enfoque Liberal de John Rawls permite realizar un estudio objetivo sobre el tema del aborto, debido a que su trabajo se centra en el desarrollo de una teoría de la justicia capaz de establecer los cimientos sociales y políticos que justifiquen el abordaje de problemas públicos dentro de una sociedad de orden democrático. Según el autor uno de los objetivos básicos de la Ciencia Política es el de demostrar si, pese a la existencia de posturas y pensamientos opuestos en una sociedad determinada, puede llegar a darse "algún acuerdo filosófico o moral que pueda ser descubierto, o las diferencias acotadas, de tal manera que la cooperación social en un pie de mutuo respeto entre los ciudadanos pueda ser mantenida" (Rawls, 2007, p.10).

El considerado padre del liberalismo contemporáneo, analizó el aborto en tres de sus obras más importantes, siendo estas el *Liberalismo Político; Una revisión de la idea de razón pública*; y *La Justicia como equidad. Una reformulación*, donde aborda de forma clara la relación existente entre la razón pública y el derecho de la mujer a abortar.

Al hablar de la razón pública -término difuso y en constante discusión a lo largo de la historia- Rawls da una definición precisa en donde señala que esta es algo eminentemente característico de las sociedades democráticas, ya que representa la

razón de los ciudadanos en condición de igualdad. El objetivo de la razón pública es entonces el bien público, lo que llevaría en algún momento a la justicia social.

Para el teórico norteamericano el aborto sería una falsa dificultad que puede ser resuelta a través de la razón pública, por lo que establece que el aborto puede ser discutido desde dos grandes áreas o puntos de debate: Los principios constitucionales y la justicia básica.

El autor considera que cuando se aborda el tema del aborto entran en conflicto por lo menos tres valores políticos dentro de una sociedad, evidenciando el grado de complejidad sociopolítica del problema, los cuales son: “El debido respeto a la vida humana; la reproducción ordenada de la sociedad política a lo largo del tiempo, incluyendo de alguna forma a la familia; y finalmente la igualdad de las mujeres como ciudadanos iguales” (Rawls, 2004, p.162). Estos valores políticos se presentan en las sociedades “ordenadas”, las que cuentan con sistemas de justicia y de cooperación social sólidos y eficientes, aunque dichos valores pueden ser extensibles a sociedades no ordenadas, en las que se manifiesten desigualdades, inequidades y formas de injusticia institucional, como es el caso de la sociedad guatemalteca.

Al dar una explicación de lo que representan los mencionados valores políticos, este manifiesta que “...Un valor es político sólo cuando la forma social en sí es política: cuando se realiza, digamos, en partes de la estructura básica de la sociedad y de sus instituciones políticas y sociales” (Rawls, 2001, p.168). Es decir, un valor político se da solo cuando algo es ampliamente aceptado y respetado a lo interno de una sociedad, cohesionando todas las doctrinas y posturas posibles que en ella existan.

En ese sentido, el conflicto de valores políticos existente entre el derecho a la vida del nonato, la reproducción de la sociedad, y los derechos de igualdad de la mujer, existentes en cualquier sociedad donde el problema del aborto se manifieste, no puede mantenerse por un largo plazo, puesto que esto podría dañar de forma aguda algunas bases de la cohesión social, lo que hace urgente el construir alguna forma de ordenamiento jurídico que tenga como base razones compatibles aceptadas dentro de una sociedad. Luna & Salles (1995) expresan que la cuestión se presenta entonces en

establecer si el aborto puede ser parte de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, o si el derecho a la vida en gestación es inviolable.

### **2.2.1 El aborto como derecho desde la postura de John Rawls**

John Rawls explica la incompatibilidad entre la legislación que impide la interrupción voluntaria del embarazo en una temprana etapa con su concepción política de la siguiente forma:

“...Cualquier balance razonable entre estos tres valores dará a la mujer un derecho debidamente cualificado a decidir si pone o no fin a su embarazo durante el primer trimestre. La razón de ello es que, en esta primera fase del embarazo, el valor político de la igualdad de las mujeres predomina sobre cualquier otro, y se necesita ese derecho para darle a ese valor toda la substancia y toda su fuerza. Aunque los introdujéramos en el balance, otros posibles valores políticos no cambiarían en mi opinión esta conclusión. Cualquier doctrina comprensiva que lleve a un balance de los valores políticos que excluya ese derecho debidamente cualificado en el primer trimestre es, en esta medida, irrazonable; y, dependiendo de los detalles de su formulación, puede llegar a ser incluso cruel y opresiva” (Rawls, 2004, p. 278).

La esencia del pensamiento antes descrito, se manifiesta cuando el autor dice que la razón pública que justifica el aborto es que de no garantizarse dicho derecho a las mujeres, se estaría negando la igualdad substantiva que debe de prevalecer en toda sociedad. Si se entra a dilucidar qué derecho debe de tener prevalencia, Rawls dice que el valor político de igualdad entre mujeres y hombres tiene mayor peso que el de la vida en gestación, por lo que la mujer está en libertad de decidir si interrumpir su embarazo o no (Busdygan, 2013).

El determinar si el aborto comprende parte de los derechos constitucionales o de los derechos básicos de la mujer, es algo que tiene que ver con la deliberación democrática por un lado, y en la forma en la que se resuelva la disputa entre los valores políticos ya mencionados.

Se puede decir que el derecho al aborto es de rango constitucional si este proviene de forma directa del derecho a la igualdad de género que establece el enfoque de Rawls.

Según el padre del liberalismo contemporáneo, cuando a algún grupo de la sociedad se le impide o limita el derecho de autonomía sobre su vida y su cuerpo, dicho grupo social obtiene una ciudadanía de segunda clase o categoría. Llevando esto al plano de la decisión de abortar, si una mujer no puede tomar dicha decisión libremente, sin sanción, ello representa que se le dota de una libertad restringida en comparación con la de los hombres, por lo que se evidenciaría una desigualdad de género, que solo puede ser resuelta otorgándole rango de derecho constitucional a la elección de ser madre o no.

El pensamiento liberal de Rawls considera que el aborto tendría que ser un derecho constitucional, ya que solo así los derechos y libertades están exentos de modificaciones e interpretaciones arbitrarias provenientes de mayorías parlamentarias, decisiones de jueces, plebiscitos, cambios de gobierno, etc. (Busdygan, 2013). Aunque no libre de obstáculos, el aborto como derecho constitucional es la opción viable a una despenalización efectiva, tal y como el mismo Rawls (2004) explica: “Que (el aborto) sea una esencia constitucional puede ser dudoso, pero ciertamente bordea una de ellas y puede ser causa de hondo conflicto” (p. 162).

Situación contraria se presentaría si se analizara el aborto como un derecho básico, donde caería inevitablemente en el ámbito deliberativo, dando lugar a un debate social, político y coyuntural que no garantizaría que se respete el derecho de igualdad de género, dependiendo del apoyo social, de la resolución de los valores políticos en disputa, del proceder de las autoridades, de la educación de la sociedad respecto al tema, de los valores morales, etc.

### **2.2.2 La razón pública y su importancia en el debate sobre el aborto**

El planteamiento político de John Rawls pretende garantizar un deber de civilidad a lo interno de la sociedad, cuando se generen e interpreten principios constitucionales. Lo anterior demanda la existencia y puesta en práctica del principio de tolerancia y libertad de conciencia como rasgos fundamentales de una democracia constitucional, lo que conlleva una “...Disposición a escuchar a los demás, así como la ecuanimidad a la hora de decidir cuándo resultaría razonable acomodarnos a sus puntos de vista” (Rawls,1993, p. 252). Con lo anterior, se pone de manifiesto la importancia de

establecer un diálogo a lo interno de la sociedad, en el cual se expongan las diferentes posturas, en la búsqueda de soluciones conjuntas que respeten cada una de las mismas, y que generen un consenso sobre el camino o acciones para resolver cualquier diferencia o problema que se presente.

Debido a que las discusiones morales sobre el aborto tienden a la polarización y anulación mutua, solo la razón pública es capaz de consolidar el diálogo político necesario para su abordaje, puesto que este permitirá definir fundamentos jurídicos e institucionales para su solución. Es así como la razón pública dirime el aborto como un problema de salud pública y como un problema de desigualdad de género al mismo tiempo, reduciendo los enfrentamientos ideológicos y las posturas encontradas, para dar paso a políticas y acciones públicas que busquen un solo objetivo, el garantizar a la mujer su derecho a decidir libremente si quiere ser madre o no.

Con base a los planteamientos anteriormente expuestos, la teoría liberal conjuntamente con el enfoque sistémico permitirán un análisis objetivo y preciso para el abordaje de la despenalización del aborto en Guatemala, puesto que las características de conflictividad de valores políticos descritos en el paradigma liberal de Rawls, y la necesidad del Estado de encontrar respuestas a las demandas sociales provenientes de elementos intrasociales y extrasociales, que se establecen en el pensamiento sistémico, están presentes en la realidad guatemalteca.

### **2.3 DIFERENCIACIÓN SOCIAL Y POLÍTICAS PÚBLICAS**

La multiplicidad de significados que el concepto de *diferenciación social* tiene, hace indispensable una definición precisa como punto inicial de discusión. Luciano Gallino (2005) señala que dicho término hace referencia a un proceso que conduciría de manera gradual y progresiva a una identidad diferenciada en aspectos tales como la cultura, función, actividad, poder, autoridad o cualquier otra característica destacable por parte de un colectivo social. Por su parte, Múgica y Kroker (2003) quienes analizan a profundidad la obra de George Simmel titulada *Sociología. Estudios sobre las formas de socialización* referente a la temática, vinculan este concepto al de subordinación, expresando que los seres humanos se diferencian entre sí de forma cualitativa. La subordinación surge como consecuencia del proceso de diferenciación social existente

en la sociedad actual, estableciendo dos tipos de diferenciación a saber: la del individuo propiamente; y la de los individuos entre sí.

La diferenciación social se presenta en el ámbito de los derechos humanos y las libertades fundamentales. La misma se expresa en una actitud de desprecio o trato desigual por razones de prejuicio o estigma social, con efectos de limitar, o suspender derechos y libertades fundamentales de las personas que la padecen.

Se entiende el término genérico de *política pública* como un proceso que implica un comportamiento propositivo y metódico por parte de un individuo o entidad, para la definición de acciones y estrategias que persiguen objetivos claros, bajo un complejo esquema de toma de decisiones para su implementación, sin embargo autores como Guillermo Cabanellas de Torres (2006) lo amplían al plano estatal, explicando que dicho concepto hace referencia al arte de gobernar, a través del diseño de aparatos normativos que deben de cumplirse, y cuyo fin primordial es el bien público y la satisfacción de necesidades de la población.

La política pública es también producto de los conflictos de interés que se da entre los diferentes actores sociales, políticos y económicos dentro de un sistema político (Jaime et al., 2013). Representa entonces, la respuesta estatal a problemas sociales detectados o manifestados, siendo un proceso que inicia con la identificación de un problema por parte de un funcionario o agencia gubernamental, y que culmina con un mecanismo de monitoreo y evaluación de los resultados que han tenido las acciones emprendidas para eliminar, reducir o modificar dicho problema. Con ello, las demandas y necesidades sociales se trasladan del plano empírico, al de la decisión política y toma de decisiones por parte de las autoridades correspondientes.

En relación con el tema de diferenciación social, el problema de elaborar políticas públicas se vuelve aún más complicado cuando se observa que al implementar acciones tendientes a reducir o eliminar los daños causados por la diferenciación, estas promueven de forma paradójica, tratamientos diferenciados en favor de aquellos grupos sociales que se busca proteger, contradiciendo con ello las normas de trato equitativo y sin excepción contenidas en el principio de no diferenciación social.

En Guatemala, la diferenciación y desigualdad adquieren diferentes manifestaciones, las cuales se entremezclan y reproducen para excluir del desarrollo a miles de seres humanos en los diferentes ámbitos de la vida moderna, lo que según varios organismos internacionales ha convertido al país en uno de los más desiguales de la región latinoamericana. Estas desigualdades e inequidades se hacen visibles a través de los conflictos entre grupos sociales, bajo el amparo de la cultura patriarcal, racista, elitista y dictatorial que perdura desde la conquista misma, y que es perceptible a través de los encabezados noticiosos y reportajes publicados en los medios de comunicación escrita como “Guatemala es el más desigual de la región, dice informe del PNUD” (Maldonado, 2014), “Salud de la mujer está en riesgo” (Choc, 2014) , y “Guatemaltecas demandan seguridad y un empleo digno” (Gándara, 2014), que denotan el trato desigual y discriminación que se dan en los diferentes aspectos de la vida nacional en la actualidad, especialmente contra la mujer.

## **2.4 EL ABORTO**

Definir el aborto no es una tarea sencilla, la conceptualización que se haga deberá tener en cuenta una serie de elementos que se entrelazan –y en ocasiones oponen-, tales como los derechos humanos, la salud sexual y reproductiva, los valores morales y la ética, el pensamiento religioso, sin olvidar los aspectos culturales, jurídicos, políticos y socioeconómicos que condicionan la forma de entender la feminidad, y el rol que la mujer desempeña en la sociedad moderna, por lo que una definición de aborto nunca estará exenta de debates y consideraciones. La Doctora en Derecho, Norma Rivera (2008) señala que “aborto proviene del latín “ab”, que significa privación, y “ortus” nacimiento, es decir que significa privación del nacimiento” (p.3).

A nivel técnico podemos observar dos corrientes fundamentales para conceptualizar el aborto, aquellas de origen médico y las de tipo jurídico.

Clínicamente, la Organización Mundial de la Salud –OMS- (2010) define el aborto como “la interrupción de un embarazo tras la implantación del huevo fecundado en el endometrio antes de que el feto haya alcanzado viabilidad, es decir, antes de que sea capaz de sobrevivir y mantener una vida extrauterina independiente” (p.10).

En ese orden de ideas, el Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Centro Medico de la Universidad del Suroeste de Texas, y autor del libro *Obstetricia de Williams*, Gary Cunningham (2015), expresa que el aborto es: "...La terminación del embarazo por cualquier medio antes que el feto esté lo suficientemente desarrollado para sobrevivir" (p. 474). (Cunningham, 2015).

Otro concepto de carácter médico lo brinda el autor del libro *Consultor de Enfermería Obstétrica*, Jean Neeson (1989), quien describe el aborto como "...La terminación del embarazo antes que el producto de la concepción alcance 20 semanas de vida intrauterina, un peso de 500 gramos o una longitud coronilla rabadilla de 18 centímetros" (p.6).

En el ámbito doctrinario, El Doctor en Filosofía y profesor honorario de Filosofía en la Universidad de Navarra, Juan Cruz (1992), señala que "se considera aborto a la interrupción espontánea o el embarazo antes de que el feto sea viable (antes que comience a presentar signos de actividad vital avanzada). El problema de la viabilidad depende del marco legal de cada país" (p.14).

El que fuera abogado penalista y catedrático de Derecho Penal en la Universidad de Chile, Gustavo Labatut (1983), expresa que el aborto puede ser entendido como "la destrucción del producto de la concepción en cualquiera etapa de la vida intrauterina, ya sea por la expulsión violenta del embrión o feto o por su destrucción en el vientre de la mujer" (p.126).

El Código Penal guatemalteco define al aborto como: "La muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez" (Decreto 17-73 del Congreso de la República de Guatemala, art. 133).

En conclusión, se puede definir al aborto según los diversos autores citados como la interrupción del embarazo, la muerte del producto de la gestación antes de que este pueda sobrevivir por si solo fuera del útero materno, interrumpiéndose durante cualquier momento de la etapa de gestación, la que abarca desde la fecundación hasta el momento previo al nacimiento.

### **2.4.1 Tipología del aborto**

Los abortos pueden clasificarse según diferentes criterios, desde los estrictamente sintomáticos o patológicos, los que evalúan el tipo de intervención realizada para que se produzca, hasta aquellos de orden legal o penal, aunque por lo regular la mayoría de autores realizan una división entendiendo el origen o causa del aborto pudiendo ser espontáneos e inducidos.

En vista de esta diversidad de posturas, se decidió realizar una clasificación propia, con el objetivo de brindar un panorama mucho más amplio, pero a la vez entendible de los diferentes tipos de aborto y los criterios que condicionan dicha tipología, los que a continuación se presentan.

#### **2.4.1.1 Según la intervención en su interrupción**

Esta clasificación responde al grado y tipo de injerencia que existe para que ocurra una interrupción del embarazo, presentándose dos tipos: El aborto inducido y espontáneo.

El *aborto inducido* hace referencia a la interrupción del embarazo por medio de la utilización de fármacos o intervenciones después de la inseminación y antes de que el producto de la concepción sea viable de manera independiente (Organización Mundial de la Salud, 1995). Por su parte, el *aborto espontáneo* es el que se da sin que exista alguna intervención o proceso abortivo artificial. Sus causas se relacionan con problemas genéticos del feto, o como consecuencia de trastornos hormonales, físicos o psicológicos de la mujer (Organización Mundial de la Salud, 2003).

#### **2.4.1.2 Según las condiciones de riesgo**

Las condiciones de riesgo hacen alusión a las circunstancias, ambiente y procedimientos empleados al momento de interrumpir el embarazo. Se da entonces un *aborto seguro* cuando este es practicado por un profesional capacitado con el equipo e instalaciones necesarios, y en un ámbito médico propicio, lo cual conlleva un riesgo bajo para la mujer que se somete a un procedimiento abortivo.

Por otro lado, la OMS (2012) en su *Guía técnica y de política para sistemas de salud*, brinda una definición de *aborto inseguro*, expresando que este es “un procedimiento

para finalizar un embarazo no deseado realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria o que se lleva a cabo en un entorno donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos” (p.18).

#### **2.4.1.3 Según la aprobación jurídica**

Mundialmente la legislación respecto al aborto es muy variada, desde el libre acceso al aborto en servicios sanitarios públicos de forma gratuita según la decisión exclusiva de la mujer, hasta la penalización con años de prisión para las mujeres y aquellos que practiquen el aborto inducido. La práctica del aborto, entendida como la interrupción voluntaria del embarazo, está sujeta al marco normativo vigente en cada nación, en el que puede entenderse o como un derecho de la mujer o como un acto penalizado, que con el pasar de las décadas ha tenido una evolución a nivel internacional, tanto a nivel dogmático como práctico.

El *aborto ilegal y clandestino*, es aquel que se efectúa contraviniendo alguna normativa vigente del país en donde se lleva a cabo. Los abortos ilegales, son una práctica común en los países donde el aborto está penalizado, siendo un factor que contribuye significativamente al aumento de muertes maternas y de complicaciones postaborto, debido a las condiciones sanitarias y médicas en las que se realizan.

Los *abortos legales* por su parte, han sido jurídicamente aprobados en las legislaciones de algunos países, y son aquellos inducidos por causas terapéuticas, eugenésicas, económicas e inclusive sociales. Dentro del marco jurídico nacional, el único tipo de aborto legalizado es el aborto terapéutico.

#### **2.4.1.4 Según indicaciones médicas**

Cuando se habla de las indicaciones médicas como causal para el aborto, estas se encuentran relacionadas con los riesgos para la salud y vida, tanto de la madre como del nonato.

El *aborto terapéutico* es el que se lleva a cabo cuando la salud o vida de la madre está en alto riesgo. Será entonces el médico quien determine si debe realizarlo o no, debido a la gravedad de la enfermedad de la madre, que le impida tener a su bebé.

El *aborto eugenésico* es la interrupción voluntaria del embarazo en caso de sospecha o certeza de una enfermedad o malformación grave del feto, como resultado de alguna anomalía de tipo genético.

#### **2.4.2 Las posturas teóricas en torno al tema del aborto**

En los últimos años se ha llevado a cabo un gran debate internacional en torno a la temática del aborto desde los ámbitos político, social, de salud, ético y jurídico, centrándose el mismo en una serie de postulados y argumentos que establecen una dualidad de visiones bien definidas. Por un lado, aquellos que defienden el derecho de autodeterminación de la mujer de sus cuerpos y sus planes de vida, observando el asunto bajo la óptica de los derechos de la mujer, así como de su salud sexual y reproductiva en un todo, inalienable e indivisible; y por el otro, a los defensores de la vida del nonato, escudados en una doctrina ética y religiosa de reconocimiento y respeto de toda forma de vida, que el mismo Estado debe de proteger.

En palabras de Delgado Gustavson (2009), el debate mundial sobre el aborto puede entenderse así: “...Al respecto existen tres discusiones centrales: la autonomía de la persona (la mujer) versus el derecho a la vida del nonato; la definición del momento en que se inicia la vida; y la identificación de las razones legítimas para recurrir a la interrupción voluntaria del embarazo” (p.5).

A lo largo del tiempo se fueron construyendo tres paradigmas sobre el aborto, que al día de hoy prevalecen (Molina, 2006). El primero, *el conservador*, predica que el aborto no debe de ser permitido por el Estado, por lo que no debe de contemplarse en normativa alguna, bajo ningún tipo de justificación o causal, señalando que el aborto es sinónimo de “delito” “crimen”, “asesinato”, y hasta de “pecado”. Postura extremista aceptada en sociedades conservadoras, y constantemente tomadas como principal argumento por los grupos religiosos católicos, y algunos protestantes, donde prima la vida y bienestar del nonato, por encima de la salud y autodeterminación de las féminas. Le asigna a la mujer el rol de madre aún contra de su voluntad, y le convierte en un simple depositario de vida y fecundidad al servicio de la sociedad.

Vinculados con la posición conservadora, nacen los movimientos en defensa de la vida -Grupos Pro Vida-, los cuales están fuertemente organizados y estructurados dentro de la esfera política, social, religiosa y hasta económica, gozando de amplio respaldo de los grupos religiosos, y de los medios de comunicación tradicionales. A decir de Mayo Abad (2002), sus postulados se centran en la voluntad divina de la creación y el respeto a toda forma de vida; el surgimiento de la vida desde el momento mismo de la concepción; y en condenar el aborto como un “asesinato” de un ser todavía indefenso, que no, por no haber nacido, este desprotegido y tutelado de derechos.

Esta postura considera que el interés prevaleciente de protección lo tiene la vida dependiente, es decir, el feto o nonato (López, 2014). La vigente Constitución Política de Guatemala tiene para algunos teóricos esta interpretación jurídica, en la cual el reconocimiento al derecho y protección de la vida, se antepone a los derechos de libertad y autodeterminación de la mujer.

De la misma manera, hace su aparición en el escenario discursivo el paradigma *liberal*, que como lo señala Molina (2006) “deslegitima el derecho del Estado a limitar la libertad de la madre gestante (p.96). Se le concede el derecho de decidir a la mujer si desea continuar con un embarazo o no, y se le empodera para convertirla en artífice real de su sexualidad y plan de vida. Una postura tan radical como la antes descrita, termina por convertirse en blanco fácil de aquellos que consideran que dicho paradigma promueve el libertinaje sexual, una inmoralidad y condena ética de los valores ultraconservadores de la sociedad, y le conceden el carácter de perjudicial y antisistema.

Desde mediados de los años sesenta a nivel internacional nacen movimientos liberales en pro de la libre elección, los cuales defienden cuatro posiciones básicas: El derecho de la mujer a elegir si quiere ser madre o no; la posibilidad de interrumpir los embarazos no deseados; el machismo como coadyuvante de las limitaciones jurídicas y políticas de los derechos reproductivos y sexuales -incluido el aborto- de la mujer; y la autodeterminación de la mujer en materia sexual y reproductiva (Mayo Abad, 2002).

La postura anterior promueve una despenalización total o legalización del aborto realizado bajo el consentimiento de la embarazada, a la cual se le reconoce el derecho absoluto a disponer de su propio cuerpo.

Finalmente, y amparada en los tratados internacionales en materia de derechos humanos, se encuentra una postura que puede definirse como *intermedia*, la cual no condena de manera total la práctica del aborto, pero tampoco lo deja a la libre decisión de la mujer, sino que más bien, establece situaciones, plazos y circunstancias jurídicas y medicamente aceptables para que una mujer pueda recurrir a las prácticas abortivas. Se habla entonces de una regulación del aborto, bajo circunstancias determinadas que lo vuelven legal.

Lo anterior significa que se toma en consideración la protección jurídica de la vida del no nacido, pero a su vez se busca consensuar dicha disposición con los derechos y necesidades de las féminas afectadas por un embarazo no deseado, lo que posibilita la construcción de un marco normativo de causales que permiten llevar a cabo prácticas abortivas seguras, que reducen el grado de penalización, a través de excepciones legales (López, 2014).

### **2.4.3 Los modelos despenalizadores**

De acuerdo a José Hurtado Pozo (1994), en su libro *Manual de Derecho Penal. Parte Especial 2: Aborto*, las posturas despenalizadoras se dividen en dos grandes sistemas o teorías a saber:

#### a) Sistema de plazos

Bajo este sistema, la mujer tiene la plena libertad de decidir la interrupción de su embarazo, una vez este no sobrepase un tiempo preestablecido legalmente que por lo regular oscila entre las 10 y 24 semanas -regulación prevista en la mayoría de los países europeos- desde la gestación, sin que la práctica abortiva sea penada al darse cumplimiento al requisito temporal.

Dicho sistema despenalizador ha ido adquiriendo relevancia en las últimas décadas, especialmente entre los países europeos, y algunos de América, como lo demuestra el estudio realizado por Hurtado Pozo (1994):

“Esta solución ha sido adoptada en Dinamarca (doce primeras semanas del embarazo), Suecia (dieciocho semanas), Estado de New York (veinticuatro

semanas). El plazo de doce semanas fue igualmente establecido en los países denominados socialistas (Unión Soviética, Alemania Democrática, Hungría). Siguiendo el modelo de estos países, Cuba regula, en una ley especial, el sistema de plazos (diez semanas después de producido el embarazo)” (p. 35).

Como complemento de este sistema, los países que lo han aplicado también han implementado el denominado “plazo de reflexión”, periodo durante el cual las mujeres reciben asesoramiento jurídico obligatorio sobre sus derechos, así como sobre las consecuencias y riesgos de la interrupción voluntaria del embarazo. Igualmente, se brinda información sobre las alternativas que hay para el embarazo no deseado, junto con asesoría psicológica en caso de ser necesario. El “plazo de reflexión” varía según el país, pero no sobrepasa la semana (Itarte, 2015).

#### b) Sistema de las Indicaciones

Si en el sistema de plazos se le daba autonomía o poder de decisión a la mujer sobre la interrupción del embarazo, en el sistema de las indicaciones, dicha autonomía de la mujer se pierde y el derecho a abortar dependerá de causales de tres tipos: terapéuticas, eugenésicas y éticas, aunque en algunos casos se puede también aducir causales socioeconómicas. Las causales para abortar se presentan entonces como excepciones delimitadas jurídicamente, por lo que de no cumplirse las mismas, sería un delito la interrupción del embarazo.

En su ensayo *Cuestiones jurídicas y bioéticas entorno a la Muerte*, Lorena Mirarchi (s.f.) explica que bajo este sistema, el aborto de tipo consentido continua siendo punible, no importando los motivos que lleven a tal decisión, excepto cuando sea congruente con determinadas causales, trabajando bajo el sistema regla-excepción. Por los motivos anteriormente descritos, el sistema de indicaciones es el que se ha adoptado en la mayoría de legislaciones latinoamericanas, pues aun dejan la decisión del aborto a la tutela de las leyes y las cortes nacionales.

Existen tres puntos en las que ambas postura están de acuerdo respecto al debate ético y legal del aborto, siendo estos:

- El aborto no es un método anticonceptivo. Aunque en este caso, el debate no es tanto por definición o punición, sino por los métodos empleados, tal y como sucede con la “píldora del día después”.
- La educación en materia de salud sexual y reproductiva se considera un eje transversal de cualquier política de despenalización, pues es el marco que permite promover cambios de actitudes y valores en la mujer a la hora de tomar decisiones sobre su sexualidad y su cuerpo.
- En algunas sociedades se ha propuesto como alternativa al aborto la adopción de los infantes. No es una solución enmarcada en los derechos reproductivos y sexuales de la mujer, pero a nivel social y ético se convierte en una suerte de liberación a la estigmatización y condena moral a la cual se somete la mujer después de un aborto.

#### **2.4.4 El papel del Estado y la interrupción voluntaria del embarazo**

El abordaje de la legalización o despenalización del aborto es una problemática que corresponde eminentemente al Estado, posicionándolo en el centro del referido debate en las democracias modernas, como consecuencia de las crecientes demandas por reestructurar su rol intervencionista en materia de salud pública, y como garante del derecho de igualdad y de autodeterminación de las féminas. Cuando esta temática se traslada a la esfera pública promueve procesos deliberativos y de “razón pública” – como lo explica Rawls- a lo interno de la sociedad, evidenciando a su vez el grado de gobernabilidad existente en un sistema político.

En los Estados modernos, es manifiesto el flujo de deberes y derechos existente entre la sociedad y El Estado. Por un lado, a las mujeres, como ciudadanas se les exige el cumplimiento de obligaciones y se les responsabiliza del cuidado y crianza de los hijos. Al mismo tiempo, estas mismas mujeres reclaman al Estado el derecho a la protección de su integridad como personas, y hasta de sus vidas.

Por lo tanto, el aborto, que no es un privilegio social ni político, sino más bien una restricción para miles de mujeres, se convierte en un derecho que debe de ser protegido y amparado por el Estado a través de su marco normativo e institucional

(Erviti, 2005). Esto no representa un intervencionismo estatal en la decisión de abortar o no, pues al final se entiende que la interrupción voluntaria del embarazo se circunscribe a una decisión del ámbito privado, personal de cada mujer, promoviendo el derecho de autodeterminación como principio fundamental de todo ser humano.

Uno de los temas centrales de discusión sobre el aborto es si el Estado debe de regular la vida privada de sus ciudadanos. En este punto el Estado debe de circunscribir su accionar al establecimiento de políticas públicas que garanticen la salud y la vida de las mujeres, respetando las diferentes posturas que en torno al embarazo y su interrupción coexistan dentro de la sociedad, pero siempre partiendo de que la decisión de abortar es un problema de justicia social y de salud pública, vinculados al derecho de ciudadanía, en tanto derecho de las mujeres al interior de una democracia.

Un asunto diferente lo representa el que los ciudadanos hagan uso de sus derechos o no, ya que el simple reconocimiento jurídico de un derecho, como sucede con el caso del aborto, no representa una obligatoriedad de recurrir a él. Es en este caso, donde el Estado debe de aparecer, en procura de que los derechos sean algo más que el simple reconocimiento de postulados filosóficos y buenas intenciones.

Pero como lo expresa Cifrián, Martínez, & Serrano (1986) en su libro *La cuestión de aborto*: “La forma en que se han desarrollado las leyes de aborto en muchos países nos muestra precisamente que la acción negativa de ciertos sectores minoritarios, puede bloquear la aplicación concreta de dichas leyes y con ello el ejercicio de un derecho mayoritario” (p. 64).

Se vuelve imprescindible que ante tal limitante, el Estado actúe de forma efectiva como mediador para dirimir el conflicto que se manifiesta entre aquellos sectores opuestos al aborto y las mujeres que bajo ninguna circunstancia deben de ser restringidas por presiones ajenas al disfrute de sus derechos de salud y autodeterminación.

El consenso básico de las democracias modernas referentes a que el Estado no puede intervenir en la decisión de interrumpir un embarazo no deseado, se basa en el respeto a la pluralidad y a la libertad de conciencia. La maternidad entonces se convierte en una decisión voluntaria, planteándose el aborto como el último recurso de la libertad de

procreación femenina, necesítándose para ello un cambio en el contexto social que condiciona la toma de decisiones de la mujer. Esto va más allá de establecer normas y servicios médicos, significa una modificación sustancial de la vida social en relación a los derechos reproductivos y sexuales. Si el derecho a interrumpir un embarazo es una libertad individual, entonces el rol del Estado debe limitarse a garantizar a todas las féminas el acceso a servicios abortivos seguros sin condicionantes morales o éticas de por medio.

Como lo pone de manifiesto Lamas (2005) “La liberalización de las legislaciones sobre la interrupción voluntaria del embarazo tiene que ver fundamentalmente con el carácter privado de la responsabilidad sobre los hijos. Si tenerlos es una decisión privada, también es el no tenerlos” (p.60).

Pero debe de tenerse en cuenta que una legalización o despenalización del aborto no significa la disponibilidad de los servicios de salud adecuados, siendo esta la otra gran función del Estado, el de garantizar que los abortos se lleven a cabo en condiciones seguras para la mujer. De no cumplirse esto último, el marco normativo podría dar paso únicamente a un “libertinaje”, puesto que no estaría provisto de medidas y acciones para permitir su fiel cumplimiento, ni mucho menos apto para reducir las desigualdades existentes.

Si los servicios abortivos no son gratuitos, divulgados y accesibles para toda la población, se traslada dicha función al sector privado, potenciando con ello la práctica médica con fines lucrativos. Cuando esta situación se da, solo aquellas mujeres con el poder adquisitivo para practicarse un aborto en condiciones seguras pueden hacer uso de la normativa de despenalización o legalización, con lo cual el Estado incurre en una violación flagrante al principio de igualdad ante la ley.

#### **2.4.4.1 El caso guatemalteco**

En Guatemala el aborto inseguro debe ser analizado principalmente como un problema de salud pública, puesto que si bien este puede ser resultado de la exclusión social y la indiferencia por parte del Estado en su atención y prevención, representan de igual manera una fuerte carga para el sistema de salud, puesto que el tratamiento postaborto

es sumamente costoso sobre todo si se toma en cuenta las penurias financieras de un sistema que día con día amenaza con colapsar.

Según el Guttmacher Institute (2006) -organización internacional que promueve la salud sexual y reproductiva a nivel mundial según lo establecido por la OMS- anualmente, en Guatemala 8 de cada 1000 mujeres en edad reproductiva -entre 15 y 49 años-, reciben tratamiento en centros hospitalarios a consecuencia de complicaciones por prácticas de aborto inducido. Según esas estadísticas, si este índice se mantiene constante a lo largo de la edad reproductiva, en promedio, una de cada cuatro mujeres sería asistida en un centro hospitalario por complicaciones de aborto durante su vida.

De igual forma, los costos de la atención postaborto son trasladados principalmente al sistema público de salud, puesto que alrededor de las tres cuartas partes de las 22,000 mujeres asistidas por complicaciones abortivas por año reciben atención en hospitales públicos del país (Singh, Prada, & Kestler, 2006).

El análisis del aborto, y los compromisos asumidos por el Estado guatemalteco para dar solución al mismo datan de décadas atrás. Al respecto, la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo –CIPD-, con el apoyo de la Organización de las Naciones Unidas, la cual tuvo lugar en El Cairo en el año de 1994, puede ser considerado el primer foro de alcance internacional en el que la salud sexual y los derechos reproductivos de las mujeres ocuparon el debate central (Germain & Kim, 1999). En esta Conferencia se logró un consenso sin precedente, en lo relativo a la importancia social y sanitaria del aborto realizado bajo condiciones riesgosas e inseguras, y el papel del Estado en ello. Por su parte, el Programa de Acción de la CIPD convocó a los gobiernos participantes –Guatemala entre ellos- a que asumieran su total compromiso frente al problema del aborto, y a su vez definió las acciones que deberían de ser aplicadas en los servicios de salud:

... “Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública y a

reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia. Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo. Se debe asignar siempre máxima prioridad a la prevención de los embarazos no deseados y habrá que hacer todo lo posible para eliminar la necesidad del aborto (...) En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deben tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas del aborto. Se deben ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento post aborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos" (Asamblea General de Naciones Unidas, 1994; párrafo 8.25).

Para 1999, en la primera evaluación del Programa de Acción de la CIPD, los gobiernos suscriptores, reafirmaron su responsabilidad de mejorar los servicios de atención a las mujeres con complicaciones postaborto, así como de garantizar el acceso a servicios abortivos bajo las circunstancias o causales permitidas por las legislaciones correspondientes:

"En circunstancias en las que el aborto no está en contra de la ley, los sistemas de salud deben capacitar y equipar a los proveedores de servicios de salud y tomar medidas que aseguren que el aborto es seguro y accesible. Medidas adicionales deben ser tomadas para salvaguardar la salud de las mujeres" (Asamblea General de Naciones Unidas, 1999; 63.iii).

El acceso al aborto seguro conlleva el diseño y puesta en práctica de acciones integrales de tipo sanitario y jurídicas aún pendientes en el país. Pequeños esbozos y dispersas acciones estatales se han dado, mismas que no resuelven a cabalidad el problema de la práctica ilegal y clandestina del aborto, tales como la creación de la Ley de Desarrollo Social -Decreto No. 42-2001-, la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar, el Programa Nacional de Salud Reproductiva - Decreto No. 87-2005- y la Ley de Maternidad Saludable -Decreto No. 32-2010-, las cuales han establecido los lineamientos y procedimientos básicos para garantizar el acceso universal y equitativo a los métodos de planificación familiar, al igual que el

acceso a la educación sexual adecuada. Es decir, la respuesta ha sido indirecta y claramente jurídica, pero no por ello efectiva.

Pero más allá de un marco jurídico centrado en la planificación familiar y la educación sexual, los servicios de salud guatemaltecos aún no incorporan en la práctica el aborto en sus modelos de atención hospitalaria de manera efectiva y, es que, si bien se asiste a mujeres con complicaciones postaborto, las reacciones de los servicios y del personal, cambian notablemente a razón de la inexistencia de una normativa sanitaria que guíe la práctica profesional frente a dicho problema. Sigue predominando el silencio y el ocultamiento impuestos por la ley punitiva que rige en el país, por lo que los servicios de salud no solo no cuentan con indicaciones acerca de cómo proceder frente a las situaciones que presenta el aborto, sino también el tipo de atención y trato a las mujeres quedan sujetos a la actitud individual del personal médico que las asiste.

Además de esto, hay que tener en cuenta que la mayor parte de la denominada educación sexual implementada en los programas de gobierno, se han enfocado principalmente en la promoción del uso de los métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados, pero sin hablar en ningún momento de los riesgos del aborto y sus consecuencias, lo que manifiesta que el tema sigue siendo aún un tabú, como hace décadas lo fue la utilización de anticonceptivos y la planificación familiar.

Es comprensible que para poder diseñar e implementar políticas dirigidas a reducir el aborto inseguro y sus consecuencias, los políticos y funcionarios del sector salud deben primero de conocer el alcance y los orígenes del problema, aunque ante la falta de estadísticas y estudios oficiales actualizados, dicha labor se convierte en una misión casi imposible.

## **CAPITULO III**

# **EL CONTEXTO DEL ABORTO EN GUATEMALA**

---

Tradicionalmente se piensa que el aborto ilegal conlleva el estigma de aborto inseguro, debido a las condiciones precarias de las instalaciones bajo los cuales los mismos se realizan, sumado a la dudosa capacidad y viabilidad médica de los procedimientos empleados por las personas que lo llevan a cabo, como consecuencia lógica de la prohibición legal de dicha práctica, aunque no siempre esto se debe de considerar una regla. Así, por ejemplo, muchos abortos seguros se realizan en naciones donde el aborto está prohibido, tales como Chile, República Dominicana, Tailandia y Nueva Zelanda. Del mismo modo, no todos los abortos legales son seguros.

Cuando las políticas de salud y la legislación abren camino a las prácticas abortivas en condiciones de seguridad, es decir bajo estándares sanitarios y procedimentales apropiados, los índices de complicaciones y tasa de mortalidad materna por dichas razones tienen una disminución considerable estadísticamente hablando (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). Dicha situación se pudo observar en los países europeos desde inicios de la década de los setenta, entre los que destacan España, Italia y Francia, donde la apertura a la despenalización del aborto –a través del sistema de plazos, principalmente- tuvo una drástica reducción de las muertes maternas. De igual forma, la legislación permisiva no significó un incremento del número de abortos practicados.

Como lo afirma la Organización Mundial de la Salud (1998) en un estudio sobre mortalidad por causas abortivas en los países en vías de desarrollo, el riesgo de muerte como resultado manifiesto de complicaciones postaborto inseguro es cientos de veces superior que el del aborto practicado bajo estándares de seguridad médica.

Para el caso guatemalteco el aborto sigue siendo una realidad para miles de mujeres sin importar las restricciones legales vigentes, lo que se convierte en una condena no solo a su salud, sino también a su propia condición de mujer y sus derechos elementales.

En este capítulo se realiza una contextualización del problema del aborto en el país, apoyándose en estudios previos sobre la materia que se han elaborado en los últimos años. Asimismo, se presenta de forma breve el marco jurídico nacional que regula la interrupción voluntaria del embarazo, y los acuerdos internacionales que Guatemala ha suscrito en torno a los derechos sexuales y reproductivos de la mujer que se relacionan con el tema.

### **3.1 EL ABORTO INSEGURO EN GUATEMALA**

El aborto debe ser abordado bajo tres criterios esenciales: como tema de salud pública; desde la óptica de los derechos humanos de las féminas; y de la justicia social. Sin embargo, la sola palabra “aborto” ya carga con el estigma moral que incita que, las mismas mujeres que lo han experimentado tengan sentimientos de rechazo, vergüenza e irrespeto hacia sí mismas. Ni hablar del Estado, que ante ello por lo regular reclama distanciamiento y derecho de silencio.

En Guatemala el Código Penal en su artículo 137 contempla las circunstancias terapéuticas bajo las cuales la interrupción del embarazo no es punible. Pero, la simple existencia de mecanismos jurídicos que permitan excepciones a dicha práctica, no garantizan el acceso que las mujeres puedan tener a servicios de salud de calidad y bajo condiciones de seguridad. En primer lugar, el Código Penal guatemalteco no establece mecanismos procesales efectivos para el cumplimiento de la ley en materia del aborto, y por otro lado, el sistema de salud público guatemalteco no tiene la capacidad para atender los casos de aborto legal, sobre todo ante las constantes crisis hospitalarias y de medicamentos que se han suscitado en los últimos años, que relegan al aborto seguro a un contexto casi inexistente dentro del sistema sanitario nacional.

Dadas las restricciones para la práctica del aborto que existen en el país, la mayoría de las mujeres que deciden interrumpir el embarazo, aún bajo causas terapéuticas justificables, lo hacen al margen de la ley. Por tal motivo, la mayor parte de los abortos se practican en condiciones no seguras, lo que conlleva una alta incidencia de complicaciones y un subregistro de muertes prematuras que podrían evitarse.

La probabilidad de que una mujer recurra al aborto inseguro depende de muchos factores interrelacionados. Los sistemas legales restrictivos; las censuras morales y sociales que condenan los embarazos de mujeres jóvenes, y de escasos recursos; en aquellas que no tienen una pareja formal o estable; el escaso acceso en condiciones equitativas a los servicios de salud sexual y reproductiva de carácter integral; la ausencia de información oportuna y calificada; el desconocimiento e irrespeto de los derechos sexuales y reproductivos, entre otros, son elementos que promueven la práctica del aborto inseguro.

Las limitantes legales, así como las sanciones penales han sido inoperantes para evitar que las mujeres recurran a prácticas abortivas inseguras, ya sea a través de métodos autoinductivos, como por medio de la asistencia a clínicas clandestinas y profesionales no calificados para dichos procedimientos. Problema que es más que una estadística de salud, puesto que también es una clara muestra de la diferenciación social y económica imperante en sociedades machistas y misóginas, debido a que son las mujeres de los estratos socioeconómicos más pobres quienes presentan los mayores riesgos de complicación en estas prácticas. La mujer de esta manera es vista como un negocio lucrativo por parte de estos mal llamados practicantes de la medicina, mientras sus derechos siguen invisibilizados por un Estado, que poco hace por protegerlos.

La criminalización del aborto no tiene como principal objetivo la reducción de la práctica, sino la creación de un clima de condena y estigmatización afianzado en una doble moral, con el subsecuente sentimiento de culpa y juzgamiento social de las mujeres que recurren a esa perturbadora decisión.

Las leyes que regulan la interrupción del embarazo en cualquier país, incluido Guatemala, constituyen uno de los factores primordiales en la alta incidencia de complicaciones ocasionadas por el aborto bajo condiciones inseguras. Por lo tanto, aborto ilegal no debería ser sinónimo de aborto inseguro, ya que la legalidad o ilegalidad de los servicios pudiera no ser el factor que defina su seguridad.

Tal y como lo expresan Kumar, Hessini y Mitchell (2009) la forma en la que vemos e interpretamos la práctica abortiva no es un proceso natural, es una concepción sociológica –de la idiosincrasia machista- producida por la inequidad y la exclusión

social, así como por las campañas mediáticas de corte conservador que llegan a toda la estructura social, inclusive al mismo Estado, limitando con ello el derecho a la salud de la mujer, debido a que bajo los conceptos de pecado e ilegalidad, se esconden los prejuicios sociales que impiden el acceso a prácticas abortivas seguras y reguladas. El aborto inseguro es una problemática vinculada con la equidad y la justicia social, puesto que cuando se produce esta ilegalidad y clandestinidad, son las mujeres de menos recursos económicos quienes arriesgan sus vidas y su salud.

Por las razones expuestas, la persistencia de la problemática social del aborto inseguro con sus consecuencias para la salud de las mujeres, para la inversión pública en materia de salud, para el sistema de justicia, así como para la moral social y subjetiva provenientes de la clandestinidad en su proceder, son asuntos que paulatinamente deberán ir obteniendo mayor consideración pública a nivel nacional. Debajo de estas dramáticas estadísticas de muerte y exclusión de las mujeres, el aborto deberá emerger del plano personal o privado para ubicarse como un tema de enfoque social, sanitario y político de trascendencia hacia la consolidación democrática en respeto a la igualdad de derechos.

### **3.2 DATOS SOBRE EL ABORTO A NIVEL NACIONAL**

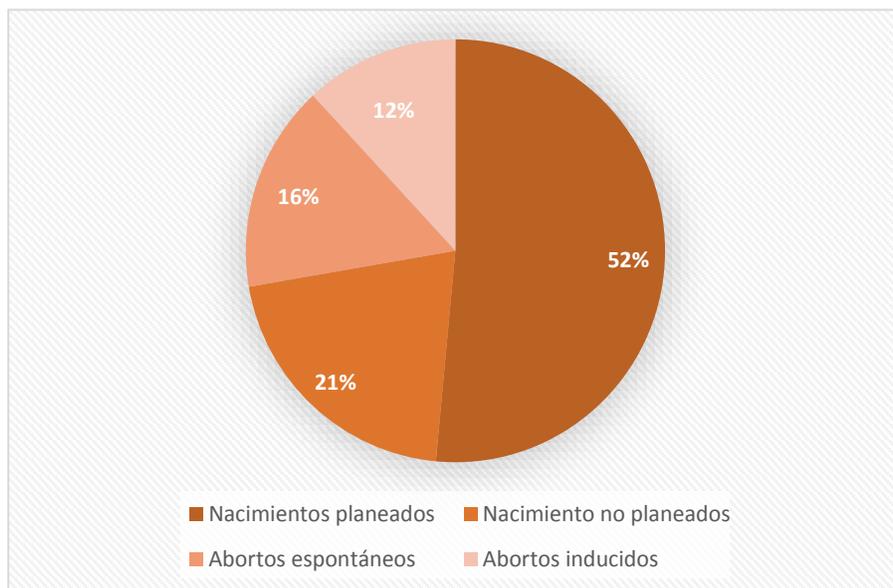
Es complicado el obtener información exacta acerca del aborto inseguro en Guatemala, debido que al ser un procedimiento de tipo ilegal, los registros oficiales o no existen, o simplemente son imprecisos en sus estimaciones. Tanto los profesionales de la salud como las mujeres que recurren a dichas prácticas no reportan las mismas, ya que automáticamente se estaría incurriendo en un delito, por lo que normalmente las únicas cifras que oficialmente se presentan son aquellas relacionadas con la atención por complicaciones postaborto.

Entre las barreras más comunes para medir la incidencia del aborto se encuentran el estigma asociado al procedimiento, así como la prohibición legal, razón por la cual se manejan subregistros estadísticos sobre el aborto inducido, o lo que es lo mismo, hay datos estadísticos que no se manejan de forma oficial, pero que existen. “Esta falta de información acerca del problema del aborto significa que en este momento también

hace falta la información básica requerida para planear soluciones eficaces” (Prada, et al., 2005, p.5).

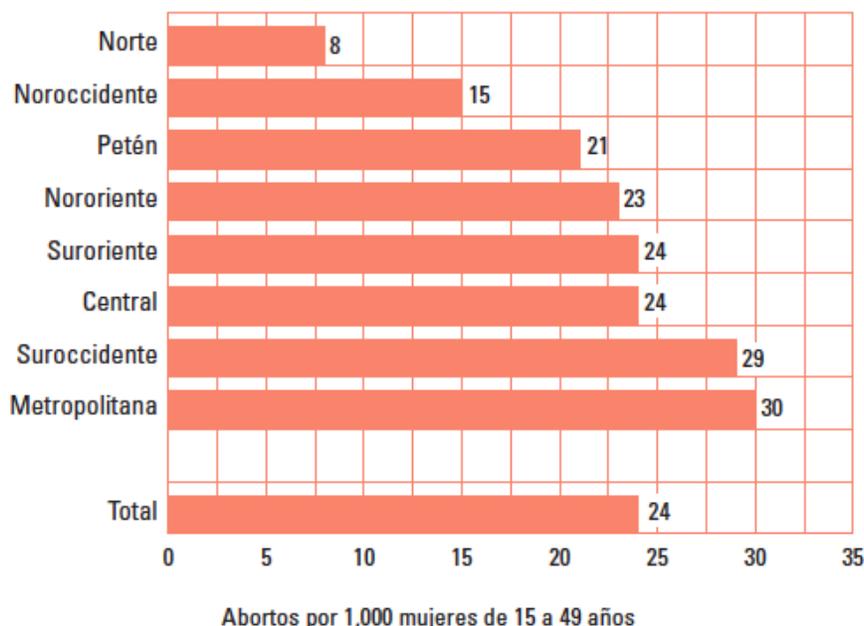
Un estudio realizado con datos del año 2003 por el Guttmacher Institute (2006) señala que en Guatemala, del total de embarazos que se registran anualmente se explican de la siguiente manera: un 52% concluyen en nacimientos planeados; un 21% terminan en nacimientos no planeados; mientras que un 16% concluye en abortos espontáneos; y un alarmante 12% termina en abortos inducidos -véase gráfico 1-. Además, el estudio citado determina que la proporción de abortos inducidos equivale a aproximadamente 65,000 abortos anuales, lo que representa una tasa de abortos de 24 por cada 1,000 mujeres en edad fértil, índice comparable con el promedio latinoamericano, siendo la región Metropolitana y el Suroccidente del país -30 y 29 abortos por 1,000 mujeres, respectivamente-, las dos regiones que presentan los índices más altos de abortos practicados.

Gráfico 1: Embarazos en Guatemala



Fuente: Guttmacher Institute, 2006.

Gráfico 2: Tasa de aborto en Guatemala

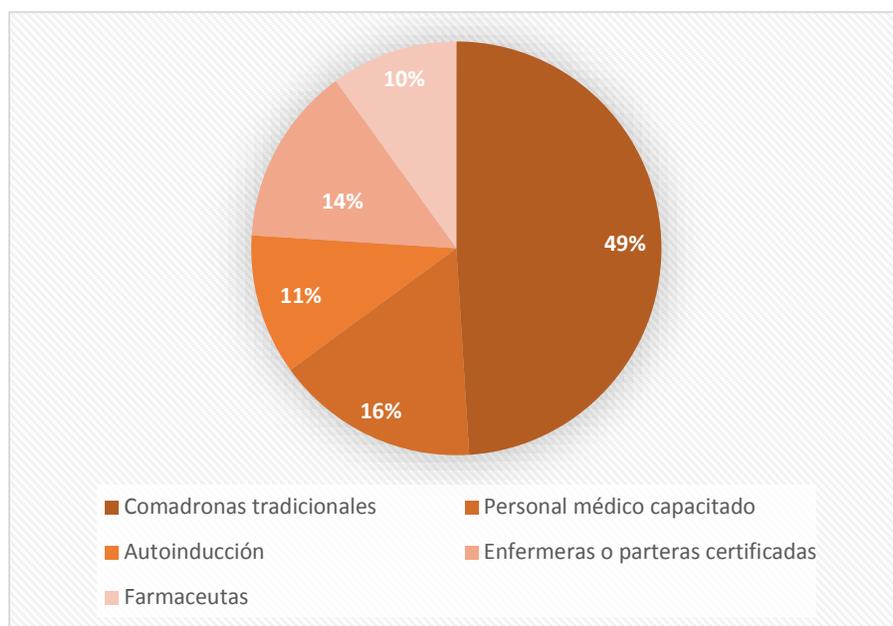


Fuente: Guttmacher Institute, 2006

Sobre el particular, Singh, Prada, & Kestler (2006) advierten que “la estimación media indica que, en promedio, una mujer es hospitalizada por cada tres que obtienen abortos inducidos” (p.7).

En relación a lo anterior, la mayoría de los abortos practicados en el país no cuentan con profesionales capacitados. De allí que se estime que las comadronas tradicionales realicen el 49% de los abortos clandestinos; 11% se lleva a cabo por autoinducción; un 14% es realizado por enfermeras o parteras certificadas; 10% de los servicios es provisto por farmacéutas; mientras que tan solo un 16% aproximadamente es realizado por profesionales de la medicina -véase gráfico 2-. Asimismo, debido a dicha inseguridad en las prácticas abortivas se considera que aquellas mujeres que recurren a una comadrona o se autoinducen el aborto, tienen un 70% de probabilidad de requerir de hospitalización o asistencia médica por complicaciones postaborto, mientras que tan solo un 15% llegan a dicha necesidad si realizan el aborto en una clínica médica clandestina (Singh et.al., 2006).

Gráfico 3: Prestadores de servicios abortivos



Fuente: Singh et.al., 2006

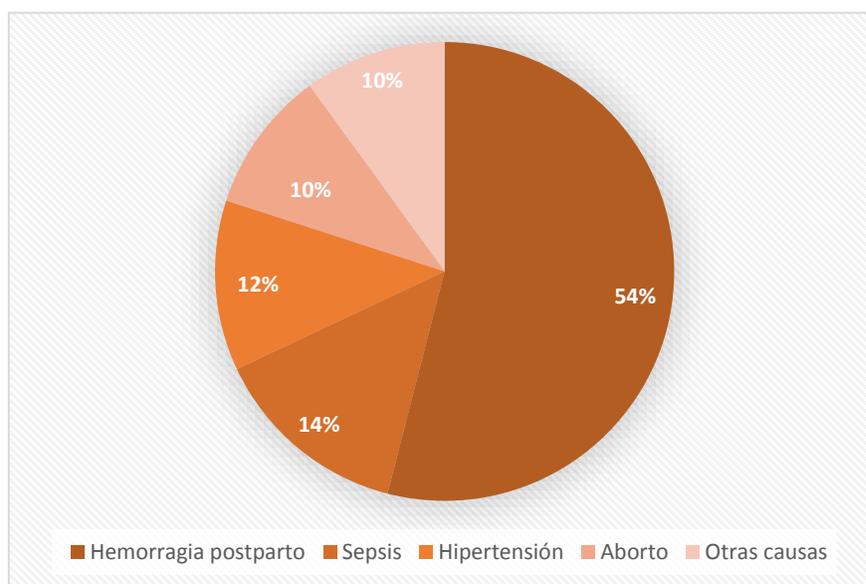
Como muestra de la marcada diferenciación en el acceso a los servicios médicos por condiciones socioeconómicas que prevalece en nuestro país, las mujeres indígenas y residentes en el área rural, la mayoría de las cuales son de escasos recursos, tienen una probabilidad mayor que las mujeres urbanas y ladinas no pobres, de acceder únicamente a los servicios inseguros de una comadrona o de recurrir por la misma razón a un aborto autoinducido.

Los costos de un aborto en condiciones seguras, no se encuentran al alcance de cualquier mujer, como lo expresa en su informe, *Embarazo no planeado y aborto inseguro en Guatemala. Causas y Consecuencias*, el Guttmacher Institute (2006):

“Mientras más capacitado el proveedor, más costoso el procedimiento de aborto. Se estima que los profesionales médicos cobran cerca de 10 veces más que lo que cobran las comadronas. Como resultado, muchas mujeres pobres solamente pueden pagar los servicios de un proveedor sin capacitación y, por lo tanto, tienen muchas más probabilidades que las mujeres de mayores recursos de sufrir complicaciones” (p.5).

El estudio de línea basal de mortalidad materna elaborado por el gobierno de Guatemala en el año 2000, evidencia que el aborto inseguro es una realidad y un reto para las políticas de salud, siendo un factor que contribuye en una tasa relativamente elevada a la mortalidad materna. De esta forma, los resultados del referido estudio mostraron que las cuatro causas principales de mortalidad materna fueron la hemorragia postparto con un 54%; la sepsis con el 14%; hipertensión que representó el 12%; y aborto que ascendió al 10% -véase gráfico 4- (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2003).

Gráfico 4: Principales causas de mortalidad materna



Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2003.

En ese contexto, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social conjuntamente con el Programa de Atención Postaborto del Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva –CIESAR-, elaboraron una investigación de vigilancia epidemiológica que entre julio de 2003 y finales de 2004 reconoció un total de 13,928 abortos incompletos que recibieron asistencia en 22 hospitales públicos (CIESAR - MSPAS, 2005).

Las estadísticas al respecto no muestran una evolución favorable en la actualidad, ya que según cifras oficiales un aproximado de 22,000 féminas recibieron, solo durante el año 2010, tratamiento en instituciones públicas de salud a consecuencia de

complicaciones del aborto inducido en condiciones de riesgo (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2011).

Las anteriores estadísticas y su incidencia en las altas tasas de mortalidad materna causadas por el aborto en condiciones inseguras, establece que el aborto es un problema de carácter amplio, relacionado con factores tales como la inexistencia de programas que atiendan las necesidades anticonceptivas de la población; limitaciones en las políticas y programas de salud sexual y reproductiva coherentes con el contexto nacional; la poca o casi nula atención que el Estado ha dado a la juventud como sector estratégico para el desarrollo; el escaso avance en la persecución penal a las violaciones sexuales, pero sobre todo la limitación y negación de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, desde una visión integral y empoderadora.

Dado que como se ha visto el aborto inseguro es un factor clave para la reducción de la mortalidad materna en el país, y teniendo en cuenta el elevado costo que significa para el sistema de salud la atención por complicaciones postaborto, se vuelve imprescindible el contar con indicadores cuantitativos precisos para evaluar la incidencia de su práctica, así como las distintas maneras como perjudica la salud de la mujer, pero especialmente para realizar un diagnóstico de la calidad y acceso a los servicios de salud reproductiva, incluyendo la atención postaborto, entendiendo así que el Estado guatemalteco debe de implementar medidas correctivas de carácter integral cuanto antes, si no quiere seguir siendo parte activa de una situación excluyente para miles de guatemaltecas a la salud.

### **3.3 CARACTERIZACIÓN DE LA PRÁCTICA ABORTIVA EN GUATEMALA**

#### **3.3.1 El perfil de las mujeres que recurren al aborto**

Determinar el perfil de las mujeres que tienen una mayor probabilidad de interrumpir su embarazo no deseado y sufrir complicaciones postaborto, es un elemento fundamental que permitirá a aquellos encargados de formular políticas públicas, así como a los prestadores de servicios de salud, abordar de manera idónea el problema del aborto inseguro, estableciendo prioridades y estrategias efectivas para su solución.

Como lo afirma el Guttmacher Institute (2006) “debido al estigma y las restricciones legales en torno al aborto, así como a los tabúes relacionados con el rechazo a hablar acerca del procedimiento, en Guatemala carecemos de datos sólidos sobre las características de las mujeres que buscan un aborto” (p.12). Por tal motivo, para la realización de este apartado se trabajó con datos de dos estudios, el primero de ellos elaborado en los años noventa; y el otro a mediados de la década pasada, siendo de las escasas fuentes de datos disponibles en relación al tema, por lo menos de acceso público.

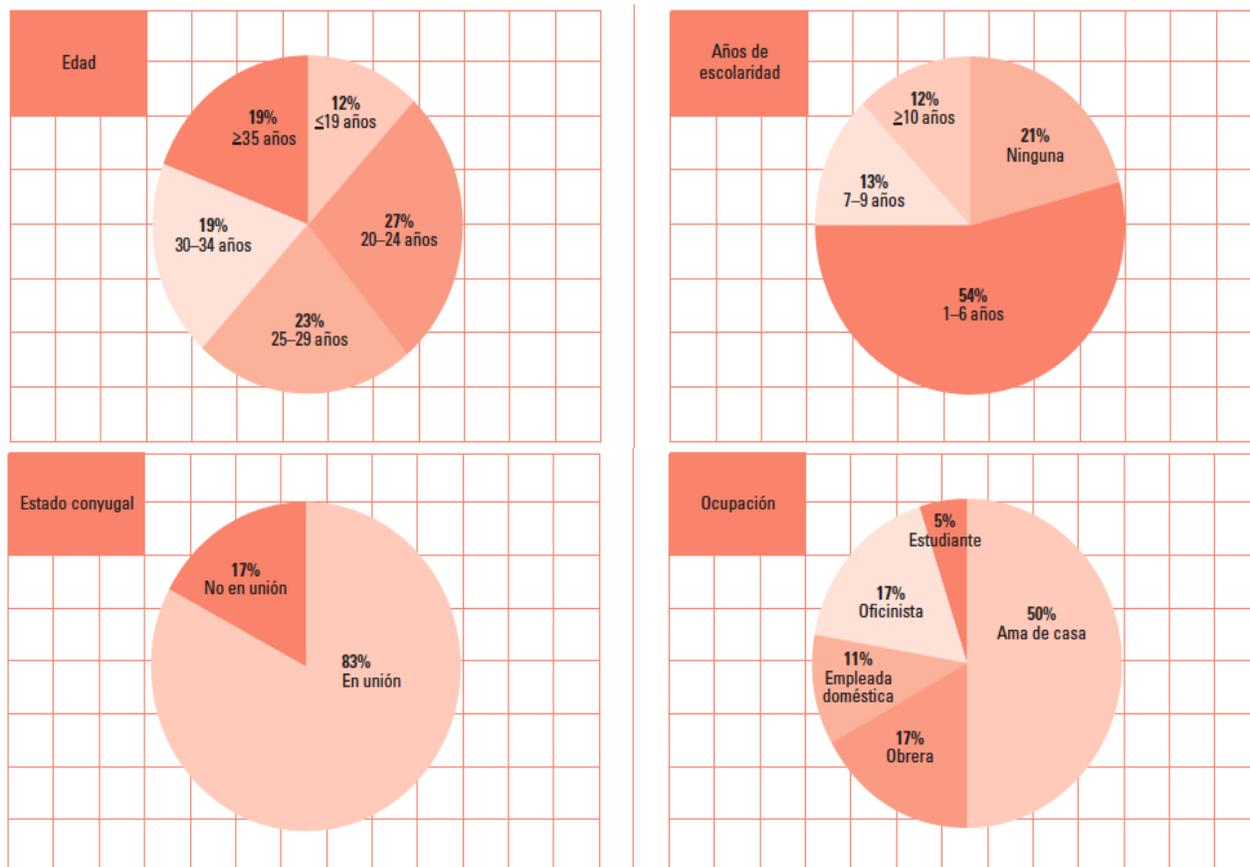
El primer estudio fue elaborado entre 1993 y 1994 por el Dr. Rubén Grajeda, Asesor Regional de la OPS/OMS en Nutrición y Determinantes Sociales, con la finalidad de establecer el perfil sociodemográfico de las mujeres, la incidencia en la morbilidad y mortalidad materna, así como el costo hospitalario vinculado con el tratamiento del aborto en Guatemala.

Para la realización de esta investigación se utilizó una metodología desarrollada por la Organización Mundial de la Salud que a través de la información personal y clínica permite clasificar los abortos de las mujeres tratadas por complicaciones postaborto en cuatro categorías o grupos, a saber: ciertamente inducidos; probablemente inducidos; posiblemente inducidos; y espontáneos. Para ello, se efectuó un trabajo de campo, teniendo como muestra un total de 6,650 pacientes en seis hospitales -4 de la región Metropolitana y 2 del Suroccidente- realizándose entrevistas a lo largo de todo un año.

Debido a que la muestra tomaba en consideración únicamente a mujeres que precisaban y recibían atención médica como consecuencia de complicaciones en el aborto, el estudio incorpora información de una reducida fracción de las mujeres que tuvieron abortos, donde no se incluyeron por ejemplo a las mujeres que no tuvieron complicaciones, o aquellas que no recibieron tratamiento, no obstante, y para interés del presente estudio, se considera que el perfil demográfico y socioeconómico de la muestra presenta datos destacados sobre las características o perfiles de las mujeres que abortaron, resultados que Grajeda (1995) explica así:

- El 51% de las mujeres que recibieron asistencia hospitalaria fueron clasificadas en las categorías de cierto, probable o posible, lo que indica que sus abortos tienen una alta probabilidad de haber sido inducidos.
- Más de cuatro quintas partes de ese 51% de mujeres vivían en unión libre, estando la mitad de este grupo en un rango de 20 años -50%-; contando únicamente con nivel educativo primario -54%-; y desempeñando labores de ama de casa -50%-.
- Al tomar como referencia solamente a las féminas cuyos abortos se clasificaron en el estudio como inducidos con certeza, el perfil sociodemográfico muestra algunos cambios, pues poco menos de la mitad, el 48% vivía en unión libre; el 57% estaban en el rango de los 20 años de edad; y solamente un 33% señalaba ser ama de casa.
- Una cuarta parte de las mujeres con las complicaciones postaborto más severas eran empleadas domésticas. Por lo regular mujeres indígenas, provenientes del área rural, y menores de 25 años.
- En lo relativo a las motivaciones que llevaron a someterse a las mujeres a un aborto inducido, la primera justificación fue el no desear tener más hijos -31%-; precariedad económica -21%-; rechazo familiar -15%-; y que eran solteras -15%-.

Gráfico 5: Mujeres que acuden a prácticas abortivas según edad, años de escolaridad, estado conyugal y ocupación



Fuente: Grajeda, 1995.

Gráfico 6: Motivaciones que inducen a las mujeres a abortar



Fuente: Grajeda, 1995.

La otra investigación que se toma de referencia se basa en los resultados de las Encuesta a Profesionales de la Salud –EPS-, y la Encuesta a Instituciones de Salud –EIS- contenidas en el informe *Aborto y atención postaborto en Guatemala: Informe de profesionales de la salud e instituciones de salud* del año 2005, auspiciado por el Guttmacher Institute. El diseño del estudio y los protocolos usados para este parten de investigaciones previamente llevadas a cabo por el Guttmacher Institute sobre aborto inducido, en naciones donde el procedimiento abortivo es inseguro y restringido, siendo adaptados al contexto guatemalteco.

Las encuestas proporcionan estadísticas sobre las condiciones bajo las cuales se provee el aborto, el tipo de atención postaborto que se brinda, realizándose una caracterización de las mujeres que recurren a dichas prácticas.

Con respecto al perfil de las mujeres que abortan, Prada et.al. (2005) nos dice lo siguiente:

“...los entrevistados en la encuesta EPS, consideraron que la típica mujer que recurre al aborto provocado, tiene educación primaria, vive en un área urbana y no es indígena. Del mismo modo, 59% de los entrevistados en la encuesta EPS, informaron que la típica mujer que busca que se le practique un aborto tiende a no tener ningún hijo, 63% manifiesta que tiene menos de 20 años y 83% dice que es soltera o nunca ha estado casada” (p. 25).

Las personas que se entrevistaron para la encuesta EIS señalaron que el perfil de la mujer que recurre a atención médica por complicaciones en el aborto - inducido o espontáneo-, posee educación primaria, reside en un área urbana y en la mayoría de los casos es ladina o mestiza. Al mismo tiempo, los datos arrojados en la encuesta indican que estas mujeres tienen uno o más hijos -77%-; un rango de edad comprendido entre los 20 y 24 años -60%-; siendo amas de casa el 64%; y la mayoría casadas -52%- (Prada et.al., 2005).

Sáenz de Tejada, Prada, & Ball (2006) en su estudio *Morbilidad por aborto en Guatemala: una visión de la comunidad. Informe Ocasional*, advierten que las mujeres jóvenes y solteras son más propensas a la práctica abortiva; seguidas de las mujeres

de mayor edad que tienen hijos pero sin compañero estable; y de las mujeres que si bien pueden estar casadas, el hijo que esperan es fruto de una relación extramarital.

### **3.3.2 Centros clandestinos de aborto**

La elección de un proveedor para el aborto está íntimamente vinculada a la situación socioeconómica de la mujer, a sus valores culturales, e inclusive a su localización geográfica.

Según la Encuesta a Profesionales de la Salud (Guttmacher Institute, 2003), las mujeres del área urbana con mejor disposición de recursos económicos tienen una mayor probabilidad de acudir a servicios relativamente seguros de proveedores médicos.

La presencia de clínicas clandestinas en el país es sumamente conocida. Las mismas promocionan indirectamente sus “soluciones a los retrasos menstruales” en los periódicos de mayor circulación, así como en diferentes websites, o inclusive a través de volantes callejeros.

Como lo expone en su trabajo de tesis Doménica Méndez (2002):

“Al recorrer las calles del municipio de Guatemala, es muy común observar anuncios en hojas de papel bond escritas a máquina de escribir o computadora pegados en los postes del alumbrado eléctrico o paredes de las esquinas de las calles, en donde se indica que si una mujer está embarazada y se siente sola puede obtener ayuda, dándole una solución rápida a su problemas, se indica un número telefónico para poder llamar y así contactar con la posible ayuda que se va brindar, también este tipo de ayuda se pudo encontrar en algunos periódicos del país” (p.24).

Tan solo en el año 2016, masiva fue la campaña publicitaria de las “72 horas” en la ciudad capital, que planteaba ese periodo de tiempo para que una mujer que había sido víctima de violación pudiera tener acceso a los servicios médicos de emergencia, y evitar no solamente la infección de enfermedades de transmisión sexual, sino embarazos no deseados. Y aun cuando dicha campaña no lo promocionaba directamente, incluía dentro de sus medidas la posibilidad de suministrar la “píldora del

día siguiente” o “del día después” que es considerada por algunos sectores sociales y médicos como abortiva (Aziz Valdez, 2016).

En contraste con la situación en las áreas urbanas, según Sáenz de Tejada et.al. (2006) solamente entre un 4 y 11% de las mujeres de escasos recursos y de las mujeres indígenas acuden con un médico, del cual más de la mitad de ellas asisten a los servicios de comadronas o parteras, quienes utilizan inyecciones, sondas y, en algunos casos hasta “pócimas” o brebajes como procedimientos abortivos. Además, un alto número de estas mujeres consideran que llevar a cabo un aborto no es complicado, principalmente por la existencia de remedios caseros y medicamentos disponibles sin recetas, lo que explica las cifras relativamente elevadas de abortos autoinducidos.

Las estadísticas anteriores ponen en evidencia que la gran mayoría de las mujeres guatemaltecas recurren a los proveedores de servicios de aborto considerados de alto riesgo, con todo lo que ello representa no solo para su salud, sino también para la inversión hospitalaria del Estado en la atención médica producto de las complicaciones de dichas prácticas clandestinas.

### **3.3.3 Costo del servicio de aborto**

Los costos de este tipo de tratamientos abortivos, de acuerdo con una investigación realizada en 2011 por el diario La Hora, oscilan entre Q1,800.00 y Q3,500.00, dependiendo del tiempo del embarazo y el lugar al que se acuda. Según la investigación realizada, durante los tres primeros meses de gestación la sustracción del feto es menos costosa, mientras que en la etapa final del embarazo puede llegar a tener un costo de hasta Q4,000.00 (smtdev, 2011).

Para contextualizar este punto, se presenta un pequeño extracto de una conversación telefónica que formó parte de la investigación periodística de Liliana Pellecer (2009) para la *Revista Dominical de Prensa Libre*, acerca de las clínicas clandestinas que practican abortos:

"El cobro por realizar este trabajo le costará entre Q3000 a Q3500 en efectivo, el proceso dura siete minutos, pero permanecerá una hora en cama, después

podrá irse a su casa, le aseguramos un buen resultado. 25 años de experiencia”  
(p.5).

Los resultados de la Encuesta a Profesionales de la Salud (2003) aducen que el costo más bajo estimado de un aborto es de tan solo Q60.00 -por ejemplo, un aborto autoinducido por una mujer rural pobre-, mientras que el costo más alto rondaría los Q3,800.00, que sería la asistencia a una clínica privada con atención médica para una mujer urbana de estrato socioeconómico medio-alto.

Sin embargo, los precios de dichas prácticas han tenido un dramático descenso en los últimos años, lo que se pudo constatar en diversos reportes noticiosos de fecha reciente, que evidencian los costos de las prácticas abortivas en clínicas clandestinas, tales como *“Detienen a médico y su hija por practicar abortos”* (Vásquez B. , 2014), y *“Cierran clínica por abortos”* (Alvarado H. , 2013), que señalan que los precios pueden llegar a ser inferiores a los Q1600.00, convirtiéndolo en una opción accesible, especialmente para las mujeres del área urbana.

Sumado a lo anterior, Mansilla y Corzo (2010) explican que las comadronas suelen cobrar alrededor de Q1000.00, un precio relativamente accesible, pero al mismo tiempo elevando los riesgos de complicaciones debido a los métodos utilizados que ya se explicaron anteriormente. A pesar que el valor de este tipo de procedimientos es mayor que el de medicamentos utilizados para autoinducción abortiva, tales como el Cytotec y el Misoprosol -con un costo aproximado de Q800.00 en el mercado actual-, suelen ser más solicitados debido a un mayor grado de efectividad y un tiempo de recuperación menor.

Para comprender los obstáculos que estos altos costos representan, es importante analizar los ingresos promedio de las mujeres en Guatemala. El ingreso mensual promedio que gana una mujer en el área rural guatemalteca es de alrededor Q500.00 (Hemeroteca Digital Prensa Libre, 2016), por lo que el costo de un aborto, aún sea por medio de comadronas, es casi prohibitivo en las áreas rurales. En un país con una notoria desigualdad en la distribución de la renta, solamente las mujeres con poder adquisitivo pueden pagar los costos de un aborto seguro.

## **3.4 ABORTO INDUCIDO Y MORTALIDAD**

### **3.4.1 Los riesgos de las prácticas abortivas**

Aproximadamente un total de 27,000 mujeres son asistidas en centros hospitalarios cada año debido a complicaciones postaborto, siendo una importante causa de mortalidad de las mujeres (Prada et.al., 2005). Dichas complicaciones van desde aquellas consideradas graves -la sepsis y la perforación uterina-, a las clasificadas como leves o de menor riesgo como lo son las infecciones vaginales, sumado a las posibles lesiones del tracto genital, la infertilidad, el daño de órganos adyacentes, entre muchas otras.

A decir de la OMS (1995), una evacuación incompleta, o lo que es lo mismo, que el producto fetal no haya sido expulsado del útero en su totalidad, contribuye a menudo a esas complicaciones. Las hemorragias y las infecciones vinculadas con las evacuaciones incompletas, al igual que las perforaciones o desgarros del útero, hacen necesaria una intervención médica de emergencia. De igual forma, las reacciones toxicológicas a los fármacos y sustancias químicas utilizadas para provocar el aborto pueden ser también factores agravantes de las complicaciones.

Es evidente que el tipo de complicaciones que se presentan después de realizado un aborto, dependerá en primer lugar del método empleado, del tipo de proveedor seleccionado, al igual que las condiciones sanitarias bajo las cuales se lleva a cabo dicho procedimiento. Una condicionante mayor lo representa el contexto socioeconómico de la mujer, pues es este el factor que permite recurrir o no a un procedimiento menos riesgoso.

El índice de mortalidad, o la posibilidad de sufrir secuelas físicas al practicar un aborto es mayor entre las mujeres pobres del área rural, las que cuentan con una escasa posibilidad de tener acceso a servicios de emergencia. Si bien las estadísticas señalan que cerca de una tercera parte de las mujeres que se someten a una práctica abortiva bajo condiciones no seguras sufren complicaciones consideradas graves, menos del 50% de ellas reciben atención médica adecuada en el corto plazo (CIESAR, 2004).

Cerca del 59% de las guatemaltecas que tienen un aborto de tipo inducido sufren complicaciones que ameritan tratamiento en un centro hospitalario (Guttmacher Institute, 2003). Y debido a que el riesgo de complicaciones está vinculado directamente al costo del aborto, las mujeres rurales de estratos socioeconómicos bajos tienen el doble de probabilidad de padecer complicaciones que las mujeres del área urbana y de clase media.

De acuerdo con lo que expresa la afamada antropóloga y feminista mexicana Marcela Lagarde (2003), el aborto no solo representa un tema de salud, sino sobre todo un tema de justicia social, puesto que si bien este se puede presentar en cualquier sector social, étnico, económico y cultural, se evidencian la marcada desigualdad prevaleciente entre una mujer que quiere interrumpir el embarazo y tiene recursos para hacerlo y una mujer que tiene que buscar medios riesgosos para ello ante su precariedad económica, con temor de tener que recurrir posteriormente a los ya de por sí mal vistos servicios de salud pública.

Por otro lado, la mayor parte de mujeres demoran en buscar ayuda médica hospitalaria oportuna -que en ocasiones puede llegar hasta los 15 días-, siendo una de las razones principales de esta situación, los estigmas que rodean el aborto, aunque los motivos son mucho más variados, lo que explica claramente Sáenz et.al (2006):

“...Sentimientos de vergüenza, temor a que el aborto se haga público y miedo a ser denunciadas ante las autoridades. Otras razones están relacionadas a factores de accesibilidad y calidad de la atención como la pobreza, la lejanía y los costos de transporte, y el temor al maltrato en las instituciones de salud. Otras cuantas, al desconocimiento de la gravedad de la complicación y la esperanza de sanar solas”. (p.6)

Los métodos abortivos en la clandestinidad nunca garantizaran la salud de la mujer - aún estos sean practicados por profesionales de la medicina-, para quien el aborto siempre representará un trauma psicológico y físico.

A decir de Mazariegos Roca (2006), las consecuencias sociales, económicas, legales, psicológicas, y hasta morales del aborto inseguro, que son más complicadas de evaluar

pero no menos relevantes, imponen una enorme carga sobre las mujeres guatemaltecas y sus familias, entre las cuales se encuentran:

- *Consecuencias económicas:* El aborto inseguro, evidentemente produce un fuerte impacto económico para la mujer y su familia. Las mujeres que recurren a la práctica abortiva clandestina deben cubrir por lo regular costos elevados, los que muchas veces incluyen los gastos médicos por complicaciones posteriores. Además hay que agregar dentro de estos gastos, como mínimo, el costo del transporte para llegar a un proveedor –especialmente en el área rural-, el cuidado de los hijos durante su ausencia, los días laborales perdidos, entre otros.
- *Consecuencias sociales:* En primer lugar, la legalidad del aborto crea polémicas entre los distintos grupos sociales, lo que evidencia una fragmentación o polarización de opiniones en torno al tema, puesto que han surgido grupos proabortistas que consideran que es un derecho nato de la mujer decidir sobre su propio cuerpo, pero por otro lado, los grupos conservadores -especialmente religiosos- se oponen abiertamente a este tipo de postura, calificándola de antimoral y fuera de los valores que toda sociedad moderna debiera de tener.

El aborto inducido e inseguro se convierte además en un problema de justicia social. La notoria diferenciación social entre aquellas mujeres que cuentan con los recursos y tienen acceso a procesos abortivos de bajo riesgo, y las que están imposibilitadas de ello, denotan la existencia de una sociedad desigual y excluyente

Otro problema social, vinculado expresamente al aborto clandestino, se da en la aparición, de lo que podría denominarse un “mercado negro” de servicios abortivos. Y es que, la ilegalidad del aborto trae como efecto colateral la proliferación de servicios clandestinos de riesgo elevado, a los cuales muchas mujeres recurren como única alternativa, por lo que sus vidas quedan a merced de verdaderos “mercaderes de la salud”.

- *Consecuencias morales:* La mencionada carga moral que para muchas mujeres supone el aborto, es consecuencia directa de los estereotipos que forman parte

de la idiosincrasia guatemalteca de definir la feminidad, esos mismos estereotipos que valoran la maternidad como el principal atributo de las mujeres.

- *Consecuencias legales:* El aborto clandestino que conlleva a graves lesiones físicas y psicológicas, o inclusive hasta la muerte, ocasionadas por personas con desconocimiento de las técnicas asépticas y médicas necesarias, conlleva responsabilidad jurídica plena.

Como la legislación que penaliza el aborto sólo se aplica a un mínimo porcentaje de casos excepcionales, se hace evidente la inoperancia de la ley restrictiva, la cual en la práctica es también discriminatoria, puesto que las mujeres pobres tienen un mayor riesgo de ser denunciadas ante las autoridades y ser sancionadas por dicha situación (Mazariegos Roca, 2006).

- *Consecuencias psicológicas:* El trauma postaborto trae consigo una variedad de secuelas psicológicas, que comprenden una sintomatología propia entre las afectadas con complicaciones tales como trastornos emocionales y afectivos, depresión y ansiedad, sumado a sentimientos de culpabilidad y negación, entre otros (Organización Mundial de la Salud, 1995). Asimismo, se ha comprobado científicamente que se presentan alteraciones en el sueño, junto con trastornos en la conducta, en las relaciones interpersonales o la probabilidad de caer en vicios como las drogas o el alcohol.

### **3.4.2 La atención médica ante complicaciones abortivas**

De acuerdo con Bertrand y Escudero (2002) el aumento en el uso de los servicios médicos de atención postaborto puede ser considerado como un indicador de carácter ambiguo. En primer lugar, representaría una mejora en la disponibilidad y calidad de los servicios provistos por el Estado. Pero por otro lado, también puede ser el reflejo del aumento de la práctica de abortos inseguros.

Como quedó brevemente esbozado en el apartado anterior, varios son los factores que pueden ser limitantes a que las mujeres procuren tratamiento para sus complicaciones después de practicado un aborto, o en demorar los esfuerzos para hacerlo.

En Guatemala los factores institucionales también pueden impedir que las mujeres obtengan una atención médica adecuada. Así lo evidencia Prada et.al (2005) cuando dice que:

“Una mujer puede no cumplir con los requisitos para el servicio, o las instituciones a su disposición pueden estar equipadas de forma inadecuada para atender las complicaciones graves, debido a la falta de personal capacitado, suministros o equipos. Los impedimentos y limitaciones que enfrentan las mujeres guatemaltecas para buscar y obtener atención en salud reproductiva por las complicaciones de aborto, pueden jugar un papel muy importante en la morbilidad y mortalidad por esta causa” (p.38).

Igualmente lógico es pensar que si muchas guatemaltecas no cuentan con los recursos económicos para practicar un aborto en condiciones seguras, aún con menos disposición económica se encuentran para costear el tratamiento por las complicaciones. En los servicios médicos rurales, por ejemplo, únicamente se ofrecen antibióticos y se solicita el traslado de la paciente a un hospital público, si el cuadro clínico se agrava. Por los motivos expuestos, la mayoría de mujeres no acuden a ningún centro de servicio de salud, y prefieren tomar remedios caseros para el dolor y los síntomas postaborto, sin tomar en cuenta la seriedad del problema.

En caso de presentarse complicaciones, muchas mujeres del área rural buscan en primer lugar a los proveedores más accesibles tanto en cercanía geográfica como económica, siendo estas las comadronas. Y solamente si los métodos de estas proveedoras tradicionales fracasan, lo que regularmente sucede, se recurre a un centro hospitalario. Dependiendo de su condición, el Guttmacher Institute (2006) expone que el costo del tratamiento de una paciente con complicaciones postaborto oscila entre Q2000 a Q5000, todo un lujo para muchas mujeres.

Aunque en el país existe un mayor número de instituciones de salud privadas, anualmente las instituciones públicas atienden siete veces más casos de complicaciones postaborto. A decir de Singh et.al. (2006), mientras que una institución privada atiende anualmente 52 casos de pacientes con complicaciones tanto por aborto

inducido como espontáneo, una institución pública atiende en ese mismo periodo de tiempo un promedio de 365 casos.

Según datos de la Encuesta de Instituciones de Salud (2003), de las 27,000 mujeres que anualmente reciben atención postaborto en las instituciones de salud pública, cerca del 77% son hospitalizadas. Esto pone en evidencia la sobresaturación de atención y recursos para el sector público de salud a consecuencia de este problema.

Sin embargo, no todo es negativo y algunos avances sobre el tema se han dado, pues a principios de los años noventa, una mujer que asistía a un hospital público por complicaciones de aborto, en la mayoría de los casos recibía, bajo anestesia general, un tratamiento quirúrgico denominado legrado instrumental uterino (LIU). La mujer egresaba hasta dos días después del tratamiento de legrado, no recibía consejería, ni mucho menos información sobre métodos anticonceptivos para evitar una complicación a futuro (CIESAR, 2004). Durante los últimos años se han hecho cambios en el sistema de salud, para que hoy en día una mujer bajo el mismo cuadro clínico pueda recibir una atención más profesional y humana, por personal capacitado en atención postaborto, lo cual se ha ido expandiendo a toda la red hospitalaria nacional.

Según el estudio *Disponibilidad y calidad de la atención postaborto en Guatemala*, elaborado por CIESAR (2004) desde principios de este siglo, los servicios hospitalarios nacionales han mostrado un incremento sostenido en el desarrollo e implementación del concepto de atención postaborto. Al mismo tiempo, se han venido implementando técnicas modernas para el manejo de las pacientes con complicaciones por aborto -la aspiración manual endouterina-, mucho menos dolorosas y que requieren de un tiempo de recuperación menor, sumado a los aspectos de consejería, anticoncepción y planificación familiar que se han vuelto procedimentales ante estos casos.

A pesar de la introducción de la aspiración manual endouterina como técnica ante las complicaciones abortivas, y del aumento en el número de procedimientos practicados en centros hospitalarios públicos, existe un largo camino por recorrer. Por ejemplo, en la mayoría de los centros hospitalarios, pese a que las pacientes cumplen los requisitos necesarios para la realización de la aspiración manual endouterina, se siguen practicando procedimientos de legrado instrumental uterino, adicional a que no se

cuenta con un sistema de registro para la edad gestacional de cada paciente ingresada, solamente se hace del número de pacientes atendidos.

### **3.4.3 Tasa de mortalidad por complicaciones postaborto**

En primer lugar, se debe definir el concepto de mortalidad materna. La OMS (1995), concibe la mortalidad materna como:

“La muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales” (p.11).

Se puede entender a la mortalidad materna entonces, como un indicador que refleja el grado de desarrollo tanto sanitario como socioeconómico de una nación, por lo que su reducción ha sido a lo largo de muchas décadas, uno de los principales objetivos dentro de las políticas en materia de salud sexual y reproductiva del país.

Pero a pesar de la relevancia que representa el conocer con precisión los índices de mortalidad materna en Guatemala, su medición en los registros oficiales, han tenido un significativo subregistro. Es decir las cifras que se brindan públicamente, no reflejan la realidad de la situación, pues existen datos ocultos ya sea por falta de procedimientos para su registro, o por omisión voluntaria de las instituciones, ante el temor de que ello evidencie el fracaso en los planes y políticas de salud.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS- (2003) a través de la Línea Basal de Mortalidad Materna 2000, reconoció como cifras oficiales de Razón de Mortalidad Materna –RMM-, que esta era de 153 muertes por 100,000 nacidos vivos. Esta RMM era una de las más altas de Latinoamérica en el año 2000, siendo el aborto el causante del 9.5% de las muertes en total, incrementándose dicho porcentaje en lo que se refiere al segmento compuesto por mujeres indígenas, de escasos recursos, y que residían en el área rural.

En comparación a los hallazgos de la Línea Basal de Mortalidad Materna 2000 han habido reducciones porcentuales en las muertes por aborto, del 9.5% a 6.3%, según

nuevas estadísticas oficiales, aunque sin profundizar en las mediciones o datos al respecto (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2011).

### **3.5 EL ABORTO COMO DEBATE JURÍDICO Y LOS ELEMENTOS CENTRALES DE DISCUSIÓN**

Cuando se hace referencia al debate sobre el aborto, se habla en realidad de la controversia y polémica sobre su práctica, así como de los contextos sociales y económicos en el cual se desarrolla, pero especialmente a la situación legal y penal aplicable a dicha práctica, sin olvidarnos de su relación con los derechos sexuales reproductivos y el acceso a la planificación familiar que provea el Estado.

En lo relativo al ámbito legal y penal del aborto, los elementos básicos sobre los que se concentra la discusión son aquellos referentes a las circunstancias bajo las cuales a la mujer se le autoriza abortar; el periodo de su embarazo durante el cual puede hacerlo; los controles o medios de verificación, si es que existen, sobre las justificaciones dadas por la mujer; y qué mecanismos disuasivos de abortar se manejan.

Como quedó de manifiesto en el Capítulo II de este documento, las causas que permiten el acceso legal al aborto se sintetizan en dos grandes tipos de sistema a nivel internacional, el de plazos y el de indicaciones. Jurídicamente en el sistema de plazos, la ley autoriza a la mujer a abortar siempre y cuando ella lo considere pertinente, con la única imposición de tener que respetar ciertos plazos establecidos en función de criterios médicos y jurídicos. En el sistema de indicaciones, es la ley misma quien establece los motivos o causales por los cuales la mujer puede recurrir a un aborto inducido (Durán & González Vélez, 2009).

Los modelos anteriormente descritos se diferencian entonces, por otorgar la capacidad de decidir sobre cuándo se aborta a diferentes sujetos de derecho. En el sistema de plazos la decisión es exclusiva de la mujer, que puede acudir a una práctica abortiva por las razones que esta considere pertinentes, pero dentro de un determinado plazo impuesto o fijado por criterios regularmente médicos.

En el sistema de indicaciones, la ley es quien fija las causales en las que se permiten el aborto, y para poder acceder a ello la situación de embarazo de la mujer tiene que entrar en alguna de ellas. En este modelo, la ley, además de definir los motivos que justifican el aborto, introduce a su vez mecanismos para verificar si la situación de la mujer corresponde o no a los casos indicados (González Vélez, 2011). Por tal motivo, la ley le cede a instancias externas la labor de comprobar las circunstancias de la mujer. Dicho control puede ser ejercido por un médico -si hace referencia a la salud física y psicológica de la mujer-; por un juez -en caso de tratarse de una violación o incesto-; o por un organismo burocrático –si se trata de aspectos socioeconómicos como motivo-.

En la práctica los sistemas legales diseñados no son tan claros, y la ambigüedad incide muchas veces las decisiones de si una mujer puede o no recurrir a un aborto. Al respecto, Barreiro (1998) dice que:

“...la divergencia entre un sistema de indicaciones y uno de plazos se diluye cuando el legislador opta por un sistema de indicaciones sin introducir controles sobre las mismas, o por un sistema de plazos entorpecido por diversos controles burocráticos. En realidad, en las legislaciones sobre aborto todas las combinaciones son posibles y sólo un análisis detenido puede esclarecernos a propósito del grado de protección del feto frente a la voluntad y derechos de la mujer” (p.41).

### **3.5.1 Evolución histórica de la legislación sobre el aborto a nivel internacional**

Luego de finalizada la Segunda Guerra Mundial, en varios países de primer mundo la normativa respecto del aborto comenzó a ser liberalizada. De esta manera, la mayoría de los países liberalizaron sus leyes de aborto en el breve lapso comprendido entre 1950 y 1985. En el año de 1986, ya 36 países tenían leyes de aborto liberales que permitían a las mujeres el acceso al aborto por motivos sociales o médicos, o sin razón alguna (Kumar, Hessini, & Mitchell, 2009).

La desaparecida Unión Soviética fue la primera nación en legalizar el aborto en 1920. Se reconoció el derecho de la mujer para interrumpir un embarazo no deseado motivado por problemas de salud, así como por otras razones de orden social, aunque

en la práctica algo mucho más vinculado a la politización de la decisión femenina que como un derecho inherente a su condición (Calandra, 1980).

Posteriormente los países nórdicos comenzaron a liberalizar el derecho al aborto en la década de 1930. Islandia lo hizo en 1935, seguida de Suecia en el año de 1938. Dinamarca siguió esta labor en 1939, y finalmente Finlandia y Noruega decidieron liberalizar dicho derecho en 1950 y 1960 respectivamente (Barreiro, 1998).

Para finales de la década de los sesenta se aprobó una legislación liberal del aborto en Gran Bretaña, que fue la puerta de entrada para la despenalización en el resto de Europa.

En 1975, el resto de países de Europa Occidental aún mantenían legislaciones restrictivas respecto al aborto. Sin embargo, fue en este mismo periodo cuando Francia dio acceso al aborto por solicitud durante las primeras diez semanas de gestación. La República Federal Alemana prosiguió con el ejemplo francés en 1976, Italia lo hizo en 1978 y Países Bajos en 1981. Trasladando el tema hasta Oceanía, Australia para fines de los años setenta aprobó una legislación que daba acceso a la práctica abortiva durante el primer trimestre (González Vélez, 2011).

En África, las políticas restrictivas sobre el aborto introducidas desde el dominio colonial aún persisten, excepto en Zambia, que en 1972, aprobó una ley similar a la ley británica sobre el aborto, y en los años noventa lo hizo Sudáfrica (Carril & López, 2008).

En la República Popular China se aprobó una ley liberal sobre el aborto en 1975 y, desde esa época se convirtió en un método muy empleado, tomando en cuenta la insistencia hasta años recientes del gobierno chino, respecto a familias de un solo hijo, dentro de su política de control de la natalidad (Kumar, Hessini, & Mitchell, 2009)..

Durante los últimos treinta años, las leyes referentes al aborto han sido sujeto de liberalización en muchos países, para reducir la elevada tasa de abortos ilegales, y sus complicaciones colaterales, y como reconocimiento del derecho que tienen las mujeres de autodeterminación de sus cuerpos. Colombia, Ciudad de México y Portugal, desde hace una década han puesto en marcha leyes para la despenalización del aborto. De

esta forma la legislación sobre el aborto inducido ha tenido una tendencia general cada vez menos restrictiva.

Calandra (1980) expone que en la actualidad se percibe un cambio de actitudes, puesto que la presión popular, de profesionales de la salud, sociólogos y políticos, está llevando a los gobiernos, a modificaciones jurídicas trascendentales a favor de la anticoncepción, como un complemento de los procesos de liberalización o despenalización del aborto.

Como lo señala Méndez (2012) algunos países que anteriormente permitían el aborto inducido exclusivamente cuando era necesario para salvar la vida de la mujer, ahora han renovado su marco legal para incluir también motivos eugenésicos, económicos o sociales, y así sucesivamente.

Hoy en día, cerca de dos tercios de la población total de mujeres viven en países cuyo sistema normativo admite el aborto por diversas causales, incluso la simple petición de la mujer, por lo que se reduce cada vez más el grupo de países que restringen el aborto sin admitir causa alguna de excepción.

En relación a este punto, en naciones como Canadá, Estados Unidos, Rusia, China, India, y la mayor parte de los países europeos, el aborto es legal a petición de la mujer durante determinado período de gestación. Por otro lado, en la mayoría de los países del Sudeste Asiático, Latinoamérica, África, Medio Oriente, y Oceanía el aborto es considerado ilegal. Actualmente, solo seis países a nivel mundial prohíben la interrupción del embarazo bajo cualquier circunstancia, estableciendo en su marco jurídico penas de cárcel para toda mujer y persona que realice o facilite la realización de un aborto: Chile, Ciudad del Vaticano, Malta, Nicaragua, El Salvador y República Dominicana (Organización de las Naciones Unidas, 2014).

En lo que concierne puntualmente a Latinoamérica, la región presenta algunas de las legislaciones más restrictivas del mundo en relación a la práctica del aborto. En la mayoría de los países la ley incluye excepciones penales sólo cuando resulta necesario para salvar la vida de la mujer embarazada, y bajo algunas otras causas claramente delimitadas. Aún en aquellas naciones latinoamericanas donde el aborto no está

penalizado por la ley, las mujeres suelen tener un acceso restringido al mismo, a raíz de la ausencia de regulaciones adecuadas y de la falta de voluntad política.

Las leyes restrictivas en Latinoamérica con respecto al aborto están estrechamente vinculadas con algunas de las tasas o índices más altos de abortos inseguros. Según estimaciones recientes, se considera que el 95% de los abortos realizados en esta región son ilegales (Ipas, 2005).

Contrario a lo que los opositores del aborto piensan, legalizar o despenalizar el aborto no aumenta la incidencia de los mismos, es más, pareciera ocurrir totalmente lo opuesto. La legalidad o despenalización del aborto, junto con una educación sexual adecuada, y el acceso a métodos anticonceptivos promueve una menor ocurrencia de abortos. El claro ejemplo de ello es Holanda, que es considerada la nación con menor frecuencia de abortos a nivel mundial (Organización de las Naciones Unidas, 2014).

En el año 2007, la revista médica *The Lancet* publicó una investigación que determinó que los índices de aborto eran prácticamente los mismos en Europa, donde el aborto se encuentra legalizado en la mayor parte de los países, y en África donde el aborto está altamente restringido en la mayoría de las naciones (Sedgh, 2007). Algunos de los índices más bajos de aborto en el mundo se presentan en naciones donde el aborto se encuentra legalmente permitido -Europa Occidental-, mientras que algunos de los índices más altos de aborto se suscitan donde el aborto es fuertemente restringido, caso de Latinoamérica.

### **3.5.1.1 Las modalidades de las reformas legales**

Es imprescindible establecer con claridad a qué se le denominan reformas legales cuando se aborda la temática del aborto, puesto que, estas pueden presentar variaciones importantes. Se debe comprender en primer lugar, que una reforma legal no necesariamente significa una legalización del aborto, entendida en su total amplitud, esto dependerá en la práctica del marco jurídico y de los alcances que se pretendan con dicha normativa.

Las reformas legales tienen un propósito fundamental, y este, es el de avanzar en la agenda del aborto legal, como un elemento básico para el pleno ejercicio de los

derechos humanos de las féminas, y particularmente, en lo relativo a sus derechos sexuales y reproductivos, brindando así protección a su autonomía física, y resguardando su libertad de decisión.

Las reformas legales representan en realidad las medidas o procesos que deberían adoptarse para lograr cambios en el marco legal en lo referente al aborto. Estos cambios pueden tomar dos formas: la legalización o la despenalización.

- *La legalización del aborto*

El término “legalización”, hace referencia a la exclusión del delito del marco jurídico – el Código Penal para Guatemala– que lo tipifica de tal forma. En el ámbito de la legalización, las medidas se orientan a la promoción de la voluntad de la mujer de interrumpir su embarazo, tomando en cuenta el período gestacional para hacerlo viable, que varía entre las 12 y las 24 semanas, según la ley (González Vélez, 2011).

Algunos autores consideran que las medidas de legalización son las que de mejor forma se corresponden con la protección y garantía de los derechos de las féminas, siendo de un carácter perdurable, y porque dichas modificaciones jurídicas son el resultado de un consenso político y social de carácter amplio. A la vez, se les considera como un avance en lo referente a la autonomía de la mujer, pues las medidas de legalización, determinan un período de tiempo durante el cual la decisión absoluta de recurrir a un aborto, depende exclusivamente de su voluntad. Sin embargo, los impulsores de las medidas legalizadoras, se olvidan del difícil y largo proceso que ello conlleva, y que en sociedades conservadoras como la guatemalteca, la palabra “legalización” es fuente de estigmatización y rechazo por los sectores conservadores, las élites políticas y la sociedad misma, que con hipocresía condenan una práctica, que sea legal o no existe.

- *La despenalización del aborto*

La despenalización según la doctrina jurídica representa la eliminación de la pena a un delito bajo ciertas razones o causales.

Para llegar a la despenalización, es imprescindible procurar la adopción de medidas que superen la prohibición total de la práctica abortiva, ya sea a través de la

incorporación de modificaciones en el Código Penal o mediante el litigio en los juzgados, para de esta forma avanzar por lo menos, cuando la prohibición es total, en el reconocimiento del aborto por razones terapéuticas (Sánchez-Cordero & Velásquez, 1980).

Una vez garantizado el acceso al aborto terapéutico, desde la óptica de los derechos humanos de la mujer, la siguiente medida que conlleva la despenalización es la definición de diferentes causales o razones que permitan la práctica de aborto, las cuales pueden ser parte de un proceso gradual, o bien abarcar de forma inmediata la gama más amplia de motivos -vida, salud integral, violación, malformación fetal, condición socioeconómica- (González Vélez, 2011). En caso de ser imposible la definición de un sistema amplio de causales o razones, resulta vital, que como mínimo se revise el marco jurídico que penaliza el aborto terapéutico, o cuando el embarazo es producto de una violación o incesto, puesto que estos representan una amenaza para los derechos fundamentales de toda mujer, específicamente su vida, su salud, así como su integridad y dignidad. De negarse los servicios abortivos bajo las razones antes señaladas, se estaría atentando por parte del Estado a la integridad física y psicológica, y hasta la vida de las mujeres.

Cuando se adoptan estrategias de despenalización es muy importante el tomar en cuenta los razonamientos que se establecen para la aplicación de las causales, para que estos sean lo menos burocráticos y complicados para las mujeres, sin imponérseles cargas desproporcionadas para el cumplimiento de los citados requisitos. Asimismo, en todo el proceso debe de reconocerse la preeminencia de los derechos de las mujeres por sobre los del nonato, evitando debates innecesarios sobre el tema.

### **3.5.2 Guatemala y el contexto internacional relacionado con el aborto**

El Estado de Guatemala en las últimas décadas ha suscrito convenios y compromisos internacionales en materia de salud sexual y reproductiva, con lo que se ha desarrollado un marco normativo tendiente a procurar mejores condiciones en este tema para la sociedad vista desde su conjunto, y para las mujeres en particular. Sin embargo, es de reconocer que ese marco legal y político aún no se visualiza en

avances de amplio alcance, de acuerdo a los compromisos aceptados a nivel internacional.

Existen cuatro instancias internacionales en las cuales se ha establecido que la salud reproductiva de la mujer es un elemento fundamental para promover la igualdad de género y el derecho al desarrollo, con el compromiso total de los gobiernos de avanzar en dicha materia, siendo estas:

- La Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos
- La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo
- La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer
- Los Objetivos de Desarrollo del Milenio

En la *Declaración y Plan de Acción de Viena*, derivado de la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos, se da pleno reconocimiento al derecho a la salud física y mental de la mujer durante toda su vida. Reafirmandose al mismo tiempo, el derecho de las mujeres al acceso de servicios integrales de salud adecuados, y especialmente a los servicios de planificación familiar (Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Declaración y Programa de Acción de Viena, 1993).

La *Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo* solicita a los gobiernos incrementar su compromiso con la salud de la mujer, y a revisar los efectos que en la salud tienen los abortos en condiciones de riesgo, haciendo hincapié en la disminución de las prácticas abortivas inseguras por medio de una adecuada prestación de servicios de planificación familiar. Y lo más importante, esta Conferencia señala que las mujeres deberían contar con acceso a los servicios médicos de calidad para tratar las complicaciones postaborto, acceso a los servicios de planificación familiar, la educación sexual, y a la asesoría psicológica y preventiva para evitar la reiteración de los casos (Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, 1994, art. 8.25).

La *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer* aborda la necesidad de hacer frente a las consecuencias que los abortos inseguros tienen para la mujer, y las políticas gubernamentales. Al mismo tiempo, se solicita a los Estados tomar acciones concretas en lo referente a elaborar estudios diagnósticos que brinden un panorama actual y realista de la situación del aborto inseguro y sus consecuencias -en la salud y

fecundidad de la mujer y en el sistema de salud pública-, con el fin de establecer políticas y programas gubernamentales para contrarrestarlos, así como estudios relativos a las complicaciones postaborto y la capacidad de los sistemas de salud a nivel nacional de brindar atención de calidad (Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, 1995).

En esta misma línea, se ha recomendado la capacitación de los médicos para atender a las mujeres con complicaciones provenientes de abortos clandestinos e inseguros, al igual que el desarrollo de programas integrales relacionados con los derechos sexuales y reproductivos dirigidos hacia las mujeres. Estas instancias internacionales de igual forma, han advertido la necesidad de verificar y rediseñar la legislación que penaliza la práctica del aborto inseguro, compromiso que fue reafirmado en el documento Beijing + 15, como complemento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, y la Plataforma de Acción de Beijing (González Vélez, 2011).

Por último, el objetivo cinco incorporado en los *Objetivos de Desarrollo del Milenio* se proponía reducir para el año 2015 la mortalidad materna en tres cuartas partes, teniendo relación directa con permitir acceso al aborto seguro y de calidad.

### **3.5.3 Regulación del aborto en la legislación guatemalteca**

La Constitución Política de la República de Guatemala de 1986, aprobada por la Asamblea Nacional Constituyente en 1985 y que entró en vigencia al siguiente año, reconoce la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, así como el derecho al acceso de los servicios de salud y la protección de estos por parte del Estado, dos aspectos fundamentales para esta investigación en relación con el derecho de la mujer a su autodeterminación sobre sus propias vidas y cuerpos, y su igualdad ante la ley.

En el Título II, Capítulo I, Artículo 4 se consagra el derecho a la igualdad de la siguiente manera:

“Libertad e igualdad. En Guatemala todos los seres humanos son libres e iguales en dignidad y derechos. El hombre y la mujer, cualquiera que sea su estado civil, tienen iguales oportunidades y responsabilidades. Ninguna persona puede ser

sometida a servidumbre ni a otra condición que menoscabe su dignidad. Los seres humanos deben guardar conducta fraternal entre sí”.

De igual manera, los Artículos 93 al 95 de la Constitución Política de Guatemala señalan en torno al tema de salud, seguridad y asistencia social que:

“Artículo 93. Derecho a la salud. El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna.

Artículo 94. Obligación del Estado, sobre salud y asistencia social. El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social.

Artículo 95. La salud, bien público. La salud de los habitantes de la Nación es un bien público. Todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento”.

En lo que se refiere a la tipificación del aborto como delito, el Código de 1877 reguló el aborto penalizando tanto a la mujer que se sometía a ello, como al proveedor del servicio. Sin embargo, es importante el señalar que se reguló el aborto “Honoris Causa”, estableciendo una pena menor si la justificación era el ocultar la “deshonra” de la mujer. Se establecía pena de arresto mayor -hasta de un año- y multa de 50 a 500 pesos, al farmacéutico que brindase un medicamento abortivo sin la existencia de prescripción médica. Se penaba la acción en sí de proporcionar abortivos, independientemente si el aborto se llevaba a cabo o no (Mazariegos Roca, 2006).

Para 1936, a través del Decreto 2164 de la Asamblea Legislativa de Guatemala que constituyó el Código Penal, no se incorporaron reformas notables a la regulación de la práctica del aborto (Méndez, 2012); únicamente se estableció que la penalización para un farmacéutico que brindara un medicamento considerado abortivo sin prescripción médica, se reducía a un arresto de cuatro meses, sin multa económica de por medio.

El Código Penal, Decreto 13-73 del Congreso de la República de Guatemala, amplió en gran medida la regulación del aborto, en su Capítulo III, artículos 133 al 140.

Villatoro (2006) aduce que el Código Penal guatemalteco no define expresamente el aborto como figura delictiva, sino que este se limita a conceptualizar el aborto como tal, señalando que es la muerte del feto en cualquier momento de la preñez, y a su vez, estableciendo las diferentes clases de aborto penadas por la ley. Lo anterior lo explica de igual manera González de la Vega para el caso mexicano (1981) "...la denominación de aborto dada al delito es falsa, porque no responde a su contenido jurídico; hubiera sido preferible emplear la lexicografía precisa: delito de feticidio" (p.130).

#### **3.5.4 El Código Penal guatemalteco y el aborto**

En Guatemala el aborto se penaliza con cárcel de seis meses a tres años. A continuación se presentan los artículos referentes al tema contenidos en el Código Penal, Decreto 13-73 del Congreso de la República de Guatemala, en su Capítulo III, el cual estipula:

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

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

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

Art. 138. (Aborto preterintencional) Quien, por actos de violencia ocasionare el aborto, sin propósito de causarlo, pero constándole el estado de embarazo de la

ofendida, será sancionado con prisión de uno a tres años. Si los actos de violencia consistieren en lesiones a las que corresponda mayor sanción, se aplicará ésta aumentada en una tercera parte.

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

Art. 140. (Agravación específica) El médico que, abusando de su profesión causare el aborto o cooperare en él, será sancionado con las penas señaladas en el artículo 135, con multa de quinientos a tres mil quetzales, con inhabilitación para el ejercicio de su profesión de dos a cinco años. Iguales sanciones se aplicarán, en su caso, a los practicantes o personas con título sanitario, sin perjuicio de lo relativo al concurso de delitos”.

De igual manera, el Código Penal guatemalteco establece solamente un caso de permisibilidad:

“Art. 137. (Aborto terapéutico) No es punible el aborto practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer, previo diagnóstico favorable de por lo menos otro médico, si se realizó sin la intención de procurar directamente la muerte del producto de la concepción y con el solo fin de evitar un peligro, debidamente establecido para la vida de la madre, después de agotados todos los medios científicos y técnicos”.

## **CAPITULO IV**

# **VALIDACIÓN DE LA HIPÓTESIS Y RESULTADOS DEL ESTUDIO**

---

Según la maestra en salud pública materno infantil y Directora del Centro Mujeres en La Paz, Baja California, Mónica Jasis (2002), la salud sexual y reproductiva representa “el derecho del hombre y la mujer a obtener información y usar el método que más les parezca y convenga para planificar su familia, y que los servicios de salud que permitan los embarazos y partos sin riesgo, teniendo las parejas mayores posibilidades para tener hijos e hijas sanas” (p.13). Se puede hablar asimismo del derecho a adoptar decisiones en el marco de la salud sexual y reproductiva sin sufrir discriminación alguna, presiones, ni mucho menos injerencia de violencia.

En las primeras etapas de formación de estos derechos, se consideró necesario el establecer una categoría única para los mismos, a lo que se opusieron algunos grupos señalando que estos ya formaban parte del marco jurídico internacional en materia de derechos humanos, por lo que en un sentido estricto simplemente se buscaría asegurar el pleno ejercicio y reconocimiento de estos. La historia se encargó de conformar toda una estructura legal que estableciera la necesidad relevante de estudiarlos de manera separada.

Los derechos sexuales y reproductivos de forma amplia reconocen que las mujeres por naturaleza, tienen el encargo de ser las portadoras de la reproducción de la especie humana, pero lamentablemente en sociedades como la guatemalteca, los estigmas y esquemas machistas, han promovido una disfunción de ello, convirtiendo a la mujer en un ser sujeto a la opresión y subordinación (Asociación de Mujeres Tierra Viva, 2013). De esta forma, la función reproductiva de la mujer trae implícita a su vez, una restricción y limitación de la misma, reduciendo sus derechos a la simple portación de un producto en gestación.

La reproducción debe de ser sujeto a la igualdad, equidad y paridad entre hombres y mujeres, pues más que una acción, es un derecho inalienable del ser humano. Guatemala debe de avanzar en el diseño de un marco jurídico que garantice el cumplimiento de los programas, planes y políticas relativos a la salud sexual y

reproductiva, desde un ámbito multidimensional y coherente con el escenario internacional. Dicho esquema jurídico debe de estar en plena armonía con los instrumentos internacionales y regionales en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, dándosele principal interés a temas tales como los métodos de planificación familiar, la educación sexual, y el acceso a procedimientos de aborto seguro.

En el presente Capítulo, para dar cumplimiento al objetivo general y objetivos específicos establecidos en el diseño metodológico se llevó a cabo un estudio analítico que parte de la epistemología dialéctica, el cual a través de las técnicas de investigación documental, hemerografía y el desarrollo de entrevistas a personajes claves, permitió validar la hipótesis planteada al inicio de este documento.

En lo que respecta al análisis de las acciones estatales para dar respuesta a las demandas sociales bajo el enfoque sistémico, en este Capítulo se presenta el marco legislativo nacional vigente que regula todo lo relacionado con los derechos sexuales y reproductivos, la incorporación de dicha temática en el Plan de Gobierno del Partido Patriota, así como la agenda estratégica y operativa de trabajo de su periodo de gobierno. La finalidad de lo anterior, consiste en analizar cómo las demandas ciudadanas se trasladan al Estado guatemalteco, y la forma en las que éste las procesa para la elaboración de políticas gubernamentales encaminadas a darle solución a tales demandas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, entendiendo que es un proceso continuo y de constante retroalimentación.

La hemerografía y las entrevistas a personajes claves por su parte, permiten comprender el enfoque liberal de Rawls de “razón pública”, con la finalidad de establecer la forma en la cual la discusión del tema de la despenalización del aborto se incorpora dentro del pensamiento de la sociedad guatemalteca, las respuestas institucionales al respecto, así como el indagar sobre los principales puntos que permitirán agilizar un diálogo social y un debate político, partiendo de una concertación entre el marco jurídico nacional y las diferentes posturas existentes a lo interno de la sociedad.

## 4.1 VALIDACIÓN DE LA HIPÓTESIS

El análisis desarrollado a lo largo del presente estudio, con base en la información recopilada a través de la investigación documental, el análisis hemerográfico y las entrevistas llevadas a cabo, permitieron demostrar la validez de la hipótesis planteada como respuesta tentativa de investigación, la cual señalaba que:

“La penalización del aborto en Guatemala limita derechos y libertades de las mujeres, lo que motiva a las prácticas clandestinas del aborto poniendo en riesgo la salud y vida de la mujer”.

- **Variable independiente**

“La penalización del aborto en Guatemala limita derechos y libertades de las mujeres”

Las políticas de salud sexual y reproductiva implementadas durante el periodo 2012-2015 se justifican por medio de la concepción de la identidad femenina, la cual se entrelaza de manera armoniosa con el conservadurismo moralista y religioso nacional. Esto representa la omisión por parte del Estado de su obligación de garantizar el disfrute de los derechos fundamentales de las mujeres, y la prevalencia del derecho a la vida del nonato sobre los derechos de la mujer de autodeterminación de sus cuerpos y acceso a la salud.

Es entonces la restricción de los derechos sexuales y reproductivos por parte del Estado, lo que ha promovido la práctica abortiva a la ilegalidad y clandestinidad. Los sectores sociales que sostienen que el aborto es inmoral y hasta inhumano debido al asesinato de un nonato, no advierten que igual o más inmoral e inhumano resulta llevar a miles de mujeres a la muerte por interrumpir su embarazo no deseado bajo condiciones inseguras. También se trata de una actitud frecuente del Estado, eludir la responsabilidad social de proteger la salud y vida de todos sus habitantes, sin discriminación alguna.

El derecho al aborto es una demanda por justicia, siendo un tema de derechos humanos y de salud pública, no de moral, ni de valores éticos, que han empapado la cultura política guatemalteca. Por eso lo más difícil del debate sobre esta práctica es

llevarlo al campo de los derechos de la mujer a la salud y a la autodeterminación, los que siguen siendo obviados y obstaculizados por el Estado mismo.

- **Variable dependiente**

“Lo que motiva a las prácticas clandestinas del aborto poniendo en riesgo la salud y vida de la mujer”.

Cuando se aborda el tema de la salud sexual y reproductiva en Guatemala, se cae en el pensamiento patriarcal que le asigna a la mujer el exclusivo rol de la procreación, bajo esquemas conservadores de maternidad, familia y cuidado de los hijos. Por tal motivo, los derechos sexuales y reproductivos no componen exclusivamente un tema de derechos humanos, sino que representan también un asunto de clase, de salud, de políticas públicas, pero ante todo de justicia social.

En Guatemala la prohibición al aborto es una condena a la mujer misma, bajo una óptica discriminatoria y patriarcal. Las estadísticas de mujeres que asisten a hospitales públicos por complicaciones de abortos inseguros, así como la cantidad de muertes producto de esta situación, no solo ponen en evidencia una violación flagrante a los derechos de las féminas, sino también altos costos en la inversión pública en materia de salud que puede ser evitada.

Se ha podido evidenciar en esta investigación, que el aborto es ilegal en Guatemala como consecuencia del conservadurismo y el modelo patriarcal de sociedad, y de la debilidad estructural del Estado que le impide conceder legitimidad a otro tipo de violencia que no sea la propia.

Sobre el particular, Giaretto (2001) explica que “...El problema no es que se realicen abortos cotidianamente, sino que estos se mantengan por fuera del derecho jurídico. La cuestión es hacer vivir para dejar morir. Legalizar el aborto significaría conceder legitimidad a la violencia que pueden pero no deben ejercer las mujeres” (p.55).

De este modo el pensamiento conservador de la sociedad guatemalteca señala que el aborto representa no solo una práctica ilegal, sino también ilegítima, pues la mujer que aborta despoja al Estado la violencia exclusiva de impedir la vida, como lo afirmasen en su momento los dos últimos Presidentes de la República electos por sufragio universal,

al expresar su rechazo al aborto, desconociendo en todo momento las causas y necesidad que llevan a las mujeres a tomar tal decisión, ya que como lo expresa Castañeda (2003), cada mujer lo hace desde una posición personal pero también social, y solo ellas saben el porqué de decidir si ser madre o no, por lo que ni el Estado, ni nadie más puede adjudicarse ese derecho.

La postura de las máximas autoridades estatales sobre el aborto es el ejemplo de la expropiación del derecho de las mujeres a la autodeterminación de sus propios cuerpos, bajo la cultura machista, que además cambia las necesidades y experiencias de las mujeres, por una visión moralista del tema. De esta forma, el impacto social, sanitario y político del aborto se puede resumir en que los derechos sexuales y reproductivos que hacen alusión a que las mujeres deben ser tratadas como seres humanos integrales y no exclusivamente reproductivos, ejerciendo su sexualidad de forma libre, sin restricción alguna, y sin que la misma se circunscriba a ser madre, no son protegidos por el Estado, ni reconocidos por una parte de la sociedad guatemalteca, que reducen el papel de la mujer dentro de la sociedad al ser madre y educadora de los hijos.

## **4.2 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL**

### **4.2.1 Principales actores involucrados y sus posturas en torno al tema**

En las últimas décadas, algunas voces sociales a nivel nacional han hecho ver la necesidad de despenalizar el aborto, no sin antes enfrentar una férrea oposición de los grupos religiosos y conservadores que defienden el derecho a la vida del nonato, y solicitan mayor persecución contra las mujeres que abortan y aquellos que practican abortos de forma clandestina. Bajo este contexto, los argumentos religiosos y morales han obstaculizado cualquier tipo de debate serio sobre el tema a nivel nacional, impidiendo conocer una realidad que día con día cobra la vida de más mujeres.

A continuación se presentan las principales posturas que en el ámbito nacional se tienen respecto al tema de la despenalización del aborto.

#### **4.2.1.1 Grupos Pro Aborto**

Una vez reinstaurada la democracia a mediados de la década de los ochenta, el espacio público para el debate de temas relativos a los derechos humanos, fue incluyendo de forma paulatina discusiones sobre aquellos aspectos concernientes específicamente a las mujeres. De esta forma, organizaciones sociales que trabajan en el ámbito de los derechos de la mujer, fueron planteando la necesidad de promover el debate sobre la situación del aborto en el país, como consecuencia de las experiencias de miles de mujeres que tenían que recurrir al aborto clandestino e inseguro producto de las restricciones jurídicas imperantes.

Con el tiempo, estas organizaciones fueron ganando espacios para la difusión de sus mensajes, a la vez que desarrollaban estudios y análisis propios sobre la situación internacional y nacional del problema del aborto, y otros aspectos vinculados a la salud sexual y reproductiva de la mujer, buscando reducir la discriminación y opresión hacia la misma, poniendo en la mesa de discusión una temática por aquellos años considerada tabú por algunos sectores.

Sin embargo, es hasta los años noventa, con el surgimiento de nuevas organizaciones del movimiento de mujeres guatemaltecas que abordan el tema de género, que se empiezan a desarrollar redes de articulación a nivel nacional y regional, logrando una sólida institucionalización que hace posible la mayor accesibilidad y profundidad en sus investigaciones respecto al tema de la salud sexual y reproductiva enfocada en la mujer, así como el desarrollo de procesos de monitoreo de las políticas públicas y demás acciones del Estado en la materia.

Es gracias a estas organizaciones sociales que se ha podido ir elaborando demandas puntuales que demuestran a la luz pública la terrible problemática del aborto inseguro, al igual que las restricciones básicas al derecho de la salud de la mujer por intermedio de la existencia de una ley punitiva que tipifica el aborto como un delito, salvo por circunstancias terapéuticas. Desde esa época se han venido produciendo diferentes estudios que abordan el tema de la salud sexual y reproductiva, se han realizado encuentros y seminarios, hasta la convocatoria masiva de movilizaciones, y el desarrollo de campañas de concientización y denuncia sobre el problema, sin dejar de

lado las propuestas técnicas que han sido elevadas a las máximas autoridades correspondientes, aunque sin demasiado efecto entre aquellos que finalmente formulan y toman las decisiones.

Entre estas instituciones podemos mencionar a:

- La Colectiva para la Defensa de los Derechos de las Mujeres en Guatemala –CODEFEM-;
- El Instituto Internacional de Estudios de la Mujer –INTERDEM-;
- La Asociación de Mujeres en Solidaridad –AMES-;
- La Organización de Mujeres Tierra Viva;
- La Red de Mujeres por la Construcción de la Paz;
- La organización Mujeres Transformando el Mundo; y
- El Grupo de Mujeres Ixchel.

Destacando figuras tales como Alma Odette Chacón, Alicia Rodríguez Illescas, Patricia Pinto, Carolina Álvarez, María Isabel Grijalva, Rosa Escobar, y Ana López, entre otras.

Se suman a este movimiento en años recientes las asociaciones en favor de los derechos de la juventud, como la Red de Jóvenes para la Incidencia Política -Incide Joven-, y la Asociación Paz Joven, quienes han cabildeado con parlamentarios para la inclusión del derecho a una educación sexual integral, científica y laica, y el acceso a anticonceptivos e información libre sobre planificación familiar, dentro de las políticas enfocadas hacia la juventud.

#### **4.2.1.2 Grupos Pro Vida**

La despenalización o legalización del aborto tiene sus mayores opositores en aquellos autodenominados grupos pro vida. La postura que asumen estas organizaciones es el que la vida tiene inicio desde el mismo momento de la concepción, por lo que cualquier interrupción voluntaria e inducida del embarazo se considera una violación al derecho a la vida del nonato, ya que el feto es considerado como sujeto de derechos desde el momento en que se engendra (Bermúdez, 2005).

En Guatemala dicho movimiento social se caracteriza por la poca diversidad de los actores que lo componen, siendo por lo regular de carácter religioso, mientras que aquellas instituciones consideradas laicas de hecho presentan vínculos con algunas iglesias nacionales. Su fin es básicamente la promoción de una cultura y respeto a la vida, visualizando el aborto como un crimen social y humano, a su vez que promueven una agenda de incidencia política en contra de cualquier injerencia del Estado por medio de normas y políticas que busquen el acceso a la educación sexual a la población, la utilización de métodos anticonceptivos para el control de natalidad, y ni que decir de eliminar las restricciones de las prácticas abortivas.

Entre estas organizaciones o grupos se encuentran:

- La Asociación La Familia Importa –AFI-;
- La Asociación Sí a la Vida;
- Asociación Familia, Desarrollo y Población –FADEP-;
- La Conferencia Episcopal de Guatemala -CEG-; y
- La Alianza Evangélica.

Además de oponerse al aborto por convicciones morales y éticas, la mayoría de las iglesias en nuestro país consideran que la despenalización de dicha práctica puede ser utilizada como método ordinario de planificación familiar, especialmente entre la población joven.

Según la ortodoxia de la Iglesia Católica quien se somete a una práctica abortiva, acepta que la practiquen o colabora en el proceso, incurre en una culpa moral y pena canónica (Acosta, 2010). Para el catolicismo además, el aborto es solo comparable con la violación, respondiendo a traumas perdurables en la mente y cuerpo de la mujer, pero especialmente en su alma, que quedará condenada por haber cometido un asesinato.

La mayoría de congregaciones cristianas evangélicas por su parte, consideran ético y viable la práctica abortiva únicamente por fines terapéuticos. En cualquier otra situación, al igual que el catolicismo, se entiende que el aborto supone terminar con una

vida humana que pertenece a Dios, imponiéndose el derecho a la vida del nonato, por encima del derecho de autodeterminación de la mujer (González Sanchez, 2009).

#### **4.2.2 La legislación guatemalteca en materia de salud sexual y reproductiva**

La salud sexual y reproductiva al igual que la maternidad saludable han sido reconocidos en el plano mundial y regional, dentro del concepto integral de desarrollo humano, así como del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y otros derechos humanos conexos.

A lo largo de las últimas dos décadas el Estado guatemalteco ha ido construyendo de manera progresiva un marco institucional y legal, por medio del diseño y puesta en marcha de diferentes dispositivos de política pública para el abordaje de la salud sexual y los derechos reproductivos de la población guatemalteca.

El sistema jurídico nacional vigente le otorga el carácter de derecho ciudadano a la libre elección del número de hijos que se desea tener, obligando al Estado a eliminar los obstáculos al acceso de la planificación familiar. Se define el control de la natalidad como componente básico para el desarrollo social, estableciendo a su vez, los mecanismos de financiamiento público destinados a la salud reproductiva, incluida la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos. Aunque es evidente que el tema del aborto no se aborda más allá de la atención médica en casos de complicaciones y la prevención de embarazos no deseados, especialmente en la población juvenil, por los motivos legales de restricción ya enumerados a lo largo del informe.

Lo anterior se constituye entonces en un progreso en la legislación nacional, creando los espacios idóneos para mejorar el desempeño del Estado, y del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en particular, en lo relativo al tema de la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, dicho tema sigue siendo políticamente sensible, y sujeto a vaivenes derivados de los cambios de gobierno, pues la implementación de las normas aduce más una carga política que a un derecho humano y elemento social de discusión.

A continuación, se describe de manera breve las principales instancias legales que regulan el tema de la salud sexual y reproductiva en nuestro país.

#### **4.2.2.1 Ley de desarrollo social (Decreto No. 42-2001)**

Tiene como objetivo la creación de un marco jurídico que permita llevar a cabo la planificación, diseño, ejecución, monitoreo y evaluación de las acciones estatales, enfocadas en el desarrollo de la persona humana en los aspectos social, familiar, humano y su entorno, con prioridad en los grupos vulnerables o de mayor riesgo.

En materia de salud sexual y reproductiva define la misma como un estado general de bienestar físico, psíquico, personal y social en todos los ámbitos vinculados con la sexualidad humana, así como con las funciones y procesos del sistema reproductivo, en la búsqueda de una vida sexual coherente con la dignidad personal y las opciones de vida para el disfrute de una vida sexual plena y sin riesgos, sumado a la libertad responsable de procrear o no, y de decidir cuándo y la frecuencia de dicha acción.

Esta ley crea el Programa Nacional de Salud reproductiva, el cual tiene dentro de sus objetivos primordiales el reducir los índices de mortalidad materna, estableciendo la necesidad de brindar accesibilidad a los servicios de salud reproductiva a mujeres y hombres, y educando sobre los mismos.

La normativa reconoce que los citados servicios son parte fundamental de los servicios de salud pública, razón por la cual el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, por intermedio de todas sus instancias -hospitales, centros de salud, y el resto de unidades administrativas y de atención pública-, se encuentran en la obligación de garantizar el acceso efectivo a la libre información, educación, provisión y promoción de servicios de salud reproductiva, lo que incluye evidentemente servicios de planificación familiar, atención prenatal, y atención del parto.

#### **4.2.2.2 Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar (Decreto No. 87-2005)**

A través de esta normativa, el Estado encomienda al sistema de servicios de salud del país, tanto público como privado, la obligación de promover el acceso universal a los servicios de planificación familiar. Estas acciones incluyen en primer lugar la educación sexual, la reducción de barreras geográficas y de atención a los servicios de planificación familiar, la provisión de métodos anticonceptivos modernos, así como la

asignación de una partida específica del presupuesto en salud para garantizar la adquisición de dichos insumos.

El proceso de formulación y promulgación de esta ley estuvo cargada de conflictividad política en lo que respecta al uso de métodos anticonceptivos modernos para la planificación familiar, sin olvidar la reacción inmediata de las autoridades eclesiásticas católicas, quienes convocaron a la desobediencia ciudadana en nombre de la voluntad divina, e hicieron una comparación “medieval” de los métodos anticonceptivos con balas o proyectiles de armas de fuego (Alvarado, C. , 2005).

Bajo tales circunstancias, el Presidente de la República, Oscar Berger en el año 2006, vetó la ley impidiendo su promulgación, ante lo cual diversas organizaciones sociales y el propio Congreso de la República manifestaron su descontento. Finalmente, la norma fue confirmada por la Corte de Constitucionalidad, seis meses más tarde, el 6 de junio de 2006 (Pérez, 2006).

#### **4.2.2.3 Ley para la maternidad saludable (Decreto No. 32-2010)**

Esta ley tiene por objeto la creación de un esquema jurídico que posibilite la implementación de los procesos necesarios para mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres, así como la promoción de la maternidad saludable, mediante el acceso universal, y sin costo, a la información, a los servicios de salud de calidad antes y durante el embarazo, parto o posparto, y para la prevención y erradicación progresiva de la mortalidad materna.

Los principales objetivos de esta normativa en relación al tema de investigación, se sintetizan en: declarar la maternidad saludable como tema de urgencia nacional; desarrollar y promover acciones para la reducción del índice de mortalidad materna; fortalecer el Programa de Salud Reproductiva; así como la promoción del acceso universal a los servicios de salud materno-neonatal.

#### **4.2.2.4 Política nacional de promoción y desarrollo integral de las mujeres y plan de equidad y oportunidades 2008-2023 (Acuerdo Gubernativo No. 302-2009)**

La presente política prioriza entre sus ejes de trabajo garantizar la educación sexual en los diferentes niveles del sistema educativo nacional, bajo un enfoque de pertinencia cultural, científica y humanística, sobre todo para la prevención de embarazos no deseados.

Contempla dentro de sus actividades, la socialización en los idiomas nacionales de la Ley de Acceso Universal y Equitativo de los servicios de Planificación Familiar.

#### **4.2.2.5 Política nacional de juventud 2012-2020 (Acuerdo Gubernativo No. 173-2012)**

Su propósito básico es la sistematización de un conjunto de acciones para el desarrollo de oportunidades encaminadas a promover las capacidades de la población joven del país, en la búsqueda de su pleno y digno desarrollo individual y comunitario, sin olvidar también, su desarrollo social y político.

En materia de salud sexual y reproductiva define las siguientes acciones:

- a) Garantizar a la población juvenil el acceso universal a la atención integral y diferenciada en materia de salud sexual y reproductiva, acorde a los derechos humanos, la equidad de género y la pertinencia cultural.
- b) Fortalecer la coordinación intersectorial para el abordaje integral de la promoción de la salud y la prevención del embarazo en la niñez y juventud, dando prioridad a la educación sexual, y el establecimiento de mecanismos para el monitoreo y evaluación de riesgos potenciales, y el desarrollo de respuestas inmediatas.
- c) Fomentar el ejercicio de una sexualidad responsable de los jóvenes guatemaltecos.

#### **4.2.2.6 Política nacional de comadronas de los cuatro pueblos de Guatemala 2015-2025 (Acuerdo Gubernativo No. 102-2015)**

Esta política orienta al reconocimiento de las comadronas de los cuatro pueblos de Guatemala -maya, garífuna, xinka y ladino-, quienes por siglos han brindado valiosos

aportes a la salud comunitaria en el marco de las buenas prácticas y contribuciones a la salud, específicamente en el tema de la maternidad, por medio de:

- a) La promoción y divulgación del conocimiento empírico de las comadronas.
- b) El fortalecimiento de las relaciones entre las comadronas y el sistema de salud nacional.
- c) El fortalecimiento institucional para la atención de la salud materna con base a la pertinencia cultural.
- d) El reconocimiento de las comadronas como agentes de cambio.

#### ***4.2.2.7 Plan Nacional de prevención de embarazos en adolescentes y jóvenes 2013-2017***

El Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes y Jóvenes de Guatemala –PLANEA- busca contribuir a la puesta en práctica de diversos instrumentos nacionales e internacionales, a través de la participación de los jóvenes como titulares de derechos en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, particularmente en el tema de embarazos no planeados.

De esta forma el PLANEA, tiene como principal objetivo articular la respuesta intersectorial en la prevención de embarazos en jóvenes entre 15 y 19 años, con base en las necesidades, derechos, y participación de la juventud en Guatemala durante el período 2013-2017.

PLANEA también busca aumentar el acceso a servicios de salud integral y diferenciada para los jóvenes, incluyendo la sexual y reproductiva, al igual que el acceso a métodos anticonceptivos por medio de las decisiones libres e informadas, producto de la concientización social y la educación sexual pertinente.

#### ***4.2.2.8 Plan de Acción para la reducción de la mortalidad materna neonatal y mejoramiento de la salud reproductiva 2010-2015***

Este Plan señala que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través del Programa Nacional de Salud Reproductiva, debe garantizar el pleno ejercicio del derecho a la salud reproductiva integral de toda la población guatemalteca, por medio de la creación de normas y políticas para la promoción, prevención, y atención de la

salud reproductiva, partiendo del enfoque de género e interculturalidad para la reducción de la mortalidad materna, con base en el fortalecimiento de la atención calificada en los servicios de salud sexual y reproductiva en todas sus dimensiones.

#### **4.2.3 Los planes y estrategias propuestos por el Estado de Guatemala en el ámbito de la salud sexual y reproductiva**

##### **4.2.3.1 Plan de Gobierno 2012-2016: “Agenda del Cambio”**

El Partido Patriota presentó para la campaña electoral de 2011, la "Agenda del Cambio 2012- 2016" en la que se establecían los cinco ejes de trabajo, en los que se resumían las propuestas que el partido priorizaría para atender los mismos una vez alcanzada la victoria electoral, siendo estos:

- a) Seguridad Democrática y Justicia
- b) Desarrollo Económico Competitivo
- c) Infraestructura Productiva e Infraestructura Social
- d) Desarrollo Social
- e) Desarrollo Rural Sustentable

Se trataba de una propuesta ambiciosa en la que a partir de los cinco ejes, se identificaron cinco Propósitos Nacionales Concretos, para un total de veinticinco Propósitos Nacionales que se constituyeron en el compromiso oficial del partido para con la ciudadanía guatemalteca.

En el citado Plan de Gobierno, se manifestaba que la construcción del mismo era producto del proceso de diálogo en todos los departamentos del país, y de expertos en los diferentes temas de política pública (Partido Patriota, 2011).

Esta investigación centraliza su análisis en el eje de Desarrollo Social, el cual contenía lo referente al tema de salud sexual y reproductiva, o por lo menos eso pretendía a grandes rasgos.

El objetivo estratégico de dicho Plan en materia de Desarrollo Social, se circunscribía a:

“...expandir los derechos sociales de los guatemaltecos y guatemaltecas, con prioridad en los segmentos de la población indígena y ladina en situación de

pobreza, excluidos y vulnerables, a través de la acción combinada del Estado, el mercado, la academia, la sociedad civil, las municipalidades, las familias y las redes comunitarias” (Partido Patriota, 2011, p.42).

Por tal motivo, el eje de Desarrollo Social se pretendía llevar a cabo con base en estrategias integrales de largo plazo, amparadas en una variedad de intervenciones multisectoriales y complementarias, que ponían su énfasis en los aspectos más importantes relacionados con los problemas que se enumeran a continuación:

- a) Cero Hambre
- b) Hogares Saludables
- c) Niñez Preparada
- d) Jóvenes Protagonistas
- e) Familias Seguras

La estrategia de *Hogares Saludables*, incorporaba el componente de *Maternidad Segura*, el cual buscaba la reducción de la mortalidad materna, en el combate integral de los factores de riesgo que causan las demoras en la atención de parto y postparto.

Las acciones del referido componente incluían:

- Atención combinada profesional de los servicios de salud tradicionales y las comadronas.
- Establecimiento de planes municipales y de tipo comunitarios relativos a la salud materna y neonatal.
- Fortalecimiento de la atención a la madre y al recién nacido en todos los niveles
- El establecimiento de programas como “Medicamentos a mi alcance” y “Familias con Alimentos Sanos y Seguros”.

Se destaca la inexistencia de políticas de prevención de embarazos no deseados, y el acceso a métodos anticonceptivos modernos, como parte de una estrategia que se consideraba de carácter integral.

Aunado a lo antes descrito, se contemplaba dentro de la estrategia *Jóvenes Protagonistas*, el componente *Joven Seguro*, el cual buscaba otorgar a la juventud, oportunidades de atención integral en salud, destacándose la educación y acceso a la salud sexual y reproductiva, aunque sin especificar con detalles los mecanismos para ello.

El Plan de Gobierno 2012-2016, que en teoría fue la base para las políticas y programas de gobierno que se implementaron durante dicho periodo, no establecía un eje o apartado especial referido a la mujer. Es más, solo se hace alusión a las féminas como grupo vulnerable, pero no se especifican planes o acciones puntuales para evitar la exclusión y diferenciación social a la cual es objeto, mucho menos en lo concerniente al tema de salud reproductiva y sexual.

#### **4.2.3.2 Orientaciones Estratégicas de Política**

De conformidad con los instrumentos normativos y metodológicos que regulan la institucionalidad pública en Guatemala, es una responsabilidad de la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia –SEGEPLAN–, el elaborar las Orientaciones Estratégicas de Política de cada periodo gubernamental.

Las orientaciones estratégicas de política, implementadas durante el período presidencial del Partido Patriota, incorporan en buena medida los lineamientos planteados en la Agenda Nacional del Cambio 2012-2016, de allí su importancia de estudio.

De esta manera, las orientaciones de política para el período 2012-2016, son una herramienta estratégica para entender la forma en la que el gobierno abordó el tema de salud sexual y reproductiva, pues el mismo se esquematiza en un conjunto de prioridades estratégicas presentadas por ejes temáticos, las cuales hacen alusión a las acciones de intervención recomendadas para la atención a la problemática mencionada.

- *Periodo 2012-2014*

Las orientaciones generales para este periodo señalaban que las acciones de política en materia de salud debían prestar especial atención a las mujeres embarazadas,

particularmente aquellas provenientes del área rural y de etnia indígena, según los indicadores nacionales que mostraban una importante desatención a estos grupos considerados vulnerables.

Por ese motivo, se señalaba el interés en promover el acceso a los programas de salud que permitieran una cobertura pronta y de calidad, en los distintos niveles de atención de salud, teniendo en cuenta el tema de la pertinencia cultural y el enfoque de género. Para lograr lo anterior, se planteaba la necesidad de llevar a cabo un riguroso y planificado proceso de desconcentración, descentralización y fortalecimiento de la cobertura de los servicios de salud en sus diferentes niveles de atención (SEGEPLAN, 2012).

Las orientaciones de política estaban enfocadas a mejorar los partos con asistencia de personal médico especializado, así como la atención prenatal. Estas estrategias priorizaban la reducción tanto de la mortalidad infantil, la mortalidad materna, así como el acceso a los servicios de salud y métodos de planificación familiar, según lo establecido en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

La prioridad según el documento, se centraba en reducir la mortalidad materna a partir de la efectiva implementación del protocolo de vigilancia epidemiológica, aunado a la garantía en el abastecimiento de medicamentos e insumos, todo lo cual debía de hacerse bajo el fortalecimiento de las capacidades institucionales y una efectiva coordinación interinstitucional.

A continuación se presenta la matriz de trabajo desarrollada por SEGEPLAN (2012) para atender la problemática de la mortalidad materna y su incorporación a las acciones estratégicas de gobierno, correspondiente a los años 2012-2014.

Tabla 1: Matriz programática

| <b>Acciones sectoriales</b>  | <b>Marco programático</b>   | <b>Instituciones responsables</b>  |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Garantizar el abastecimiento de medicamentos, equipo, insumos e infraestructura necesarios para la prestación de los servicios de atención del embarazo, parto y</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Programa de Extensión de Cobertura -PEC-.</li> <li>▪ Programa Nacional de Salud Reproductiva -PNSR-.</li> <li>▪ Centro Nacional de Epidemiología -CNE-.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-.</li> <li>▪ Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-.</li> <li>▪ Instituto Nacional de Estadística -INE-.</li> </ul> |

| Acciones sectoriales   | Marco programático   | Instituciones responsables   |
|--|--|--|
| <p>puerperio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fortalecimiento en las capacidades y competencias de los proveedores de servicios de salud para la aplicación de las normas, guías y protocolos; así como de la vigilancia epidemiológica.</li> <li>▪ Implementación del protocolo de vigilancia epidemiológica de muerte materna y neonatal.</li> <li>▪ Implementación de la Estrategia Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna.</li> <li>▪ Fortalecimiento de los Comités de Vigilancia de la mortalidad materna a nivel local, para cumplir con el seguimiento de las acciones de la Ley de Maternidad Saludable y su reglamento, con participación de los servidores de salud y población en general.</li> <li>▪ Seguimiento a la implementación de los Planes Departamentales de Reducción de muerte materna.</li> <li>▪ Coordinación intersectorial e interinstitucional para el mejoramiento de la información en materia de salud y su adecuada utilización de carácter científico.</li> <li>▪ Asegurar procesos sistemáticos de monitoreo,</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sistema de Información Gerencial en Salud -SIGSA-.</li> <li>▪ Estrategia Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal.</li> <li>▪ Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Organizaciones Gubernamentales -ONG´s-.</li> <li>▪ Establecimientos privados.</li> </ul> <p style="text-align: right;">No</p> |

| Acciones sectoriales  | Marco programático | Instituciones responsables |
|---|--------------------|----------------------------|
| supervisión y evaluación para la mejora de la calidad de la atención del parto. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Asegurar la consejería para la oferta de métodos de planificación familiar y prueba de VIH.</li> <li>▪ Fortalecer el sistema de referencia y respuesta.</li> </ul> |                    |                            |

Fuente: SEGEPLAN. Orientaciones Estratégicas de Política 2012-2014.

#### 4.2.3.2.1 Periodo 2014-2016

Las orientaciones estratégicas de política para este periodo comprenden un conjunto de lineamientos que guían la acción pública que toman como referencia tres pactos prioritarios de Gobierno:

- Pacto por el Hambre Cero
- Pacto por el Desarrollo Económico
- Pacto por la Seguridad, Justicia y Paz

Los objetivos y las acciones son de corto y mediano plazo, dándose una especial atención al combate a la desnutrición, al desarrollo económico y productivo de la nación, así como en el fortalecimiento de la institucionalidad del Estado.

Se reducen la cantidad de ejes estratégicos de trabajo, para sintetizar las acciones y planes de gobierno. En el caso de la salud sexual y reproductiva, que eran parte del eje programático Desarrollo Social del Plan de Gobierno 2012-2016 del Partido Patriota, este se incluye dentro del Pacto por el Hambre Cero, teniendo como objetivo fundamental, la reducción de la mortalidad materna en 10% para el año 2015 (SEGEPLAN, 2013).

Únicamente se menciona dentro de las orientaciones estratégicas, la planificación familiar y la educación integral en sexualidad con pertinencia cultural, así como los derechos de las comadronas, promotoras y promotores de salud, en asistencia básica de la salud de las mujeres.

Si el enfoque de género fue mínimo en el anterior diseño de Estrategia de Orientaciones de Política (2012-2014), en esta oportunidad es prácticamente inexistente.

#### **4.2.4 Casos ingresados y sentencias condenatorias por delitos de aborto durante el periodo 2012-2016**

Según datos estadísticos proporcionados por el Centro de Información, Desarrollo y Estadística Judicial –CIDEJ-, entre los años 2012 y 2016 se reportaron un total de 113 casos de denuncia ante los órganos jurisdiccionales de la República de Guatemala -Véase tabla 2-, destacándose el aborto con o sin consentimiento como la principal causa de denuncia, con 47 casos, seguida por el aborto preterintencional con 29 denuncias, y el aborto procurado con 23.

El año 2015 reporta la mayor cantidad de denuncias por prácticas abortivas en los órganos jurisdiccionales guatemaltecos, con un total de 40 casos, mientras que hasta octubre de 2016, únicamente se contabilizaban 7 casos.

Si se toman como punto de referencia las estadísticas proporcionadas por el Guttmacher Institute de 65,000 abortos anuales a escala nacional, durante el periodo 2012-2016 se presenta un promedio de 22.2 denuncias por año, lo que significa que menos del 0.03% de los abortos inducidos son conocidos por instancias jurídicas, evidenciando con ello la falta de cultura de denuncia entre la población, los escasos controles de estos casos en los centros hospitalarios, y el desinterés en la persecución penal por parte de las autoridades.

De esos 133 casos de denuncias por prácticas abortivas, tan solo 33 tuvieron una sentencia condenatoria, representando el aborto con o sin consentimiento el 60% del total de condenas, seguido del aborto calificado con un 19%, el aborto preterintencional y el aborto procurado con el 9% cada uno, y finalmente, el aborto en grado de tentativa que solo representa el 3% de las resoluciones jurídicas.

Las anteriores estadísticas demuestran que del total de denuncias presentadas ante órganos jurídicos competentes, solamente un 24% de estas llegan a sentencia condenatoria, desestimándose la mayoría de los casos por falta de prueba, reiteración

de denuncia, o estancamiento administrativo de los casos. A través de estas cifras se pone en evidencia la debilidad en el cumplimiento de la normativa restrictiva del aborto, que no influye en una reducción en el número de procedimientos abortivos que se realizan anualmente en el país, por lo que una reforma al Código Penal y a la tipificación del aborto como delito podría dejar de ver a la misma como un delito y problema jurídico, para dar paso a un tema de salud pública.

Tabla 2: Casos ingresados por el delito de aborto en los órganos jurisdiccionales de la República de Guatemala, durante los años 2012 al 2016

| Suma consumado tentativa                                    |  | Año       |           |           |           |          |            |
|---|--|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|------------|
| Ley   | Tipo   | 2012      | 2013      | 2014      | 2015      | 2016     | Total      |
| Libro segundo parte especial Código Penal Decreto No. 17-73 | Aborto calificado  | 0         | 3         | 3         | 0         | 0        | 6          |
|   | Aborto con agravación específica                         | 0         | 1         | 0         | 0         | 0        | 1          |
|   | Aborto con o sin consentimiento                          | 7         | 7         | 16        | 12        | 5        | 47         |
|   | Aborto con o sin consentimiento en el grado de tentativa | 0         | 0         | 0         | 1         | 0        | 1          |
|   | Aborto en grado de tentativa                             | 0         | 0         | 1         | 0         | 0        | 1          |
|   | Aborto preterintencional                                 | 1         | 6         | 5         | 15        | 2        | 29         |
|   | Aborto procurado   | 3         | 5         | 7         | 8         | 0        | 23         |
|   | Aborto terapéutico                                       | 0         | 0         | 1         | 0         | 0        | 1          |
|   | Tentativa y aborto culposo                               | 0         | 0         | 0         | 4         | 0        | 4          |
| <b>Total</b>  |  | <b>11</b> | <b>22</b> | <b>33</b> | <b>40</b> | <b>7</b> | <b>113</b> |

Fuente: CIDEJ, 2016

Tabla 3: Sentencias condenatorias dictadas en los órganos jurisdiccionales de la República de Guatemala por el delito de aborto, durante los años 2012 al 2016

| Suma consumado tentativa                                    |                                 | Año      |          |          |           |          |           |
|---|---------------------------------|----------|----------|----------|-----------|----------|-----------|
| Ley   | Delito                          | 2012     | 2013     | 2014     | 2015      | 2016     | Total     |
| Libro segundo parte especial Código Penal Decreto No. 17-73 | Aborto calificado               | 3        | 0        | 1        | 2         | 0        | 6         |
|   | Aborto con o sin consentimiento | 2        | 3        | 4        | 7         | 4        | 20        |
|   | Aborto en grado de tentativa    | 0        | 0        | 0        | 1         | 0        | 1         |
|   | Aborto preterintencional        | 2        | 0        | 1        | 0         | 0        | 3         |
|   | Aborto procurado                | 0        | 0        | 0        | 2         | 1        | 3         |
| <b>Total</b>  |                                 | <b>7</b> | <b>3</b> | <b>6</b> | <b>12</b> | <b>5</b> | <b>33</b> |

Fuente: CIDEJ, 2016

#### 4.2.5 Análisis de las estrategias y acciones implementadas desde el Ejecutivo en materia de salud sexual y reproductiva en el periodo 2012-2015

En el año 2000, Guatemala junto con otras 189 naciones, suscribió los Objetivos de Desarrollo del Milenio como la guía mundial para alcanzar el desarrollo integral. De todos los objetivos, el número 5 hacía referencia a la necesidad de garantizar el derecho de toda mujer, si así lo conviniese, a tener un embarazo y un parto seguro. Posteriormente, en el año 2006, durante el periodo de revisión de este objetivo se decide agregar, como una acción adicional, el acceso libre a los servicios de planificación familiar.

En el año 2001, en Guatemala se promulga la Ley de Desarrollo Social, que establece el marco legal nacional para alcanzar el desarrollo integral, y que define en el apartado referente a la salud, que todas las mujeres y hombres deben tener acceso libre e informado a los servicios de salud reproductiva, lo que incluye la planificación familiar, como parte de su desarrollo personal, familiar y comunitario.

Posteriormente en el año 2005, la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva vino a fortalecer la garantía en el marco de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres guatemaltecas.

Quince años después, las estadísticas muestran que Guatemala tuvo avances en alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud reproductiva, aunque sin llegar a las cifras acordadas.

En ese sentido, si bien el Plan de Gobierno presidido por Otto Pérez Molina, durante el año 2011, apuntaba dentro de sus ejes estratégicos a lograr una reducción de la mortalidad materna y en garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, dentro de los cuales la planificación familiar, y la educación sexual componían los ejes centrales de las estrategias y programas nacionales, las acciones emprendidas y los resultados finalmente obtenidos distaron mucho de la planificación o teoría argumentativa de su proyecto político. Avances y obstáculos fueron evidentes durante dicha gestión, aunque los primeros nunca fueron de una magnitud trascendental.

#### ***4.2.5.1 Avances en el ámbito de la salud sexual y reproductiva***

Las estadísticas indican que la tasa de fecundidad se redujo de un 4.1 a un 3.6 de hijos por mujer, mientras que el uso de métodos de planificación familiar tuvo un aumento marcado del 43% al 54%, reduciéndose la demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar de un 28% a un 21% según promedios nacionales (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Los avances más importantes en el contexto de la salud sexual y reproductiva, puede decirse que fueron el resultado de la armonía entre el marco jurídico y las acciones puntuales de corte institucional, aunque variando según los liderazgos y voluntad política presente en cada una de las instituciones e instancias. Entre ellos se puede mencionar:

- El fortalecimiento de las capacidades de los proveedores de salud reproductiva, tanto de centros médicos como para el caso de las comadronas.
- El reconocimiento de la importancia del acceso universal y equitativo a los servicios de planificación familiar.
- La suscripción de acuerdos interinstitucionales con el fin de implementar acciones preventivas a través de la educación.

- La creación de estrategias específicas para la planificación familiar de la población joven.
- El impulso a iniciativas de ley encaminadas a la sanción de los violadores, en los casos de embarazos en niñas y adolescentes menores de 14 años, y la protección especial de estas víctimas, a través de ayuda psicológica y legal.
- El fortalecimiento del marco legal con el objetivo de garantizar el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.
- El fomento en el uso de métodos anticonceptivos modernos, especialmente entre la población joven.
- La reducción en la tasa global de fecundidad.
- La reducción en los índices de mortalidad materna relacionados con los abortos inseguros.
- El mayor acceso a servicios de atención preparto y post parto.
- La incorporación de nuevas tecnologías, métodos y medios de tratamiento por complicaciones abortivas en condiciones de riesgo.
- La ampliación de la red de servicios de salud en todos los niveles de atención para la prestación de servicios integrales del parto.

Entre los factores que facilitaron la dinámica institucional para el cumplimiento de algunos de los componentes básicos de los derechos sexuales y reproductivos, vale destacar el trabajo conjunto entre actores a nivel nacional y local, la participación activa propositiva de la sociedad civil y las organizaciones comunitarias en lo local, el rol facilitador del sector privado, los compromisos políticos que promovieron la participación de la cooperación internacional en los procesos de implementación y monitoreo de las políticas y programas de salud. Fue importante de igual manera, el involucramiento del sector académico y asociaciones profesionales, así como de grupos y entidades a favor de la juventud, que trataron de incluir el tema del aborto como problema de salud pública, y la necesidad de medidas más integrales al respecto.

Otros factores que ayudaron a la ampliación de la cobertura institucional en el campo de la salud sexual y reproductiva fueron la creación de programas e iniciativas especiales diseñadas para llegar a los grupos en mayor situación de vulnerabilidad, como por ejemplo los jóvenes.

#### **4.2.5.2 Obstáculos en el ámbito de la salud sexual y reproductiva**

En Guatemala la tasa de fecundidad en adolescentes es de 92 por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad (Organización Mundial de la Salud, 2015). Y solo el 41% de los partos es atendido por personal sanitario calificado (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Pese a los avances en planificación familiar, un importante desafío continúa siendo el verdadero acceso y alcance de los programas al respecto. En la actualidad, el 27,6% de las mujeres en edad reproductiva y sexualmente activas no emplean ningún método anticonceptivo, si bien manifiestan su voluntad de demorar o impedir el nacimiento de un hijo no deseado (Slowing, 2010).

Desde el año 2010 las autoridades gubernamentales indicaban con complacencia que la tasa de mortalidad materna había descendido a 136 defunciones por 100.000 nacidos vivos, en comparación con las 153 en el año 2000. Lamentablemente esta disminución fue insuficiente para alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio, que planteaba una cifra de 55 defunciones por 100.000 nacidos vivos para el año 2015. Además de ello, estas cifras benévolas ocultan la falta de progresos en ciertos grupos de la población, como las mujeres indígenas del área rural, cuya situación se registraba de forma escasa (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2010).

La implementación de la educación integral en sexualidad en las aulas de las escuelas públicas y privadas del país, sigue siendo todavía una asignatura pendiente para el sistema educativo. Sin importar la existencia de programas e iniciativas de ley, así como el Currículo Nacional Base -el que muchas veces se discutió durante el período 2012-2015- que obligan al Estado guatemalteco a educar a su población en materia de sexualidad, no se ha contado con la voluntad política para dar cumplimiento a estos compromisos.

La diferenciación social entre zonas urbanas y rurales se acentuó durante el periodo 2012-2015. Esto se refleja en muchos de los indicadores de la salud reproductiva, como el uso de anticonceptivos y el acceso a personal sanitario especializado durante el parto. Se manifiesta una latente diferencia en la cobertura y la calidad en la atención

prenatal entre el área urbana y rural, lo que pone en situación de mayor riesgo a las mujeres indígenas, las que reportan las estadísticas más alarmantes de mortalidad materna por complicaciones postparto y abortivas.

Asimismo, el Plan Hambre Cero, aunque técnicamente estaba bien diseñado para el combate a la desnutrición infantil crónica y aguda, reducía el papel de la mujer a convertirse en una persona bien alimentada y nutrida para producir niños sin desnutrición. En ninguna línea se leen las palabras “planificación familiar” y más bien se esconde este tema bajo el paraguas conceptual de “salud reproductiva, paternidad y maternidad responsable y segura” y el de “espaciamiento de embarazos”. Y todavía menor relevancia tuvo el promover intervenciones de carácter integral que redujeran los embarazos no deseados en las adolescentes, para romper con el círculo vicioso de pobreza y exclusión producto de estas causales.

Con ello, este plan que fue el programa priorizado durante el período 2012-2015, terminó por ser un modelo clientelar en salud, demostrando ser ineficiente para el objetivo de reducir la mortalidad materna, por no desarrollarse de una manera integral e incluyente de los componentes de salud reproductiva.

Los problemas más graves en materia de salud reproductiva y sexual, durante el periodo 2012-2015, pueden sintetizarse así: La fragmentación y escasa programación del ente rector -MSPAS-; el modelo de atención en salud sexual y reproductiva dirigido a las intervenciones postfacto; la falta de presupuesto y la subcontratación en la prestación de servicios básicos de salud; la débil infraestructura del primer y segundo nivel de atención; la falta de personal médico capacitado para atender complicaciones relacionados con el embarazo y el aborto inseguro; la casi nula innovación de los medios de diagnóstico y tratamientos de enfermedades de tipo sexual y reproductivo; la carencia de sistemas estadísticos de información; la falta de investigación e innovación científica; y la insuficiencia de medicamentos e insumos para prestar un servicio de calidad (SEGEPLAN, 2015).

Las estadísticas en salud a nivel internacional señalan que por cada dólar invertido en servicios de planificación familiar, se da un ahorro de casi catorce dólares en servicios médicos de atención relacionados con complicaciones abortivas. Es una inversión que

permite la reducción de la mortalidad materna entre un 30% y 40 % (Organización Panamericana de la Salud, 2011). Mientras tanto, en países que han logrado avances en la reducción de la desnutrición crónica –como lo intentaba alcanzar el gobierno patriotista-, la prioridad en el trabajo con mujeres garantizando sus derechos de forma integral a la salud reproductiva y a la planificación familiar, fueron garantes del éxito.

El hecho de que el gobierno guatemalteco no posibilite a sus ciudadanos el ejercicio de su derecho a un amplio marco de servicios de salud reproductiva, tiene repercusiones trágicas en la salud y vida de las mujeres, así como en el contexto social en el que se desenvuelven.

Los niveles alarmantes de mortalidad materna, incluidas las muertes provocadas por abortos ilegales e inseguros exponen algunas de las razones que debieron haber motivado al Estado guatemalteco a adoptar un marco legislativo y acciones concretas que abarcaran el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de forma eficiente e integral, sin embargo se optó por la vía de la planificación y las medidas preventivas únicamente, sin planes integrales ni estrategias de largo plazo.

Por otro lado, la tipificación del aborto como delito dentro del Código Penal no se refleja en una restricción real y persecución penal ante la comisión del mismo. En el periodo 2012-2016 tan solo se reportaron 113 denuncias relacionados con prácticas abortivas, de las cuales únicamente el 24% de ellas tuvieron una sentencia condenatoria. Prohibir la practica abortiva entonces, solo sigue poniendo en riesgo la salud y vida de las mujeres que recurren de forma clandestina a ello, mientras el Estado y sus instituciones mantengan una posición legalista y restrictiva como solución al problema, sin ser enfocado como un tema de salud pública y de respeto a la libertad de decisión de la mujer.

El derecho a la libre elección de la maternidad parece estar lejos de cumplirse en el país, por lo menos en el corto plazo. El discurso patriarcal, que considera la procreación como una de las bases del matrimonio y la maternidad como uno de los elementos fundamentales del desarrollo individual de la mujer, se mantiene fuertemente enraizados en la idiosincrasia guatemalteca, sin olvidarnos del papel relevante que tienen los grupos de presión y políticos conservadores, siendo muestra de ello las

declaraciones del Presidente Otto Pérez Molina (Contreras, 2013), durante la Cuadragésima Asamblea de la Organización de Estados Americanos celebrada en la Antigua Guatemala, durante el mes de junio de 2013, en donde además de haberse negado a suscribir dos convenciones regionales en materia de derechos humanos concernientes a la no discriminación, señaló rotundamente que su gobierno está en contra de la despenalización del aborto, bajo el pretexto del conservadurismo de la sociedad guatemalteca y el respeto al derecho a la vida, así como los valores y principios éticos.

En relación a lo anterior, el actual Presidente de la República, Jimmy Morales, al ganar la primera vuelta de las elecciones generales de 2015, para una entrevista al medio español *El País*, señaló que el aborto “no es propicio para el pensamiento guatemalteco” (Elías, 2015), por lo que la postura oficial del Ejecutivo respecto al tema se mantendrá durante su gestión.

Se comprende que la sexualidad y la reproducción dejaron hace muchos años de pertenecer en exclusiva al paradigma biológico de reproducción y a las normas morales, para progresivamente trasladarse al campo de lo social, que es donde se reconoce como una decisión de la mujer y del hombre de manera libre, donde el Estado no es el juez y verdugo, sino solo un garante del reconocimiento a dicho derecho.

### **4.3 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN HEMEROGRÁFICA**

Para la elaboración del estudio hemerográfico de seguimiento a las acciones gubernamentales en el marco de la salud sexual y reproductiva, así como del impacto mediático que el tema tiene en los medios de comunicación escrita y la forma en la que se transmite a la población, se tomó de base la información contenida en los tres principales diarios de circulación a nivel nacional, siendo estos: Prensa Libre, Siglo Veintiuno y El Periódico.

La delimitación temporal se circunscribe al periodo del 1 de septiembre de 2015 al 31 de octubre de 2016, como resultado de la importancia de analizar las acciones que se han llevado a cabo por parte del Estado guatemalteco posterior a la culminación del gobierno de Otto Pérez Molina, con la finalidad de observar si dichas acciones y

estrategias se corresponden con un cambio político y operativo en lo que se refiere al tema.

#### **4.3.1 Noticias Base**

##### **4.3.1.1 Prensa Libre**

###### *Información recopilada*

- **16 de diciembre de 2015 - Madre obliga a su hija a abortar; padre la habría ultrajado**

Ana Patricia Sagarminaga de Jacinto fue capturada por la Policía Nacional Civil en la cabecera de Escuintla, siendo sindicada de haber obligado a su hija a abortar, luego de resultar embarazada por el ultraje del progenitor y cónyuge de la detenida (Miranda, 2015, p.21).

- **7 de febrero de 2016 - Aborto e ISR detienen ley de la juventud**

El temor prevaleciente en algunos bloques parlamentarios a que la Ley de la Juventud beneficie la interrupción voluntaria del embarazo como método anticonceptivo, así como la forma de su financiamiento, el cual supondría un incremento al Impuesto Sobre la Renta –ISR-, impidió la aprobación de dicha normativa (Gramajo, 2016, p.3).

- **8 de febrero de 2016 - Anticonceptivos modernos causan revuelo en Ley de la Juventud**

La discusión dentro del Congreso de la República para la aprobación de la Ley de la Juventud se detuvo luego de que se presentaran varias enmiendas relacionadas al acceso de anticonceptivos y un aumento a la tasa del Impuesto Sobre la Renta (Álvarez, 2016, p.9).

- **9 de febrero de 2016 - Condenan a comadrona por haber forzado aborto**

Según la acusación formal presentada por el Ministerio Público –MP-, el hecho tuvo lugar el 16 de abril del 2014 en Totonicapán, donde la condenada

administró una sustancia a una adolescente en estado de gestación por medio de una inyección, lo que le provocó un aborto (Longo, 2016, p.16).

- **22 de febrero de 2016 - Identifican cadáver de adolescente degollada en El Asintal**

El cadáver de una adolescente fue localizado en el kilómetro 190 de la ruta a suroccidente. Autoridades de la Policía Nacional Civil –PNC- indicaron que se sospecha de que se haya tratado de un aborto, ya que a escasos metros del cuerpo de la mujer se encontró un feto (Miranda, 2016, p.18).

- **14 de marzo de 2016 - Ley de la Juventud será modificada**

Después de haber sostenido un encuentro con representantes de diversos sectores sociales, los diputados que conformaron la mesa técnica de análisis de la Ley de la Juventud acordaron la eliminación de varios artículos de dicha normativa, entre los que se encuentra el tema de la educación en salud reproductiva (Gramajo, 2016, p.3).

- **3 de abril de 2016 - La píldora del día después, ¿debe usarse en caso de violación sexual?**

El Grupo Multidisciplinario para la defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos de Guatemala presentó su campaña informativa respecto a la importancia de utilizar la píldora del día después si se es víctima de violación o agresión sexual, ante lo cual la Asociación Guatemalteca de Bioética manifestó su rechazo (León, 2016, p.9).

- **25 de abril de 2016 - Mujeres contagiadas de zika dieron a luz niños sanos**

Según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia social, 7 mujeres contagiadas con el virus del zika dieron a luz sin que los recién nacidos presentaran problemas de Microcefalia. Al respecto, la Organización de las Naciones Unidas ha exhortado a la mayoría de países afectados por dicho virus a flexibilizar las leyes relativas al aborto por razones eugenésicas (Muñoz, 2016, p.7).

- **3 de mayo de 2016 - Observatorio advierte de incremento de niñas embarazadas**

El Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva –OSAR- expresó, según un estudio realizado por la institución, que durante el primer trimestre de 2016 se reportaron más de 600 casos de niñas que dieron a luz, como resultado de violación o incesto (Muñoz, 2016, p.8).

- **8 de junio de 2016 - Hombre es ligado a proceso sindicado de planificar aborto**

Érick Mijail Tuch Reyna fue ligado a proceso en el Departamento de Quetzaltenango, a quien se le sindicó de suministrar bajo engaño sedantes a su pareja que concluyeron en una sobredosis, con el fin de que esta abortara (Longo, 2016, p.7).

- **29 de agosto de 2016 - Indigna hallazgo de feto a un costado de escuela**

Según versiones de la Policía Nacional Civil la responsable de este acto habría abortado en los sanitarios de la escuela de Chivacabé en Huehuetenango, para luego lanzar el feto en un terreno contiguo al edificio mencionado (Castillo, 2016, p.19).

- **5 de septiembre de 2016 - Informe de la ONU señala inacción en derechos de discapacitados**

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la Organización de las Naciones Unidas enfatizó la falta de acciones por parte del Estado de Guatemala para atender a este sector poblacional. Asimismo, dicho Comité manifestó su indignación sobre la práctica de abortos coercitivos, esterilizaciones forzadas y demás formas de tratamientos anticonceptivos no consentidos con los discapacitados, particularmente en mujeres y menores de edad que son víctimas de violencia sexual, en internamiento o incapacitadas legalmente (Muñoz, 2016, p.6).

- **17 de octubre de 2016 - Iniciativas van de lo trivial a lo gracioso**

Analistas políticos observan en algunos proyectos legislativos la falta de agenda y una visión coherente de la realidad guatemalteca. Sobre el tema de la salud sexual y reproductiva, la diputada Alejandra Carrillo señaló la mala interpretación que se le dio a la Ley de la Juventud, particularmente en lo que respecta a la salud reproductiva integral que se visualizó como una apertura al aborto como método anticonceptivo (Gramajo, 2016, p.4).

#### **4.3.1.2 Siglo Veintiuno**

##### *Información recopilada*

- **19 de junio de 2016 - Cada mes mueren 32 mujeres al dar a luz**

Datos recopilados hasta mayo de 2016, señalaban que 160 mujeres habían fallecido durante el parto en los centros de salud y hospitales nacionales, sin tener en cuenta el subregistro de decesos y causas no reportados por el sistema de salud. Se estima que un porcentaje elevado de estas muertes maternas es debido a complicaciones postaborto según el Observatorio de Salud Reproductiva (Vásquez, 2016, p.6).

- **22 de agosto de 2016 - Pedirán legalizar aborto**

La diputada Sandra Morán de la bancada Convergencia, junto con varios grupos sociales que abogan por la defensa de los derechos de la mujer señaló que están trabajando en una iniciativa de Ley para despenalizar el aborto en menores de edad que hayan sido víctimas de agresión sexual (Redacción, 2016, p.7).

#### **4.3.1.3 El Periódico**

##### *Información recopilada*

- **9 de septiembre de 2015 - Jimmy Morales rechaza la marihuana, el matrimonio gay y el aborto**

En una entrevista para el diario *El País* de España el actual Presidente de Guatemala, Jimmy Morales, expresó que no aprueba la legalización del aborto,

de las drogas, ni del matrimonio homosexual, considerando que el aborto no es propicio para la idiosincrasia guatemalteca (Oquendo, 2015, p.3).

- **22 de noviembre de 2015 - El sí de las niñas (el Decreto 8-2015 en tres actos)**

Susana Eiyadeh de la organización Plan Internacional, reconoce que la incidencia política genera desgaste, y que esa es la razón fundamental del poco avance en los temas relacionados con la educación y violencia sexual en Guatemala (Oquendo, 2015, p.9).

- **21 de febrero de 2016 - La importancia de la educación sexual**

En Guatemala anualmente se presenta una elevada tasa de embarazos en adolescentes, quienes no están preparados ni quieren afrontar dicha responsabilidad a tan corta edad, ni cuentan con los medios económicos para ello. Una de las mayores causales de esta situación es la violencia sexual que regularmente tiene su origen en el seno familiar. Ante tal flagelo, la información en materia sexual puede servir como coadyuvante para reducir la violencia sexual intrafamiliar, y a promover procesos de cambio social y cultural que en Guatemala han sido olvidados por los diferentes gobiernos, según un análisis realizado por Edelberto Torres Rivas (Torres Rivas, 2016, p.11).

#### **4.3.2 Análisis de la información**

Los diarios que se utilizaron para la presente investigación, se seleccionaron por el tipo de información que presentan al público lector. Para el análisis de la diagramación y las unidades redaccionales se utilizó el método diseñado por Jacques Kayser, fundador del Instituto Francés de Prensa, que consiste en un análisis morfológico, para la evaluación de la estructura del periódico y su presentación, revelando la esencia del discurso que estos tratan de comunicar a los lectores (Argueta, 2010).

Del mismo modo, para la clasificación del contenido se empleó el análisis que propone el politólogo y sociólogo Bernard Berelson, eminente teórico funcionalista, que lo define

como una técnica indagatoria para la descripción objetiva, cuantitativa y sistemática del contenido que se expresa a través de una comunicación (Argueta, 2010).

#### 4.3.2.1 Método Kayser

Tabla 4: Mes y noticias publicadas en relación al aborto y la salud sexual y reproductiva

| Septiembre 2015 – Octubre 2016 | Número de titulares relacionados con el aborto y la salud sexual y reproductiva |              |                 |
|--------------------------------|---|--------------|-----------------|
|                                | Prensa Libre  | El Periódico | Siglo Veintiuno |
| Septiembre 2015                |   | 1            |                 |
| Octubre 2015                   |   |              |                 |
| Noviembre 2015                 |   | 1            |                 |
| Diciembre 2015                 | 1   |              |                 |
| Enero 2016                     |   |              |                 |
| Febrero 2016                   | 4   | 1            |                 |
| Marzo 2016                     | 1   |              |                 |
| Abril 2016                     | 2   |              |                 |
| Mayo 2016                      | 1   |              |                 |
| Junio 2016                     | 1   |              | 1               |
| Julio 2016                     |   |              |                 |
| Agosto 2016                    | 1   |              | 1               |
| Septiembre 2016                | 1   |              |                 |
| Octubre 2016                   | 1   |              |                 |
| <b>Total</b>                   | <b>13</b>   | <b>3</b>     | <b>2</b>        |

Fuente: Elaboración propia.

El diario que mayor cobertura brindó a los temas relativos al aborto y la salud sexual y reproductiva fue *Prensa Libre* con un total de 13 encabezados durante el periodo de tiempo analizado. Para el caso de *El Periódico* y *Siglo Veintiuno* únicamente cuentan con 3 y 2 reportes noticiosos respectivamente.

Febrero de 2016 fue el mes que reportó la mayor cantidad de artículos periodísticos -5 en total-, como consecuencia del revuelo mediático que originó la discusión y aprobación de la Ley de la Juventud y los aspectos relacionados a la salud sexual que la misma contenía, regresando posteriormente a la media de un artículo noticioso mensual.

En el caso de *El Periódico*, si bien este diario cuenta con una reducida cantidad de encabezados noticiosos en lo relativo al aborto, presenta un amplio número de columnas y artículos de opinión donde se aborda el tema que no fueron incorporados a este estudio, pero que refleja una mayor interacción y discusión con sus lectores en lo relativo al tema en comparación con los demás medios escritos.

Por otro lado, la cobertura noticiosa se dirige principalmente al análisis de los delitos de aborto y su persecución penal, mientras que notas relativas a la importancia de tratar el tema de forma integral y como parte de las políticas de Estado son escasamente mencionados en reportes que tienen datos y recomendaciones de organismos internacionales. La misma situación se presenta con la iniciativa de ley para la despenalización del aborto, que a finales de 2016 se encuentra aún en discusión, noticia que goza de una limitada cobertura y que inclusive se presenta dentro de un paquete de “iniciativas fallidas” o “polémicas” en una de las notas periodísticas.

Solamente *El Periódico* cubrió las declaraciones del actual Presidente Jimmy Morales respecto a su rechazo al aborto, que fue realizada por el Diario Digital *El País* de España en septiembre de 2015, cuando era recién nombrado ganador de la Primera Vuelta Electoral.

Respecto a las acciones gubernamentales durante el periodo evaluado, únicamente se hace referencia a ella en dos temas puntuales: La Ley de la Juventud, y la potencial iniciativa de Ley para la despenalización del aborto como resultado de la violación en menores de edad. No se presenta cobertura informativa sobre políticas, programas o acciones puntuales que se estuvieren llevando a cabo por parte del Estado.

Con base a los datos anteriormente señalados, se hace evidente que para los medios de comunicación escrita el tema de la salud sexual y reproductiva, y el aborto en particular, no representa un tema de trascendencia social y política que amerite de seguimiento, siendo una temática que guarda un lugar secundario en la investigación periodística nacional, celosamente resguardada en función del conservadurismo político y social que condiciona a los mismos medios de comunicación, sumado a la influencia de los patrocinadores y anunciantes.

### 4.3.2.2 Método Bernard Berelson

Tabla 5: Resumen de titulares y su clasificación

| Fecha      | Unidad de contexto  | Unidad de clasificación | Enumeración |
|------------|---|-------------------------|-------------|
| 09-09-2015 | Jimmy Morales rechaza la marihuana, el matrimonio gay y el aborto     | Política                | 1           |
| 22-11-2015 | El sí de las niñas (el Decreto 8-2015 en tres actos)                  | Derechos Humanos        | 1           |
| 16-12-2015 | Madre obliga a su hija a abortar; padre la habría ultrajado           | Violencia               | 1           |
| 07-02-2016 | Aborto e ISR detienen ley de la juventud                              | Legislación             | 1           |
| 08-02-2016 | Anticonceptivos modernos causan revuelo en Ley de la Juventud         | Legislación             | 1           |
| 09-02-2016 | Condenan a comadrona por haber forzado aborto                         | Justicia                | 1           |
| 21-02-2016 | La importancia de la educación sexual                                 | Derechos Humanos        | 1           |
| 22-02-2016 | Identifican cadáver de adolescente degollada en El Asintal            | Violencia               | 1           |
| 14-03-2016 | Ley de la Juventud será modificada                                    | Legislación             | 1           |
| 03-04-2016 | La píldora del día después, ¿debe usarse en caso de violación sexual? | Estudio                 | 1           |
| 25-04-2016 | Mujeres contagiadas de zika dieron a luz niños sanos                  | Estudio                 | 1           |
| 03-05-2016 | Observatorio advierte de incremento de niñas embarazadas              | Estudio                 | 1           |
| 19-06-2016 | Cada mes mueren 32  | Estudio                 | 1           |

| Fecha        | Unidad de contexto  | Unidad de clasificación | Enumeración |
|--------------|---|-------------------------|-------------|
|              | mujeres al dar a luz  |                         |             |
| 08-08-2016   | Hombre es ligado a proceso sindicado de planificar aborto       | Justicia                | 1           |
| 22-08-2016   | Pedirán legalizar aborto  | Legislación             | 1           |
| 29-08-2016   | Indigna hallazgo de feto a un costado de escuela                | Violencia               | 1           |
| 05-09-2016   | Informe de la ONU señala inacción en derechos de discapacitados | Estudio                 | 1           |
| 17-10-2016   | Iniciativas van de lo trivial a lo gracioso                     | Legislación             | 1           |
| <b>TOTAL</b> |   |                         | <b>18</b>   |

Fuente: Elaboración propia

Tabla 6: Frecuencia de las variables de estudio de los titulares publicados

| Unidad de clasificación (variable) | Frecuencia |
|------------------------------------|------------|
| Violencia                          | 3          |
| Política                           | 1          |
| Legislación                        | 5          |
| Justicia                           | 2          |
| Estudio                            | 5          |
| Derechos Humanos                   | 2          |
| <b>Total</b>                       | <b>18</b>  |

Fuente: Elaboración propia.

Utilizando el método de análisis de contenido de Bernard Berelson, se detallan las fechas de las publicaciones que abordan el tema del aborto y la salud sexual y reproductiva a nivel nacional, así como su unidad de clasificación -titulares publicados-. Las variables analizadas en este caso son: Justicia; violencia, legislación; política; derechos humanos; y estudio, que representan las áreas de investigación periodística que exponen el tema. Estas fueron establecidas tomando como referencia los espacios informativos o secciones en los que aparecían los reportes.

Las variables con mayor frecuencia son las de *estudio y legislación*, -con 5 coberturas informativas cada una-, debido en primer lugar al impacto mediático que a inicios del año 2016 tuvo la Ley de la Juventud con relación a la utilización de métodos anticonceptivos y su debate dentro del Congreso de la República, y a las

investigaciones elaboradas por ONGs nacionales y Organismos Internacionales que trabajan en el tema de la salud sexual y reproductiva, respecto a la importancia del uso de métodos anticonceptivos modernos, las estadísticas de mortalidad materna, así como la necesidad de flexibilizar la legislación nacional en lo que concierne a la interrupción voluntaria de los embarazos ante el flagelo de la pandemia del zika, sin hacerse alusión alguna a estudios hechos por instituciones gubernamentales guatemaltecas.

La variable *violencia* tiene relación directa con casos de violencia intrafamiliar que han concluido en incesto y aborto inducido, junto con el hallazgo del cadáver de un nonato, y el femicidio de una mujer luego de ser sometida a una práctica abortiva.

Dos casos de procesamiento y enjuiciamiento de terceros que participaron en prácticas abortivas clandestinas son los que dan lugar al surgimiento de la variable *justicia* en la hemerografía.

De igual forma, la necesidad de contar con una estrategia de educación sexual y reproductiva de corte integral a nivel nacional, y el Decreto 08-2015 del Congreso de la República de Guatemala que elevó la edad mínima para contraer matrimonio en 18 años, como mecanismo para reducir el índice de embarazos anuales en niñas y adolescentes, forman parte de la variable de *Derechos Humanos*, misma que de forma irónica escasamente se relaciona con el tema de la salud sexual y reproductiva en los espacios noticiosos de los medios escritos.

Por último, las declaraciones del actual Presidente de la República Jimmy Morales sobre el aborto y su negativa a tratar el tema, es la única noticia de corte *político* desde el Ejecutivo que se pudo encontrar a lo largo de la investigación hemerográfica.

#### **4.4 RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS**

Para la realización de las entrevistas se seleccionaron a seis informantes claves que representan a diferentes sectores de la sociedad guatemalteca, presentando posturas y conocimientos diferenciados en torno a la temática del aborto en Guatemala, dando con ello seguimiento al análisis bajo el enfoque liberal de John Rawls enmarcado en la razón pública.

Los entrevistados fueron: 1) Sandra Moran, Diputada del Partido Convergencia; 2) Otilia Lux de Cotí, representante de Guatemala en el Consejo Ejecutivo de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura –UNESCO-; 3) Marco Tulio Recinos, de la Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado; 4) Evelyn Morales, de la organización en defensa de los derechos de las mujeres Tierra Viva; 5) Mirna Montenegro, representante de OSAR; y 6) Edgar Kestler, Director Ejecutivo del CIESAR.

Asimismo, los cinco temas centrales que se abordaron en cada una de las entrevistas fueron los siguientes: a) contexto del aborto en Guatemala; b) causas que promueven el aborto en la clandestinidad; c) consecuencias sociales y políticas del aborto clandestino; d) papel del Estado ante la problemática del aborto; y e) la despenalización del aborto en Guatemala. Estos ejes centrales de estudio permitieron identificar los elementos básicos para la construcción de un diálogo social y el desarrollo de estrategias integrales para la solución del problema del aborto a nivel nacional, que van más allá de las eminentemente jurídicas.

Tabla 7: Contexto del aborto en Guatemala

|   | <b>INFORMACIÓN DESTACADA</b>   |
|---|--|
| <b>Sandra Moran<br/>(Diputada de<br/>Convergencia)</b>  | <p>Guatemala representa una sociedad discriminatoria, especialmente hacia las mujeres y pueblos indígenas, que ven sus derechos reducidos frecuentemente por parte del mismo Estado.</p> <p>El aborto es un tema que no se ha discutido abiertamente en la sociedad, sin tomar en cuenta la elevada tasa de violaciones que terminan en embarazos no deseados, ni las muertes maternas a consecuencia de esta situación.</p> <p>Las estadísticas no reflejan la realidad del problema, pues se manejan datos desactualizados y subregistros, sobre todo en lo concerniente a la relación existente entre embarazos y violencia sexual.</p> |
| <b>Otilia Lux de Cotí<br/>(Representante de<br/>Guatemala en el<br/>Consejo Ejecutivo<br/>de la UNESCO)</b> | <p>En Guatemala no existe una verdadera igualdad de género, como lo reconoce la Constitución Política de la República.</p> <p>La despenalización del aborto es una exigencia a nivel internacional, que para el caso latinoamericano es promovido por las organizaciones de mujeres como un reconocimiento a su dignidad y libertad de decisión.</p> <p>La dinámica social frente al aborto está cambiando paulatinamente en Guatemala, puesto que se ha empezado el debate sobre dicho tema, aunque bajo una mirada parcial respecto a la forma de su abordaje, eminentemente jurídica.</p>   |

|  | <b>INFORMACIÓN DESTACADA</b>   |
|--|--|
| <b>Marco Tulio Recinos<br/>(Oficina de<br/>Derechos Humanos<br/>del Arzobispado)</b> | <p>En el contexto político y social guatemalteco se presenta un constante intervencionismo de la iglesia católica, que a opinión personal del entrevistado, no debería de incluir los aspectos de procreación y salud reproductiva de las personas.</p> <p>Existen grupos con mayor poder e incidencia política que la iglesia católica, como el sector empresarial, cuyo conservadurismo e interés comercial impide un cambio de actitud en el abordaje del tema del aborto.</p> <p>La sociedad guatemalteca está acostumbrada a analizar el aborto desde la óptica “cristiana” o religiosa en lugar de visualizarlo como un problema de orden humano, lo que ha imposibilitado el tratamiento del tema de forma adecuada. Se debe priorizar el humanismo por sobre el cristianismo en este caso.</p>   |
| <b>Evelyn Morales<br/>(Tierra Viva)</b>  | <p>La sociedad guatemalteca no considera a las mujeres como ciudadanas plenas sino más como seres reproductores, por lo que su papel se circunscribe al hogar y cuidado de los hijos.</p> <p>Tanto la sociedad, como el Estado no reconocen que las mujeres son sujetos de derecho, y que son capaces de tomar sus propias decisiones, incluyendo las que tienen que ver con su salud reproductiva.</p> <p>La penalización del aborto no representa en la práctica una disminución del problema. Contrario a ello, solo ha ocultado por décadas la situación y desconocido el derecho de la mujer a la maternidad voluntaria.</p>  |
| <b>Mirna Montenegro<br/>(OSAR)</b>   | <p>En la actualidad la sociedad guatemalteca presenta un mayor grado de madurez, que ha permitido discutir temas como el embarazo en adolescentes y niñas, lo que en algún momento abrirá camino para tratar el aborto dentro de la agenda política y social, a pesar de su consideración como delito.</p>   |
| <b>Edgar Kestler<br/>(Director Ejecutivo<br/>del CIESAR)</b>                         | <p>El que el aborto se encuentre penalizado en Guatemala no es un factor que impida que las mujeres busquen estos servicios, aun sea de forma clandestina y con todos los riesgos que ello conlleva. Por lo tanto la persecución penal del aborto, es más una agravante del problema, que una solución al mismo.</p> <p>Dos causas son las fundamentales en el aumento de los índices de aborto a nivel nacional: En primer lugar, la falta de acceso a los métodos anticonceptivos; y por otro lado, la deficiente educación sexual que se brinda en el ámbito escolar y familiar.</p> <p>Una estadística exacta de la cantidad de abortos ilegales y los lugares donde estos se practican es imposible de dar, como resultado de la restricción jurídica que se mantiene en el país.</p> <p>Cifras recopiladas por el CIESAR desde el año 2006 evidencian que hasta el año pasado se habían contabilizado 17,135 ingresos a centros hospitalarios por aborto incompleto. De los cuales se estima que un 70% son abortos inducidos.</p> <p>El elevado número de abortos inducidos es consecuencia del fácil acceso a medicamentos abortivos, especialmente en el área urbana del país. Anualmente un promedio de 100 mujeres fallecen por someterse a prácticas abortivas. Lo anterior ocurre principalmente porque las mujeres acuden a clínicas clandestinas, que no cuentan con las condiciones básicas de higiene y seguridad, donde se hace uso de instrumentos contaminados, lo que provoca infecciones y hemorragias severas, que pueden concluir en una sepsis, que</p> |

| <b>INFORMACIÓN DESTACADA</b> |  |
|------------------------------|--|
|                              | <p>pone a la mujer en alto riesgo de muerte.</p> <p>Por las razones antes citadas, el aborto es la cuarta causa de muerte materna a nivel nacional, solo por detrás de las hemorragias, la hipertensión y las infecciones durante el embarazo.</p> |

Fuente: Elaboración propia

### *Análisis*

El tema del aborto se sigue presentado como un tabú, no solo para la sociedad guatemalteca, sino para la misma clase política que teme al conservadurismo y a las consecuencias morales de sus posturas, aunado a la desigualdad de género que se expresa en el desinterés del Estado guatemalteco por desarrollar políticas en favor de la mujer. Por otro lado, cuando el tema se presenta como asunto de discusión social, el debate y las acciones estatales terminan siendo parcializadas y vinculadas al campo de lo legal, sin atenderse las causas que originan el problema.

Las entrevistas destacan igualmente, que son los colectivos y organizaciones en favor de los derechos de la mujer, los que han colocado el aborto como un tema de debate nacional, en concordancia con los cambios jurídicos y de mentalidad que se han suscitado en las últimas décadas en el contexto internacional, demandando el cumplimiento de acuerdos internacionales relativos al tema de salud sexual y reproductiva de los cuales Guatemala forma parte, y el desarrollo y puesta en marcha de acciones integrales en favor de las mujeres a nivel nacional.

La mayoría de los entrevistados vinculan el tema a la protección y ejercicio de los derechos humanos, siendo escasamente analizado desde las políticas de salud del Estado, pese a las estadísticas de complicaciones y muertes maternas a consecuencia de las prácticas abortivas no seguras. El reconocimiento del derecho de la mujer a interrumpir el embarazo, enmarcado en el ámbito de la autodeterminación, así como el escaso cumplimiento de la ley que prohíbe el mismo, son los temas en los que se centra la discusión.

En primer lugar, se señala que el Estado ha sido incapaz de proteger a la mujer en relación a sus derechos sexuales y reproductivos, como resultado de un sistemático mecanismo de invisibilización de la mujer en todos los ámbitos de la vida nacional,

convirtiéndolas en ciudadanas de segunda clase, donde la igualdad de derechos y oportunidades no es más que un discurso político agotado e inoperante, que le asigna a las mujeres un rol limitado y diferenciado.

Del mismo modo, el considerar como delito el aborto dentro del Código Penal, no reduce el número de abortos inducidos que se practican anualmente, ni los riesgos que para la salud y vida de las mujeres ello representa, lo que coincide plenamente con los hallazgos de la investigación documental. En efecto, la penalización de dicha práctica es considerado uno de los principales coadyuvantes para el aumento de las estadísticas de complicaciones postaborto y muertes maternas, ya que las féminas recurren a procedimientos y centros clínicos clandestinos e ilegales que no cuentan con las mínimas normas de higiene y seguridad, aunado a la falta de educación sexual y políticas gubernamentales en el ámbito de la planificación familiar.

Otro tema que se aborda por los entrevistados es el de los actores que imposibilitan el debate sobre el aborto, identificándose al sector empresarial, la iglesia, y los grupos Pro Vida, como los principales opositores, los cuales influyen de manera directa e indirecta en las decisiones políticas, convirtiéndose en grupos de presión de primer orden, que ven en la despenalización del aborto, y en cualquier política de salud sexual y reproductiva una amenaza a la libertad de procreación, y una puerta al “libertinaje” sexual de la juventud, solicitando al Estado su no intervención en dichos ámbitos.

Tabla 8: Causas que promueven el aborto en la clandestinidad

|  | <b>INFORMACIÓN DESTACADA</b>   |
|--|--|
| <b>Sandra Moran<br/>(Diputada de<br/>Convergencia)</b> | <p>El Estado no brinda la atención necesaria a la educación sexual dentro de sus políticas, la reduce a capacitaciones o “charlas informativas” dentro de los centros educativos.</p> <p>No se brinda una educación sexual de carácter integral en el sistema educativo nacional, además de que se empieza en una edad tardía dicha enseñanza.</p> <p>Un factor importante a considerar es el aspecto cultural machista en donde se obliga a las mujeres a tener relaciones desde temprana edad con hombres mayores.</p> <p>La violencia sexual es otro elemento determinante en los casos de embarazos a temprana edad, especialmente en el área rural.</p> <p>La prostitución y trata de personas inciden en el elevado número de embarazos no deseados, sobretodo en menores de edad.</p> |

|   | <b>INFORMACIÓN DESTACADA</b>  |
|---|---|
|   | <p>La iglesia, los centros educativos y ONGs Pro Vida se oponen constantemente a las iniciativas de ley y reformas políticas sobre salud sexual y reproductiva.</p> <p>La falta de voluntad política para diseñar políticas integrales a favor de la mujer, particularmente en el Congreso de la República</p> <p>El conservadurismo de la sociedad guatemalteca, y su indiferencia ante el tema.</p>   |
| <b>Otilia Lux de Cotí<br/>(Representante de Guatemala en el Consejo Ejecutivo de la UNESCO)</b> | <p>Cuatro aspectos son los que generan esta negación a los derechos de la mujer: a) el patriarcado; b) la violencia institucional; c) el racismo; y d) el feudalismo.</p> <p>Del mismo modo, los intereses de las élites económicas impiden cambios políticos que beneficien a las mujeres.</p> <p>Respecto al aborto las causas principales pueden observarse en la migración, la violación sexual, el incesto, la pobreza, y la trata de personas.</p> <p>Para el tema de la agresión sexual, el Estado no ha planteado ni promovido políticas oportunas que contrarresten el problema desde la raíz, es más, este tema por lo regular mantiene el silencio de las máximas autoridades.</p>   |
| <b>Marco Tulio Recinos<br/>(Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado)</b>                    | <p>La condena moral es una de las principales causas que promueve la práctica abortiva en la clandestinidad. Cuando una mujer se somete a un aborto, esa condena moral y social le hace obedecer normas de conducta que afectan su derecho de libre albedrío, aunque advierte que la sociedad guatemalteca no juzga de la misma manera los actos violentos que tienen lugar en el país, como por ejemplo las masacres de grupos extorsionistas, narcotraficantes y pandilleros.</p> <p>Mientras que durante el conflicto armado interno que se vivió en el país, muchos crímenes quedaron en la total impunidad, a una mujer se le condena social, moral, ética y judicialmente por una sola acción, el abortar, sin tratar de comprender las razones que motivaron a esa decisión, que muchas veces tienen que ver con la pobreza, la falta de educación, y la indiferencia social.</p> <p>Los intereses empresariales y comerciales también son considerados un factor que impiden la discusión pública sobre el aborto, porque a ellos les interesa seguir vendiendo sus productos dentro del mercado nacional, y por ende su oposición a una medida como el aborto que podría ser considerada como un proceso de control de natalidad desde el Estado.</p> <p>Por las razones antes expuestas, las mujeres recurren a prácticas abortivas tratando de mantener en total secretismo dicha situación. Huyen de la familia, de los amigos y de todos aquellos que puedan juzgar su proceder.</p> |
| <b>Evelyn Morales<br/>(Tierra Viva)</b>   | <p>Una de las causas principales del alto índice abortos en Guatemala es la violencia sexual, sobre todo la de tipo intrafamiliar o de aquellas personas cercanas a la víctima.</p>   |
| <b>Mirna Montenegro<br/>(OSAR)</b>  | <p>La escasa e inefectiva aplicación del marco jurídico nacional en lo relativo a la salud sexual y reproductiva, y la falta de consciencia de los políticos de que el problema no es un asunto legal, sino de educación son los factores que han conducido a que el aborto sea un problema latente dentro de la sociedad guatemalteca.</p> <p>La educación sexual que se brinda a los jóvenes no está apegada a los estándares internacionales de calidad, y la misma se limita en gran parte a la atención del área urbana.</p>   |

| <b>INFORMACIÓN DESTACADA</b>                                 |  |
|--|--|
| <b>Edgar Kestler<br/>(Director Ejecutivo<br/>del CIESAR)</b> | <p>La inexistencia de políticas funcionales por parte del Estado para enfrentar la problemática, así como las deficiencias en la educación sexual y reproductiva de las parejas, son los elementos condicionantes de la práctica abortiva en Guatemala.</p> <p>De igual forma, el aborto tiene relación directa con las condiciones económicas y sociales que se viven en el país. Las mujeres con recursos económicos pueden recurrir a clínicas y procedimientos abortivos relativamente seguros, mientras que las mujeres de escasos recursos por lo regular se autoinducen los abortos empleando medicamentos o procedimientos de alto riesgo.</p> |

Fuente: Elaboración propia

### *Análisis*

Se identifican seis factores fundamentales que condicionan la existencia de prácticas abortivas clandestinas e inseguras en el país: a) La falta de educación sexual integral; b) la carga moral que conlleva la acción de abortar; c) la violencia sexual; d) la falta de políticas públicas relacionadas con la planificación familiar; e) el incumplimiento del marco jurídico nacional relativo a la salud sexual y reproductiva; y f) la pobreza.

Otilia Lux de Cotí, Representante de Guatemala en el Consejo Ejecutivo de la UNESCO, añade además que el patriarcado, la violencia institucional y el racismo son elementos que deben de ser evaluados como condicionantes generales de la desatención del Estado de Guatemala ante cualquier iniciativa en beneficio de las féminas, y que a través de ellos se ha perpetuado un modelo machista de sociedad, excluyente y autoritario.

Todos los entrevistados coinciden que un factor clave que incide en el alto índice de abortos inducidos es la inexistencia de programas de educación sexual de corte integral en todos los niveles educativos, y el acceso a los mismos por parte de la población infanto-juvenil. La oposición de los padres a que sus hijos reciban la referida educación, la poca profesionalización en la enseñanza de estos temas por parte de los encargados, la inexistencia de procesos de desconcentración de la enseñanza por parte de las autoridades correspondientes, y el inicio tardío en los procesos educativos, son los elementos que denotan la incoherente y limitada educación que en materia de salud sexual y reproductiva se brinda dentro del sistema educativo público nacional.

Asimismo, cuando una mujer recurre a un proceso abortivo, automáticamente se expone a un rechazo social y familiar, producto de los estigmas y prejuicios que en la sociedad guatemalteca se presentan. Esta carga moral y ética tiene profundas raíces en la educación religiosa, así como en la visión patriarcal del comportamiento y posición de la mujer dentro de la familia y la sociedad en general.

Del mismo modo, los entrevistados evalúan con preocupación la temática de la violencia sexual como uno de los factores que inciden en las altas estadísticas de aborto inducido, especialmente para el caso de las niñas y adolescentes que son víctimas de este flagelo en el área rural del país. La cultura de silencio ante estos casos es notable en las estadísticas de denuncia y procesamiento por este delito, sumado a la inoperancia de la legislación y el escaso seguimiento de los procesos de persecución penal por tal delito.

En lo relativo a la falta de políticas estatales sobre planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos, el problema no radica en la inexistencia de un marco jurídico, sino en la escasa aplicación de este, que es resultado no solo de la falta de voluntad política y desarrollo de estrategias coherentes con la realidad nacional para atender el problema, sino también de la influencia de la iglesia en el país. Al respecto, una acción legislativa en el año 2016 despertó el debate a nivel nacional sobre el uso de métodos anticonceptivos y el aborto, siendo esta la iniciativa de ley de la Juventud.

La iniciativa de ley de la Juventud se presentó por primera vez en el año 2008 y no fue sino hasta en enero de 2016, cuando se inició el debate para su aprobación en el parlamento. Esta propuesta en sus artículos 10 y 11 garantizaban el acceso a métodos "anticonceptivos modernos", lo que se interpretó rápidamente por algunos sectores sociales como una puerta de entrada al aborto como método de planificación familiar, siendo modificado, por lo que se aprobó finalmente sin dicho criterio.

Para la iglesia Católica y Evangélica el incluir la educación integral en sexualidad dentro de la Ley de la Juventud significaba promover la promiscuidad y abrir el debate al aborto, postura contraria a la de las organizaciones en defensa de la juventud, pues estos consideran no solo que la educación sexual es necesaria para evitar

embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, sino que también aducen que en Guatemala constitucionalmente la educación debe ser laica.

Por tal motivo, la Conferencia Episcopal de Guatemala a través de un comunicado manifestó que los referidos artículos contravenían los derechos fundamentales y la Carta Magna, bajo el argumento de que en países donde se encuentra despenalizado el aborto, el mismo se considera “un método anticonceptivo moderno”, lo que viola el derecho a la vida del nonato. Al mismo tiempo esta iniciativa “expone a la juventud a graves riesgos físicos y psicológicos, morales y espirituales, pues alimenta el libertinaje sexual, la violencia contra la mujer, la irresponsabilidad y el contagio de enfermedades de transmisión sexual que no son prevenidas totalmente con el uso de preservativos o anticonceptivos” (Conferencia Episcopal de Guatemala, 2016, párrafo 9).

El comunicado concluye expresando que “como representantes de la Iglesia Católica en Guatemala —CEG— afirmamos que las enmiendas a la ley no representan demandas de los jóvenes guatemaltecos, al menos de los cristianos, que conforman la inmensa mayoría de este país, ya que contradice la ley natural y la ley moral” (Conferencia Episcopal de Guatemala, 2016, párrafo 12).

En lo referente a la pobreza como factor que promueve las prácticas abortivas inseguras en el país, Otilia Lux de Cotí advierte que cuando una mujer cuenta con los recursos económicos, el interrumpir un embarazo no deseado es un problema que puede resolverse de forma sencilla recurriendo a alguna clínica clandestina, pero para la mujer de escasos recursos, el abortar no solo tiene que ver con un procedimiento médico, sino que en muchas ocasiones también está relacionado con la falta de oportunidades que han tenido en el plano económico y educativo estas mujeres, y que les impide su derecho de ser madres, no porque no se desee, sino porque les es imposible su sostenimiento.

Tabla 9: Consecuencias sociales y políticas del aborto clandestino

| INFORMACIÓN DESTACADA                                  |   |
|--|---|
| <b>Sandra Moran<br/>(Diputada de<br/>Convergencia)</b> | <p>El desgaste de la clase política y de la credibilidad institucional del Estado se hacen evidentes al no reconocer el derecho de las mujeres a decidir si interrumpir un embarazo o no.</p> <p>Las políticas del Estado deberían de ir dirigidas al trato igualitario y al reconocimiento de la mujer en sus derechos de salud sexual y reproductiva.</p> |

|   | <b>INFORMACIÓN DESTACADA</b>  |
|---|---|
| <b>Otilia Lux de Cotí<br/>(Representante de Guatemala en el Consejo Ejecutivo de la UNESCO)</b> | La consecuencia principal lo representa la afrenta a la dignidad de la mujer, y el desconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos. Lo anterior genera la necesidad que el Estado atienda el problema desde un marco integral de políticas a favor de la mujer, al mismo tiempo que la sociedad debe de cambiar su mentalidad sobre el aborto y avanzar en la construcción de un diálogo que permita una discusión fluida y efectiva.                                |
| <b>Marco Tulio Recinos<br/>(Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado)</b>                    | El Estado debe de revisar o crear nuevas políticas públicas que busquen una solución integral al aborto, siendo importante la coordinación interinstitucional y la definición de directrices claras para atender el problema.<br><br>El diálogo social es indispensable para la búsqueda de soluciones conjuntas como nación, sin importar credos, posturas políticas o posiciones sociales y económicas.   |
| <b>Evelyn Morales<br/>(Tierra Viva)</b>   | El marco legal vigente es inoperante para atender el problema, por lo que se evidencia la necesidad de una reforma jurídica a la penalización del aborto, y a las políticas de salud sexual y reproductiva.<br><br>Asimismo el acceso a la información sobre los derechos sexuales y reproductivos debe de convertirse en el principal objetivo del Estado, y la sociedad promover un cambio de actitud en lo que respecta a la enseñanza sexual en general.                  |
| <b>Mirna Montenegro<br/>(OSAR)</b>  | Pueden observarse en dos aspectos: consecuencias para el Estado, y consecuencias para la mujer.<br><br>En primer lugar, los efectos son visibles en los elevados costos para el Estado en lo relativo al tratamiento médico por complicaciones abortivas.<br><br>Por otro lado, se pone de manifiesto un proceso de discriminación y estigmatización social que padecen las mujeres que se someten a una práctica abortiva, aunado a los altos índices de mortalidad materna. |
| <b>Edgar Kestler<br/>(Director Ejecutivo del CIESAR)</b>  | La consecuencia más importante es la exclusión que en materia de salud viven las mujeres guatemaltecas, ya que son ellas las principales afectadas por la falta de educación sexual, las que sufren los embarazos a temprana edad o no deseados, y las que se someten finalmente a prácticas abortivas, arriesgándose a daños irreparables en sus órganos sexuales, e inclusive la muerte.  |

Fuente: Elaboración propia

### *Análisis*

Sobre este aspecto, se evidenciaron las diferentes posturas que sobre el tema se tienen, si bien todos señalan la necesidad de una reforma jurídica e institucional. Para la Diputada Sandra Moran el no encontrar soluciones reales al aborto representa un desgaste político y una muestra de la falta de legitimidad del Estado, por lo que se hace imprescindible el promover políticas que versen sobre la igualdad de derechos y el reconocimiento de la mujer como sujeto pleno, en lo concerniente a la salud sexual y reproductiva.

Otilia Lux de Cotí por otro lado, no analiza este aspecto desde la óptica estrictamente institucional, sino en relación con el incumplimiento del derecho de igualdad de género y la dignidad de la mujer, motivo por el cual el Estado y la sociedad de manera conjunta deben de promover un cambio de actitud sobre el rol de la mujer, estableciendo políticas que permitan que las féminas puedan decidir por sí mismas respecto a su salud sexual y reproductiva.

La iglesia católica presenta por su parte una visión más conciliadora sobre este punto. Se reconoce la necesidad de abrir el diálogo social y buscar un consenso entre las diferentes posturas y sectores sociales como paso previo a cualquier abordaje sobre el tema.

Las organizaciones de la sociedad civil enfocadas en los derechos de la mujer –Tierra Viva-, hacen notoria su postura sobre la necesidad de una reforma al Código Penal que despenalice o legalice el aborto, junto con el desarrollo de políticas integrales en materia de salud sexual y reproductiva, y la promoción de dichos derechos, puesto que se considera que solo la reforma jurídica es insuficiente para atender la problemática del aborto en el país, ya que debe de comenzarse por el empoderamiento de la mujer acerca de sus derechos, y estos ser exigidos al Estado por medio de la incidencia política.

Diferente a las posturas anteriormente citadas, los representantes de los organismos de investigación en el ámbito de la salud sexual y reproductiva -CIESAR y OSAR-, abordan las consecuencias del aborto no desde la óptica institucional o política, sino desde el enfoque de los grupos de riesgo. Son las mujeres las principales afectadas por la incapacidad del sistema nacional de salud de brindar atención médica en casos de complicaciones postaborto, y las que sufren los vejámenes de la clandestinidad e inseguridad que las prácticas abortivas representan, como consecuencia por un lado de la punibilidad del aborto, y por el otro, de la desatención de este sector poblacional en materia de salud por parte del Estado. La exclusión se convierte de esta forma en la principal consecuencia del aborto. Y para dar solución a dicha diferenciación y negación de atención en materia de salud a la mujer, el Estado debe de dotar de mayores

recursos al sistema nacional de salud, aunado a un enfoque renovado de atención médica en casos que presenten complicaciones postaborto.

Tabla 10: Papel del Estado ante la problemática del aborto

|   | <b>INFORMACIÓN DESTACADA</b>   |
|---|--|
| <b>Sandra Moran<br/>(Diputada de<br/>Convergencia)</b>  | <p>Es necesario el reconocimiento del Estado a la dignidad y a los derechos de libertad y su ejercicio para todas las mujeres.</p> <p>El Estado, y el legislativo en particular están cooptados por intereses empresariales y grupos de presión religiosos que impiden el abordaje del tema.</p>   |
| <b>Otilia Lux de Cotí<br/>(Representante de<br/>Guatemala en el<br/>Consejo Ejecutivo<br/>de la UNESCO)</b> | <p>El Estado debe de promover políticas de igualdad, bajo una visión o enfoque de género, que debe de observarse desde la conformación misma del presupuesto público.</p> <p>Se deben de promover políticas, leyes y un proceso de educación sexual, sin restricciones o prejuicios de tipo religioso y social, poniendo como pilares de estas acciones la salud sexual y la dignidad de la vida con una visión de género.</p> <p>Por otro lado, se debe de aplicar de manera efectiva el marco jurídico que sobre salud sexual y reproductiva ya existe, puesto que leyes como las de maternidad saludable no se cumplen a cabalidad.</p> |
| <b>Marco Tulio Recinos<br/>(Oficina de<br/>Derechos Humanos<br/>del Arzobispado)</b>                        | <p>La libertad de conciencia ha sido violentada por el Estado guatemalteco, en relación a la limitación del derecho de la mujer a decidir libremente sobre si interrumpir su embarazo o no, esta debiera ser una decisión exclusiva de la mujer, y quizás de la pareja, si esta tuviera una, pero nunca del Estado.</p> <p>Al igual que sucede con la iglesia, debe de existir un límite al intervencionismo estatal en la vida de las personas, según la opinión personal del entrevistado.</p>   |
| <b>Evelyn Morales<br/>(Tierra Viva)</b>   | <p>El Estado guatemalteco se define como laico, y por lo tanto su ámbito de acción debe de limitarse a los aspectos políticos y públicos, para dejar las decisiones privadas sobre si interrumpir un embarazo o no a la mujer.</p> <p>El Estado únicamente debe de garantizar el acceso a los métodos de planificación familiar, educación sexual y servicios de salud reproductiva, incluyendo las prácticas abortivas, a la población femenina en general.</p>   |
| <b>Mirna Montenegro<br/>(OSAR)</b>  | <p>El Estado debe de buscar los mecanismos institucionales adecuados para promover el diálogo y el consenso en lo que respecta al aborto, respetando la postura de los diferentes sectores. El Estado debe de garantizar, especialmente en el área rural, los servicios de planificación familiar y educación sexual integral como medida inmediata para prevenir los embarazos no deseados y posibles abortos.</p>  |
| <b>Edgar Kestler<br/>(Director Ejecutivo<br/>del CIESAR)</b>  | <p>El sistema nacional de salud tiene la obligación de atender de manera humana a las mujeres que recurren a prácticas abortivas, por lo que este debe de contar con la capacidad presupuestaria y profesional para afrontar el aborto como un problema de salud de primer orden.</p> <p>El Estado no debe de discriminar o negar la atención postaborto a una mujer, sin importar si se trata de un aborto provocado o fisiológico.</p> <p>Son tres las acciones esenciales que se debe de mejorar dentro del sistema de salud a nivel nacional en relación con la atención postaborto y sus</p>  |

| <b>INFORMACIÓN DESTACADA</b> |  |
|------------------------------|--|
|                              | complicaciones: La asistencia de emergencia, que se refiere a la utilización de la aspiración intrauterina en lugar del legrado para limpiar el útero de la mujer; la consejería profesional sobre los riesgos del aborto inducido; y la consejería sobre el uso de métodos anticonceptivos antes de abandonar el hospital. Todo lo anterior requiere de una mayor inversión en el área de salud materna que el Estado debe de asumir. |

Fuente: Elaboración propia

### *Análisis*

Tres aspectos claves para analizar el rol del Estado fueron establecidos por los entrevistados.

En primer lugar, se manifiesta una “cooptación” del Estado por parte del sector empresarial y la iglesia, quienes han conseguido limitar la intervención del Estado en cualquier tema relacionado con la salud sexual y reproductiva. El Legislativo y Ejecutivo han estado bajo el control de estos grupos de interés, bajo la conveniencia de evitar conflictos sociales y enfrentamientos políticos que desgasten la imagen de los funcionarios públicos con vistas a su posible reelección. Por tal motivo se presenta una inoperancia de los planes, programas y políticas estatales relativos a los derechos sexuales y reproductivos, que tiene como causas las notorias dificultades presupuestarias para su puesta en práctica, y el inexistente enfoque de género dentro dichas acciones.

Se establece el aspecto de laicidad del Estado de Guatemala como argumento jurídico para evitar su intervención en la decisión de la mujer de decidir sobre si interrumpir su embarazo o no. Algunos entrevistados opinan que el Estado solo debe de garantizar las condiciones mínimas de seguridad de las prácticas abortivas y el reconocimiento de la mujer a decidir libremente, puesto que abortar es un tema de índole privada, que bajo un enfoque liberal no puede ser restringido o violentado bajo el argumento de interés público.

Únicamente uno de los entrevistados, la representante de OSAR, Mirna Montenegro, subrayó la importancia del Estado como mediador y promotor del diálogo intersectorial para tratar la despenalización del aborto. Los demás entrevistados consideran que el debate o discusión es un proceso espontaneo o natural, donde el Estado más que mediador es parte activa del proceso.

Por último, para el Doctor Edgar Kestler de CIESAR, la importancia del Estado no es el de la apertura del diálogo, ni del desarrollo de políticas reaccionarias ante el problema, sino más bien este observa la necesidad de fortalecer el sistema de salud a nivel nacional desde todos los niveles, con el fin de brindar una mejor atención, sin discriminación a cualquier mujer que presente una complicación postaborto, lo cual conlleva en dotar de más recursos económicos al Ministerio de Salud, desconcentrar los programas maternos y de salud sexual y reproductiva, así como el de humanizar el servicio médico cuando se presenten estos casos.

Tabla 11: La despenalización del aborto

|   | <b>INFORMACIÓN DESTACADA</b>  |
|---|---|
| <b>Sandra Moran<br/>(Diputada de<br/>Convergencia)</b>  | <p>Establece una propuesta específica para menores de edad –entre 10 y 14 años– en caso de violación como causal para despenalizar el aborto, durante las primeras 12 semanas de gestación.</p> <p>La discusión pública es indispensable para abordar el tema y encontrar consensos a mediano y largo plazo (razón pública de Rawls).</p> <p>El pensamiento político y operativo del cual debería partirse es el de promover una despenalización gradual y progresiva del aborto, incluyendo de forma paulatina nuevas causales o excepciones jurídicas.</p> <p>El Código Civil en Guatemala hace viable la propuesta de despenalización del aborto, pues considera que un feto con 12 semanas de gestación no es un sujeto jurídico.</p>   |
| <b>Otilia Lux de Cotí<br/>(Representante de<br/>Guatemala en el<br/>Consejo Ejecutivo<br/>de la UNESCO)</b> | <p>La mujer debería de tener la capacidad de decidir por sí misma, si interrumpir su embarazo o no, aunque debe de reconocerse que una despenalización o legalización es una solución para sociedades con una mentalidad muy abierta algo contradictorio para el conservadurismo tradicional guatemalteco.</p> <p>Para el pensamiento de los pueblos indígenas por ejemplo, la referida despenalización sería inaceptable, ya que atenta contra uno de los principios básicos de su cosmovisión que es el respeto a la vida.</p> <p>Una causal o situación que si podría ser tomada en cuenta para modificar lo establecido en el Código Penal es la de la violencia sexual, especialmente en los casos de las menores de edad, solamente si la familia está de acuerdo con ello.</p>                             |
| <b>Marco Tulio Recinos<br/>(Oficina de<br/>Derechos Humanos<br/>del Arzobispado)</b>                        | <p>Desde una postura humanista liberal es pertinente una revisión al contenido del Código Penal con el fin de admitir una nueva causal que no penalice el aborto, siendo esta la violación sexual, pues este acto atenta contra la dignidad de la mujer.</p> <p>La postura oficial de la iglesia católica, sin embargo y en concordancia con las directrices papales se opone totalmente a cualquier tipo de aborto, sean estas razones terapéuticas, eugenésicas, o de cualquier tipo. Por este último motivo expuesto, se ve con dificultad un cambio de actitud desde la máxima autoridad eclesiástica, aunque en el largo plazo puede que una reforma canónica traiga cambios sustanciales a la doctrina católica, y el tema como sucede con el matrimonio homosexual, se considere de forma más abierta.</p> |

|  | <b>INFORMACIÓN DESTACADA</b>  |
|--|---|
| <b>Evelyn Morales<br/>(Tierra Viva)</b>                      | <p>Un debate político es necesario para abordar el tema, en donde el centro de discusión ni siquiera gire en torno a la mujer, sino al ser humano como tal, alejado de posturas religiosas y pensamientos retrógrados.</p> <p>La maternidad debe ser voluntaria. No se puede obligar a la mujer a ser madre, y por ello la educación sexual y de género desde temprana edad es un requisito indispensable para contribuir a ese cambio de pensamiento.</p>  |
| <b>Mirna Montenegro<br/>(OSAR)</b>                           | <p>Se considera aceptable el actual marco jurídico nacional que solo permite el aborto por razones terapéuticas, aunque se cree importante avanzar en el derecho a la planificación familiar como medida complementaria de dicho marco legal.</p> <p>El aborto no requiere de una despenalización para evitar los riesgos que este conlleva, para ello es mejor apostar por la información integral en materia de sexualidad y el acceso a los métodos de planificación familiar.</p> <p>Guatemala cuenta con un marco jurídico sobre salud sexual y reproductiva bien diseñado que únicamente debería de cumplirse, pues el problema radica en la falta de presupuesto y voluntad política para la aplicación de las distintas normativas.</p>   |
| <b>Edgar Kestler<br/>(Director Ejecutivo<br/>del CIESAR)</b> | <p>La despenalización del aborto es un aspecto estrictamente jurídico que no incide realmente en el tema de la práctica abortiva a nivel nacional. La solución más efectiva es la educación sexual, pues esta es una medida preventiva y no reaccionaria ante el problema.</p> <p>Se manifiesta un vínculo directo entre la incidencia de abortos inducidos y la falta de programas educativos, debido a que la juventud guatemalteca tiene escaso conocimiento sobre salud reproductiva.</p> <p>Se vuelve prioritario la creación de campañas y proyectos de sensibilización y concientización sobre el uso de métodos de planificación familiar, especialmente dirigidos a la población joven para evitar embarazos no deseados.</p> <p>El problema central que enfrenta la educación sexual está relacionado con los métodos e implementadores de dicha labor, lo que ha fomentado un divisionismo social, sobre todo por razones religiosas, que impide el desarrollo de una educación sexual integral a todo nivel.</p> <p>Técnicamente lo ideal sería que fueran profesionales los encargados de la educación sexual, debido al desconocimiento de la mayoría de padres de familia sobre el tema y sus métodos de enseñanza.</p> <p>Sin embargo, reconoce que para hablar de una verdadera educación sexual integral, debe de tomarse en cuenta la participación activa de los padres en la educación de sus hijos.</p> |

Fuente: Elaboración propia

## *Análisis*

La mayoría de los entrevistados no demuestran interés en pronunciarse a favor de una despenalización que vaya más allá de la única razón que hasta la fecha lo vuelve permisible, la causal terapéutica.

Se comprende que proponer una liberalización o despenalización total de la práctica abortiva estaría por largo tiempo en el debate público, y sería algo casi imposible de realizar, en vista del conservadurismo imperante tanto en la sociedad como a lo interior de los partidos políticos guatemaltecos. Sin embargo, personalidades como Sandra Moran y Otilia Lux de Cotí reconocen que lo ideal sería que la decisión de interrumpir un embarazo recayera totalmente en la mujer, sin intervención jurídica o política de por medio.

En relación a lo anterior, se puso de manifiesto que desde la cosmovisión de los pueblos indígenas el tratar una temática como la despenalización del aborto se convertiría en una contradicción de sus principios de respeto a toda forma de vida, por lo que se manifiesta que en este caso su abordaje sería evidentemente sensible, representando un desgaste político demasiado fuerte.

Hasta la fecha, no se ha promovido abiertamente una iniciativa de ley para la liberalización de la legislación sobre el aborto en Guatemala, puesto que estaría destinada al fracaso y al desgaste político inmediato.

Por tal motivo, para abordar el aborto en Guatemala la vía de discusión con mayor aceptación sería aquella que propusiera una despenalización gradual y progresiva a través de un sistema de indicaciones, en donde si bien la decisión de abortar no recaería plenamente en la mujer, sino en las condicionantes médicas y jurídicas, este sería el mecanismo más apropiado para comenzar el debate.

Únicamente la representante de Tierra Viva, Evelyn Morales, manifestó estar acorde con la despenalización total del aborto en Guatemala, puesto que considera que a nivel internacional esta medida ha reducido drásticamente las muertes maternas y la atención postaborto, reconociendo la libertad de la mujer a interrumpir su embarazo, sin ningún tipo de intervención o condicionante proveniente del Estado.

Por su parte, la Diputada Sandra Moran considera que el problema central no radica en la cultura machista, sino por la forma en la que los poderes del Estado son controlados por intereses intrasociales. Por ese motivo, la citada funcionaria propone modificar el Código Penal en lo relativo a las causales permitidas de aborto. La reforma iría dirigida a despenalizar el aborto únicamente para las víctimas menores de edad que hayan quedado embarazadas tras ser víctimas de violación. Una causal o excepción jurídica con la que concuerda plenamente Otilia Lux de Cotí, entendiéndolo que para estos casos, y bajo la consideración de que se trata de menores de edad, la decisión debiera de ser tomada por la familia de la afectada, respetando siempre la diversidad cultural y de pensamiento que en el país existe.

Hay que agregar que en una entrevista para Diario Digital, en agosto de 2016, la Diputada Moran señaló que el espíritu original de la iniciativa no es la despenalización del aborto, sino el promover un debate para la elaboración de una política de Estado encaminada a la “reparación digna y transformadora para víctimas de violencia sexual, embarazo forzado y maternidad forzada en niñas y adolescentes” (España, 2016). Esta exposición de motivos que a simple vista puede parecer contradictoria, denota la cultura de silencio y de modelos patriarcales impuestos como valores que determinan hasta donde la acción estatal puede ser concebida como laica e independiente.

Esta iniciativa ha tenido sus detractores, como lo deja en claro las declaraciones de Karly Rodríguez, de La Asociación Familia Importa, quien expresa que “ya existen las leyes que permiten una atención adecuada a las víctimas de violencia sexual, así como recursos destinados a este fin, el problema es que no se cumplen. (A la víctima) debe proveérsele apoyo psicológico de inmediato, el Estado podría valerse de los recursos con los que ya cuenta y podría apoyarse para esto en universidades y otras instituciones que ya ayudan en este sentido. La víctima de abuso ha sufrido amenazas, manipulación psicológica, abuso sexual, y el embarazo lo que ha hecho es ponerlo en evidencia. No se le debe tratar por el embarazo, sino por todo lo que ha sufrido antes del embarazo a manos del agresor” (Palacios, 2016).

Por otro lado, la postura oficial de la iglesia católica es de rechazar el aborto bajo cualquier circunstancia, aunque desde un plano individual, Marco Tulio Recinos,

representante de la Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado, considera que una causal como la violencia sexual puede ser objeto de revisión para su despenalización por motivos humanos y éticos.

Los representantes de los centros de investigación en salud sexual y reproductiva – CIESAR y OSAR- opinan que la solución no es una reforma al Código Penal, ni abrir un debate sobre despenalizar o legalizar el aborto en el país, puesto que ello sería un paliativo que no resolvería las causas que originan el problema. Por tal motivo priorizan la educación sexual de calidad y el acceso a los métodos de planificación familiar como las mejores herramientas para combatir el aborto inseguro a nivel nacional.

# **CAPÍTULO V**

## **UNA PROPUESTA VIABLE HACIA LA DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO EN GUATEMALA**

---

La naturaleza jurídica del aborto y su despenalización ha sido objeto de diversas controversias alrededor del mundo, debido a redacciones complejas y terminologías poco precisas, empleadas en la generación de preceptos legales que los diferentes marcos jurídicos han diseñado para despenalizar o legalizar la referida acción.

Si el aborto se encuentra penalizado, el mensaje que desde el Estado y su aparato institucional se transmite a la población femenina es discriminatorio, y lo expresa de forma clara Hopp (2008):

“...puedes hacer lo que quieras con tu cuerpo y tu vida, puedes trabajar o no hacerlo, puedes profesar la religión que quieras o no profesar ninguna, puedes tener relaciones sexuales con quien quieras y del modo que quieras, pero si sucede que quedas embarazada, entonces tu cuerpo deja de ser tuyo y le pertenece al Estado, debes soportar que crezca un niño en tu vientre y darlo a luz; desde ese momento tu cuerpo vuelve a pertenecerte y serás madre o bien entregarás el niño al Estado para darlo en adopción” (p. 119).

El presente Capítulo contiene una propuesta para avanzar en el proceso de despenalización del aborto en Guatemala, teniendo en cuenta la realidad nacional y los cambios en el escenario internacional que sobre la materia se están llevado a cabo, reconociendo que el aumento en el índice de abortos inducidos en Guatemala acentúa la necesidad de llevar a cabo medidas inmediatas y sostenibles, con el fin de ayudar a las mujeres guatemaltecas a evitar los embarazos no deseados que concluyan en la práctica del aborto inseguro.

### **5.1 ASPECTOS CONSIDERATIVOS**

El argumento que siempre se ha invocado para impedir la despenalización o legalización del aborto redundante en la necesidad de proteger el derecho a la vida del nonato.

La penalización del aborto bajo este principio es inaceptable éticamente, puesto que un ser humano jamás puede ser tratado como un simple medio para la consecución de algún fin que le es ajeno (Kant, 1977). Si la mujer no quiere estar embarazada, nadie puede obligarla a tener un niño que no desea.

Siguiendo a Ronald Dworkin (1994), cuando estamos frente al feto, no se está ante una persona ni moral ni legalmente, sino simplemente ante un grupo de células cuyo desarrollo tiene una programación genética preestablecida. No es sino hasta que surgen las bases biológicas para la viabilidad -reconocimiento de sensaciones y actividad neuronal clínicamente comprobable-, que estamos ante la presencia de un ser que jamás ha tenido vida psíquica. Por tal motivo la imputación de intereses al feto, específicamente en etapas en las que no se manifiesta una actividad neuronal que evidencian grados de sensibilidad, se puede considerar un error jurídico en el ámbito de las medidas tutelares y de protección en el marco de los derechos humanos.

Engelhardt (1974) añade que “la cuestión de si el aborto es contrario a los intereses del feto depende de que el propio feto tenga intereses en el momento en que se practica el aborto y no en que vayan a desarrollarse intereses si no se practica ningún aborto” (p.220).

La doctrina jurídica moderna a nivel internacional sostiene que el derecho a la vida no se encuentra tutelado desde la concepción. Y que aún el producto de la gestación tuviera garantizado el derecho a la vida desde el momento de su viabilidad, dicho derecho tendría que ser conciliado con los derechos de la mujer embarazada en términos de su autodeterminación.

Una vez resuelta la anterior discusión de criterios, el primer avance jurídico necesario en el proceso de despenalización del aborto es el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, desde una visión integral. En pocas palabras, como sociedad se necesita entablar una ruta de trabajo para discutir el reconocimiento del aborto como un derecho humano, y avanzar hacia la despenalización o legalización del aborto, lo que lleva necesariamente a una reforma legislativa.

Según la exposición conceptual que se realizó en su momento, para el caso guatemalteco se debe de partir de una posición realista, y entender que la legislación, el inoperante sistema de salud pública y la misma sociedad no se encuentran preparadas para llevar a cabo un proceso de legalización del aborto, es decir el dejar a la mujer la autonomía de la decisión de si abortar o no, únicamente bajo cumplimiento de plazos preestablecidos para ello según su etapa de gestación. Dos razones fundamentales explican esto: el conservadurismo político, cultural y social imperante; así como la inexistencia de cohesión social que permita un diálogo abierto y honesto sobre el tema en el corto plazo.

El camino viable sería la despenalización aplicada a través del sistema de indicaciones, donde el marco jurídico contenga y tutele las situaciones bajo las cuales una mujer puede abortar. Habrá propuestas que evidentemente propugnen por una legalización total, pero esto es una utopía en Guatemala, por lo que de manera progresiva a través de la despenalización, se podrá ir incorporando nuevas causales que permitan un mayor acceso a las mujeres a las prácticas abortivas seguras.

Aunado al tema jurídico, la despenalización del aborto igualmente requiere el fortalecimiento de una cultura de respeto a los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, y a su reconocimiento como sujeto de derechos inalienables.

Sumado a lo anterior, Se debe de reducir los obstáculos económicos para acceder a la prestación del servicio en forma segura.

Las reformas podrían tener un impacto insignificante en cuanto que las leyes carezcan del apoyo político necesario, y una vez los servicios de abortos seguros sean escasos, mientras las mujeres desconozcan su existencia o tengan problemas en acceder a estos. De igual forma, los avances serían limitados si los médicos no comprendieran a cabalidad la nueva normativa, sin contar con la capacitación necesaria para practicar abortos en condiciones seguras, o se rehusaran a practicarlos por temor a las denuncias penales.

Un obstáculo para la despenalización del aborto lo constituye el evaluar el tema de la objeción de conciencia en los profesionales de la medicina. Muchos médicos pueden

pensar por convicciones morales o religiosas que practicar un aborto pudiera ser algo indebido. Podría surgir la discrepancia o contradicción entre el derecho del médico que practica el aborto y la mujer que solicita dicho procedimiento, por lo que cualquier norma que se implemente o reforme deberá de contemplar esta situación.

Puede presentarse también la idea de que el despenalizar el aborto bajo algunas circunstancias podría representar un riesgo de aplicación en casos no justificables, o sea promover un “libertinaje” aprovechando la medida desreguladora. Esta idea se manifestaría en la suposición de que la sociedad guatemalteca no está preparada para una legislación de ese tipo, y que una despenalización terminaría llevando a un abuso de las prácticas abortivas, siendo empleado como un método anticonceptivo. Por otro lado, esta representación ilógica del aborto lleva aparejada la idea de que las mujeres, no poseen la capacidad suficiente para asumir la responsabilidad de autodeterminación sobre sus cuerpos, y que por tal razón, el acceso a esta decisión debe ser coartado o limitado por el Estado para evitar el uso irracional de la práctica abortiva.

A través de la despenalización se puede profundizar y visualizar un cambio cultural, y el aborto podría pasar de ser un acto incorrecto y pecaminoso, para ser comprendido como lo que en realidad es, como una protección a los derechos humanos de la mujer, y un reconocimiento a su dignidad y libertad de decidir, a través del acceso a los servicios de aborto seguro, según lo permitan las leyes estatales en la materia.

Para alcanzar tan difícil tarea, se vuelve necesario un profundo debate a lo interno de la sociedad guatemalteca, una búsqueda de esa “razón pública”, en el que se hagan presente las diferentes posturas y sectores que se consideren de alguna forma afectados por los cambios normativos, teniendo en cuenta que la labor no será ni sencilla, ni de corto plazo.

## **5.2 LAS REFORMAS LEGALES**

El objetivo de las reformas legales al Código Penal guatemalteco respecto al aborto, se concentra en establecer de forma directa dicho tema como un derecho fundamental de la mujer en el ámbito de la salud -puesto que hablar de autodeterminación o libertad de decisión sería complicado en el contexto actual-, para crear con ello las condiciones

que garanticen el acceso a procedimientos de aborto seguro, con el fin de resguardar su derecho a la vida, a la intimidad, a la integridad física y moral, y a la no discriminación.

Se plantean reformas en la legislación penal guatemalteca, para ampliar el marco de permisibilidad de la práctica abortiva. Dicha ampliación conlleva un trabajo extenso, tal y como sería el establecer claramente la autoridad responsable para la aprobación de los abortos legales; la definición de las debidas causales o razones para aprobar los abortos legales; e inclusive el desarrollo de manuales operativos para los profesionales de salud.

Sumado a lo anterior, se hace imprescindible el desarrollo de mecanismos que permitan deducir responsabilidades, cuando se presenten malas prácticas abortivas que terminen con complicaciones para la mujer que se someta a un aborto, lo que reduciría los índices de mortalidad materna postaborto.

### **5.2.1 Las motivaciones de la reforma**

La criminalización de la práctica abortiva constituye una violación a los derechos humanos de las mujeres, tanto desde su garantía constitucional a la salud, como a su libertad de decisión sobre su cuerpo, lo cual es señalado por diferentes organismos y acuerdos internacionales suscritos por el Estado guatemalteco. Por otro lado, el que la mujer tenga que acudir a procedimientos clandestinos e inseguros evidencia una cultura de maltrato, desinformación y desigualdad que el Estado ha perpetuado y fortalecido a través del silencio y nulo accionar.

Por las razones antes descritas, las motivaciones de una reforma al Código Penal respecto al aborto pretenden:

- Fortalecer la seguridad jurídica de las mujeres que recurrirán a los procedimientos abortivos, junto con los profesionales de la salud certificados que participen en dichas prácticas.
- Evitar la represión sobre las mujeres guatemaltecas que han decidido someterse a un aborto, y que por dicha causa, han sido procesadas y penalizadas

judicialmente, o que simplemente viven bajo el estigma social de angustia y vergüenza.

- Adecuar el marco jurídico nacional al consenso de la comunidad internacional en esta materia.

### **5.2.2 Las razones y los plazos admitidos**

Existen circunstancias que vuelven recomendable la práctica del aborto, siempre y cuando este vaya junto con el consentimiento de la mujer embarazada. Estas circunstancias se han incorporado a la mayoría de legislaciones a nivel mundial, después de rigurosos análisis jurídicos y médicos, y como resultado de un consenso social sobre la necesidad de resguardar la salud y vida de las mujeres.

Se comprende entonces, que bajo esta perspectiva la discusión sobre la despenalización del aborto debe de llevarse a cabo dentro de las políticas de salud del Estado, y como un reconocimiento y respeto a la autonomía, dignidad, y salud integral de la mujer.

El presente estudio pone en consideración la despenalización del aborto en dos casos específicos, debiendo este ser practicado por personal médico calificado y bajo el consentimiento de la mujer:

- a) Si se diagnostican medicamente malformaciones embrionarias o fetales que vuelven inviable la vida extrauterina del feto. El embarazo debería de interrumpirse en un plazo no mayor de 14 semanas, según las regulaciones internacionales sobre el tema.
- b) Si el embarazo es producto de la comisión de un delito contra la integridad sexual, lo que incluye desde incesto, violación, hasta prácticas de fertilización asistida no consentidas, acreditada bajo denuncia judicial o policial. En este caso, se recomienda interrumpir el embarazo con un plazo máximo de hasta 12 semanas de gestación, según las regulaciones internacionales sobre el tema.

Las dos causales expuestas responden a las necesidades más urgentes, y por tal razón serían los casos más fáciles de despenalizar, siendo el resultado de la ponderación entre el deber de protección de la vida en gestación y los derechos fundamentales de la mujer en el ámbito de la salud, así como de la jurisprudencia que se refiere al deber estatal de respetar y garantizar a la mujer su derecho de autodeterminación sobre su propio cuerpo, reivindicando su condición de sujeto moral y autónomo libre de discriminación y subordinación.

La modificación del Capítulo III del Código Penal propuesta, amplía los casos en que el aborto no es punible, de acuerdo a las recomendaciones y convenios internacionales suscritos. Se confirma a su vez, que la amenaza de prisión para la mujer que se ha sometido a una práctica abortiva a consecuencia de la violencia sexual o cuando se comprueba clínicamente una enfermedad grave en el feto, no es la solución al problema, puesto que la misma representa una sanción injusta que obliga a la mujer a aceptar una maternidad que violenta sus derechos humanos, y que no impide que la misma recurra a procedimientos clandestinos e inseguros.

Esta es la justificación de la propuesta, teniendo en cuenta que progresivamente deberían abordarse nuevas causales como la salud psicológica y las razones económicas de la mujer, cuando las condiciones sociales y políticas brinden mayor madurez para un debate de tal alcance. Se comprende también que la reforma legislativa es una condición necesaria pero no suficiente para garantizar el acceso a las mujeres a procedimientos abortivos seguros, por lo que el papel del Estado en el fortalecimiento presupuestario y operativo del sistema público de salud es de vital trascendencia.

### **5.2.3 Requisitos mínimos que deben de cumplirse**

Todo proceso de despenalización debe de contener algunos requisitos mínimos para que se pueda considerar aceptable la práctica de un aborto, con el fin de prever los riesgos y situaciones relacionadas con ella, razón por la cual toda mujer que decida someterse a una práctica abortiva, y cuyo caso se encuentre dentro de las causales antes mencionadas deberá de cumplir con los siguientes procedimientos formales:

- Es obligatorio que el consentimiento informado de la mujer sea expresado por escrito.
- Para los casos de mujeres menores de catorce años de edad hasta los dieciocho años, se requerirá el asentimiento de sus padres, o en ausencia o inexistencia de estos, de su responsable legal.
- En el caso de una mujer que sea declarada con incapacidad de juicio, será necesario el consentimiento informado de su representante legal.

Por su parte, los centros hospitalarios y personal médico calificado deberán de tener en cuenta las normas que a continuación se describen:

- La realización de las prácticas abortivas no requerirán de una autorización judicial previa, únicamente serán necesarias las certificaciones médicas para las condiciones eugenésicas, o la presentación de las denuncias formales ante las autoridades competentes en caso de violencia sexual.
- Los servicios de salud del sistema público deberán de garantizar el acceso gratuito a los procesos abortivos seguros, mientras que los servicios del seguro social y los sistemas de salud privados tendrán que incorporarlos dentro de sus coberturas médicas en igualdad de condiciones.
- Los médicos y el resto del personal de salud que manifiesten la objeción de conciencia –negación a participar en procedimientos médicos por razones éticas o morales- para no intervenir en cualquier procedimiento abortivo, deberán hacerlo de conocimiento a las autoridades correspondientes de los establecimientos de salud en los cuales laboren. Aquellos profesionales que no hubieren expresado tal objeción no podrán negarse a efectuar prácticas abortivas.
- Brindar a la mujer que se someterá a un aborto información sobre sus derechos sexuales y reproductivos, así como sobre las prestaciones y cobertura del sistema de salud pública en el tema.

- Otorgar información sobre el tema de planificación familiar, y del uso de métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados.
- Prestar asesoría a las mujeres para que conozcan sobre los riesgos de interrumpir el embarazo tanto físicos como emocionales.

#### **5.2.4 Las medidas de garantía**

Así como importante es el establecimiento de causales o razones que permitan el acceso al aborto seguro, de igual forma en Guatemala se hace necesario contar con garantías de interpretación y aplicación que creen un entramado jurídico e institucional capaz de atender las demandas

Las medidas de garantía hacen alusión a las condiciones legales básicas que permiten que el aborto sea legal y fácilmente comprensible en su aplicación, siendo de dos tipos: por medio de marcos normativos regulatorios; y bajo la creación de mecanismos de interpretación de las causales abortivas (González Vélez, 2011).

En lo que respecta a los *marcos normativos regulatorios*, estos deberán crear procedimientos y estándares de trabajo que eviten la arbitrariedad institucional en lo que se refiere a los requisitos que se solicitan a una mujer para poder acceder a un aborto seguro y no penalizado, lo cual será un coadyuvante para la creación de programas y políticas públicas coherentes con la realidad nacional y de las mujeres guatemaltecas en particular, estableciendo de forma precisa la responsabilidad del Estado. El papel tanto del Ministerio de Salud como del sistema judicial cobra relevancia en este aspecto, puesto que de ellos dependerá la creación de manuales de trabajo y procedimentales para atender esta problemática.

Los *mecanismos de interpretación de causales abortivas* hace referencia a la necesidad de que se desarrollen instrumentos y enfoques argumentativos que permitan dar una interpretación pronta y completa de estas en relación con las normativas de derechos humanos existentes. Hoy en día, no existen directrices claras para la interpretación de las disposiciones contenidas en el Código Penal, ni siquiera para las que permiten la práctica del aborto terapéutico. No está demás decirlo, las interpretaciones

contradictorias entre diferentes instituciones han dejado en la incertidumbre el derecho de la mujer, ya que finalmente la decisión se deja a la discreción burocrática.

Puede entenderse como una medida para evitar la objeción de conciencia por parte de los médicos, y como una guía penal para los juzgados y profesionales del derecho cuando se presenten casos de abortos.

### **5.3 LAS ESTRATEGIAS COMPLEMENTARIAS EN MATERIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

Para abordar de manera integral el problema del aborto inseguro en el país, y prevenir el aumento de embarazos no planeados, se debe garantizar que las mujeres guatemaltecas ejerzan el derecho de disfrutar de un adecuado nivel de salud, lo cual deberá incluir el acceso a los servicios abortivos sin riesgo, siendo estos accesibles y eficientes, pero sin centrarse exclusivamente en la revisión de la legislación restrictiva, sino que el Estado guatemalteco además de ello, precisa de realizar acciones en los siguientes ámbitos:

- *Garantizar el derecho de las mujeres a la planificación familiar.* Las guatemaltecas necesitan estar mejor informadas sobre los mecanismos de anticoncepción, y los procesos de planificación familiar, un derecho que el Estado debe de promover. Más que sensibilizar o educar a la mujer, es primordial entender que los hombres deben de ser también conscientes de ello, tratando de eliminar pensamientos machistas y excluyentes en la toma de decisión sobre la cantidad de hijos y el espaciamiento de los embarazos.
- *Prestar atención específica y diseñar políticas en materia de salud sexual y reproductiva dirigidas para la población joven del país.* La juventud guatemalteca precisa de una más amplia y moderna educación sexual y anticonceptiva, no solo como mecanismo de prevención de embarazos no planeados, sino también de enfermedades de transmisión sexual. Por tal razón, es importante el implementar servicios de consejería y apoyo profesional para aquellos jóvenes en mayor riesgo.

- *Diseñar políticas y programas sobre salud sexual y reproductiva que sean apropiados a las necesidades y cultura de la mujer indígena y del área rural.* Las estadísticas refieren que quienes tienen menor probabilidad de acceso a servicios de salud formales, son las mujeres que residen en el área rural, las que tradicionalmente buscan en el ámbito de la salud sexual y reproductiva asesoría e intervención de las comadronas o proveedores no certificados de salud. Se recomienda la capacitación formal de las comadronas en emergencias de parto y en complicaciones postaborto, pues no solo es la distancia territorial de los servicios formales de salud lo que separa a la mujer rural de buscar asistencia médica formal, sino la pertenencia cultural misma que la hace sentir extraña y vulnerable ante prácticas y procedimientos que desconoce.

Aún persiste la desconfianza al trato discriminatorio de los profesionales de la salud, además del temor a la imposición de utilizar métodos anticonceptivos modernos, sin olvidar sus creencias respecto a la planificación familiar y el número de hijos que deben de tener, y los aspectos machistas que rigen en su convivencia en pareja.

- *Promover la educación sexual bajo un paradigma integral y en armonía con el respeto a los derechos humanos.* El Estado deberá impulsar políticas y campañas de educación sexual, enfocadas principalmente a la promoción de la planificación familiar, la prevención de la violencia sexual contra las mujeres, y la prevención de los embarazos no planeados.

Dicha labor no corresponde exclusivamente al Estado, sino que también debiera ser una responsabilidad familiar y comunitaria, en donde intervengan en armonía entidades como la escuela, las instituciones de salud públicas y privadas, y hasta los medios de comunicación.

Una educación sexual de corte científico, laico y abierto busca promover el conocimiento responsable sobre los servicios de salud y el acceso a métodos anticonceptivos modernos y seguros, apoyado en la autonomía en la toma de

decisiones y con base en los derechos sexuales y reproductivos reconocidos por el Estado, y protegidos dentro de un marco jurídico internacional del cual se forma parte, con el objetivo esencial de vincular este conocimiento con las aptitudes para la vida, así como con el desarrollo de actitudes y valores positivos en el ejercicio de una sexualidad física y emocional saludable, pero sobre todo responsable.

- *Mejorar la calidad de la atención postaborto en las instituciones de salud y expandir su cobertura.* Las mujeres que cumplen con las causales legales para someterse a un aborto seguro, no solo necesitan del respaldo jurídico, sino especialmente de un mejor acceso a los servicios abortivos en condiciones seguras.

Deben concentrarse de mejor forma los esfuerzos para mejorar el acceso a la atención postaborto, a través de la ampliación e institucionalización de dicho servicio, y promoviéndolo o extendiéndolo en las clínicas o centros de salud del primer nivel de atención, además del diseño de estrategias de descentralización para el acceso a dichos servicios a través de toda la red pública de salud. Esta atención profesional debería de ser integral, incluyendo consejería psicológica y servicios de anticoncepción modernos para la prevención de nuevos embarazos no deseados.

Además, es necesario el llevar a cabo un proceso de capacitación del personal médico sobre la atención de complicaciones derivadas de procedimientos abortivos inseguros, eliminando los comportamientos punitivos, prejuiciosos o tendenciosos en su proceder, lo que obliga a la creación de protocolos de atención postaborto estandarizados, al igual que de mecanismos de seguimiento y evaluación.

- *Fomentar el libre acceso a la información sobre el aborto seguro.* El acceso a la información es uno de los elementos claves en la prestación de servicios de aborto seguro, accesibles y de buena calidad. Esta información debe ser

brindada a todas las mujeres sin discriminación alguna, siendo clara y precisa, con el fin de permitir a la mujer que decide abortar, el tomar una decisión consciente e informada. Las féminas no solo deben saber que tienen derecho a un aborto legal en resguardo de su salud y sus vidas, sino también deben de conocer sobre los riesgos del aborto inseguro.

Esta información debe incluir tres aspectos vitales: Asesoría previa al procedimiento abortivo; información sobre el procedimiento médico y sus posibles consecuencias; y asesoría sobre métodos anticonceptivos modernos y planificación familiar.

Las instituciones de salud públicas y privadas deberán establecer protocolos que incluyan la entrega de la información, junto con la asesoría y orientación pertinente a las mujeres que se decidan someter a una práctica abortiva de bajo riesgo.

- *Introducir técnicas modernas para realizar procedimientos abortivos seguros en los centros hospitalarios.* Se recomienda la utilización de la Aspiración Manual Endouterina –AMEU- como proceso abortivo quirúrgico, en cumplimiento de lo que estipula la OMS, puesto que es una técnica altamente efectiva y segura para la interrupción del embarazo durante el primer trimestre de gestación, no solo por su eficiencia, sino por su bajo costo y reducida probabilidad de ser fuente de complicaciones, en comparación con el legrado quirúrgico.
- *Crear un sistema de información a nivel nacional objetivo y actualizado sobre los embarazos no deseados y el índice de abortos practicados.* Es necesario reforzar las acciones para fortalecer los sistemas de información sobre la situación de las mujeres en relación a las prácticas abortivas. Es vital el desarrollo de estudios sobre el costo/efectividad del aborto seguro, así como sobre el impacto positivo de la despenalización y el acceso al aborto en condiciones seguras, junto con investigaciones actualizadas sobre la mortalidad de las mujeres por complicaciones postaborto, y el impacto global del aborto

inseguro sobre la salud de las mujeres en el sistema de salud nacional, entre otros.

Además de lo anterior, deberán crearse mecanismos de seguimiento y control que permitan dar cumplimiento a los compromisos internacionales en lo relativo a la reducción de la mortalidad materna, el cumplimiento de los programas y estrategias en el marco de salud sexual y reproductiva, así como el acceso, disponibilidad, y calidad de los servicios de aborto, prestando especial atención en aquellos grupos considerados en exclusión o de mayor riesgo.

Dicha información puede ser empleada para aumentar la conciencia pública sobre el aborto, y reducir el estigma asociado al tema. Por tal motivo, se insiste en que el impacto –en todos los ámbitos- del aborto inseguro debe ser monitoreado de forma constante y precisa con la finalidad de desarrollar soluciones coherentes y fiables por parte del Estado.

- *El derecho de confidencialidad debe de ser respetado para fomentar la confianza de la mujer en los procesos de aborto seguro.* Debe tenerse en cuenta que la confidencialidad y la privacidad, son principios de la ética médica que siempre deben garantizarse. Se recomienda tomar las medidas necesarias para resguardar la privacidad y confidencialidad de las mujeres que se someten a un procedimiento abortivo, sobre todo si se tratase de menores de edad -legalmente aceptadas para el procedimiento-, de víctimas de violencia sexual, y aquellas que presenten cuadros psicológicos y socioeconómicos desfavorables.

## CONCLUSIONES

---

- Durante la realización del estudio se decidió modificar los objetivos de la investigación motivado por aspectos metodológicos y de operativización, aunque sin afectar la esencia de los mismos, únicamente alterándose su ubicación dentro de la definición de objetivos. En ese sentido, el objetivo “establecer la postura y tratamiento del Estado de Guatemala en lo relativo a la despenalización del aborto durante el periodo 2012-2015” se trasladó de los objetivos específicos a objetivo general. Mientras que el objetivo “caracterizar la práctica del aborto voluntario en la clandestinidad en Guatemala” se convirtió en un objetivo específico.
- En Guatemala el debate sobre la despenalización del aborto únicamente ha tenido lugar en círculos académicos y en el trabajo de organizaciones internacionales, colectivos de mujeres, y asociaciones pro juventud que han establecido el tema como un punto de partida para el reconocimiento de los derechos de la mujer en ámbitos y temáticas hasta hoy inexplorados, pero teniendo en mente que al igual que como sucedió con otros temas -el femicidio por dar un ejemplo-, en algún momento tendrá que llegar a la reflexión nacional, para convertirse en punto de agenda de la clase política guatemalteca.
- A nivel académico la despenalización del aborto ha centrado su discusión en el debate jurídico sobre la posibilidad de establecer algún mecanismo o proceso despenalizador del aborto en Guatemala, así como en el análisis de tipo sociológico sobre los efectos de dicha práctica a nivel clandestino e inseguro para poblaciones y áreas geográficas específicas.
- En la sociedad guatemalteca el debate sobre el aborto se ha centrado en el aspecto moral y el derecho humano a la vida del nonato, por sobre la salud y el derecho de autodeterminación de la mujer. El mayor desafío lo representa en ese sentido, el colocar dicha discusión sobre el terreno fértil del diálogo intersectorial, entendiendo el tema como un problema de salud pública y no exclusivamente de derechos humanos.

- El estudio demostró que socialmente se mantiene la percepción de que la despenalización del aborto puede convertirse en un “libertinaje” en su aplicación sin justificación. El argumento que se da para ello deviene de la cultura conservadora de la sociedad para aceptar dicho procedimiento como algo legal, por lo que una despenalización del aborto se consolidaría en un abuso de su práctica, siendo visto como un método anticonceptivo, y no como un último recurso.
- El discurso patriarcal, que establece la procreación como una de las bases del matrimonio y la maternidad como un elemento de desarrollo individual de la mujer, se mantiene fuertemente afianzado en buena parte de la sociedad, reflejado en las posturas de los grupos de presión y políticos conservadores.
- El aborto no debe representar una condicionante moral defendible dentro de los asuntos del Estado. El hecho de que una creencia moral y ética pueda ser defendida y justificada por un sector social, con el fin de convertirla en algo racional y hasta obligatorio, no significa que de igual forma sea razonable y condicionante para las decisiones de un Estado pluralista y de corte laico como lo es Guatemala.
- Las respuestas del Estado de Guatemala no han buscado una solución integral al problema del aborto inducido e inseguro en el país, puesto que las acciones gubernamentales han sido dirigidas hacia el acceso a métodos anticonceptivos, y la educación sexual, con base en políticas de corto plazo, particularmente durante el periodo 2012-2015. Lo anterior, ha restringido el acceso a la salud y violado el derecho de igualdad para las mujeres guatemaltecas, reduciendo las respuestas institucionales a políticas indirectas que pretenden ser una solución a la problemática, pero sin abordar el aborto como un flagelo para la salud y vida de las féminas, desde sus causas estructurales.

- En Guatemala existen normativas que componen el marco jurídico relativo a la salud sexual y reproductiva, con base en acuerdos internacionales suscritos, pero que se limita a la utilización de métodos anticonceptivos, la planificación familiar, la educación sexual, y la reducción de embarazos no deseados, aunque en ningún momento contemplando el aborto seguro dentro de su contenido, debiendo de ser incorporado este como un derecho de la mujer y una responsabilidad del Estado.
- El estudio realizado evidenció que la penalización del aborto en Guatemala representa una violación contra la vida, y la salud sexual y reproductiva de miles de guatemaltecas, lo que algunos especialistas no han dudado en llamar un feminicidio de Estado, con todas las implicaciones político-jurídicas que ello conlleva, en vista de las altas cifras de muertes de mujeres por complicaciones postaborto reportadas anualmente. Con ello, la penalización del aborto en Guatemala ha obligado a muchas mujeres a asumir una maternidad sin su consentimiento pleno, impidiendo el ejercicio de algunos de sus derechos fundamentales, entre ellos el de autodeterminación, estableciendo así el carácter discriminatorio y excluyente del Estado guatemalteco
- La legislación prohibitiva y las condenas de tipo jurídico existentes en el país respecto al aborto han traído como consecuencia la estigmatización del tema, aunque no por ello impedido dicho fenómeno, pues por el contrario lo ha incrementado aún bajo el tabú con el que se maneja, llevando esta práctica a la ilegalidad y la clandestinidad.

## RECOMENDACIONES

---

- Para promover la discusión de la despenalización del aborto en Guatemala, deben de tomarse tres aspectos en consideración: 1) el derecho de autodeterminación de la mujer; 2) la definición del derecho a la vida del nonato y el inicio de la misma; y 3) la legitimidad de las razones para recurrir a la interrupción voluntaria del embarazo, condiciones todas para abrir cualquier debate sobre la temática, y que se encuentran dentro de la definición de “razón pública” que exige John Rawls para una solución coherente al problema a través del consenso social.
- El Estado guatemalteco debe reformar el Código Penal vigente, con el objetivo de introducir nuevas causales para permitir la interrupción voluntaria del embarazo, incluyendo cuando la gestación sea producto de un incesto, violación o cualquier otra forma de violencia sexual, y por razones eugenésicas. Lo anterior, con el fin de facilitar a la mujer sus derechos en salud sexual y reproductiva, y de autodeterminación sobre sus propios cuerpos.
- Se recomienda analizar a través del derecho comparado la legislación internacional de despenalización del aborto por diferentes causales, tomando en cuenta los juicios y criterios que se tomaron para ello, para revisar los efectos positivos y los obstáculos que se han presentado en su aplicación.
- Se deben incrementar los esfuerzos gubernamentales con el objetivo de permitir el acceso a las mujeres a servicios de calidad en materia de salud sexual y reproductiva a nivel nacional, reforzando a su vez los programas de educación y sensibilización sobre el uso de anticonceptivos, y la planificación familiar, como mecanismo para evitar el aumento de embarazos no planeados.
- Ante la inexistencia de voluntad política para despenalizar el aborto en Guatemala, debe de promoverse el fortalecimiento de la educación sexual integral en todos los niveles educativos, partiendo de su incorporación efectiva dentro del Currículo Nacional Base para los niveles primario y secundario.

- Se propone una despenalización del aborto en lugar de una legalización, pues se considera que la sociedad guatemalteca y la clase política en particular, no se encuentran preparadas para una discusión profunda donde la decisión de abortar o no, se le deje totalmente a la mujer en gestación. Por tal motivo, deberá de plantearse la despenalización del aborto a través del sistema de indicaciones, es decir establecer inicialmente algunas causales que permitan a las mujeres recurrir a un aborto seguro, para que sea un proceso progresivo donde se vayan incorporando nuevas causales con el paso del tiempo, y con ello evitar la oposición directa y el surgimiento de debates morales innecesarios. Una buena opción sería el discutir las razones eugenésicas y la agresión sexual como razones que justifiquen la interrupción de un embarazo como modificaciones al Código Penal.
- A nivel académico debe de prestársele mayor relevancia a los derechos de la mujer en todos los ámbitos, especialmente aquellos relacionados con la salud sexual y reproductiva, ya que hasta la fecha estudios sobre los mismos son escasos, y casi siempre analizados a un nivel macro.
- El aborto como tema político debe de ser analizado desde la academia no solamente como un aspecto de derechos humanos -ya sea de la mujer o del nonato-, sino como un problema social y de salud, que pone en riesgo la vida de miles de mujeres año con año, y que sigue siendo hasta la fecha invisibilizado por una cultura patriarcal de silencio y discriminación. Por esta razón, el tema de los derechos de la mujer, debieran ser parte integral del pensum de estudio de las diferentes carreras de la Escuela de Ciencia Política, no solo para sensibilizar sobre el tema, sino para generar nuevas investigaciones y análisis bajo un enfoque integral y coherente con nuestra realidad.

## LISTADO DE ABREVIATURAS

---

|          |   |
|----------|---|
| AFI      | Asociación La Familia Importa   |
| AMES     | Asociación de Mujeres en Solidaridad  |
| AMEU     | Aspiración Manual Endouterina   |
| CEG      | Conferencia Episcopal de Guatemala  |
| CIDEJ    | Centro de Información, Desarrollo y Estadística Judicial                        |
| CIESAR   | Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva           |
| CIPD     | Conferencia Internacional de Población y Desarrollo                             |
| CNE      | Centro Nacional de Epidemiología  |
| CODEFEM  | Colectiva para la Defensa de los Derechos de las Mujeres en Guatemala           |
| CONJUVE  | Consejo Nacional de la Juventud   |
| EIS      | Encuesta a Instituciones de Salud   |
| EPS      | Encuesta a Profesionales de la Salud  |
| FADEP    | Asociación Sí a la Vida, así como la Asociación Familia, Desarrollo y Población |
| IGSS     | Instituto Guatemalteco de Seguridad Social                                      |
| INE      | Instituto Nacional de Estadística   |
| INTERDEM | Instituto Internacional de Estudios de la Mujer                                 |

|          |   |
|----------|---|
| ISR      | Impuesto sobre la renta   |
| MP       | Ministerio Público  |
| MSPAS    | Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social                                 |
| ODM      | Objetivos de Desarrollo del Milenio   |
| OEA      | Organización de Estados Americanos  |
| OMS      | Organización Mundial de la Salud  |
| ONG      | Organización No Gubernamental   |
| ONU      | Organización de las Naciones Unidas   |
| OPM      | Organización Panamericana de la Salud   |
| OSAR     | Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva                                     |
| PEG      | Programa de Extensión de Cobertura  |
| PLANEA   | Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes y Jóvenes de Guatemala |
| PNC      | Policía Nacional Civil  |
| PNSR     | Programa Nacional de Salud Reproductiva   |
| RMM      | Razón de Mortalidad Materna   |
| SEGEPLAN | Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia                    |
| SIGSA    | Sistema de Información Gerencial en Salud                                       |
| UNESCO   | Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura  |

# BIBLIOGRAFÍA

---

- Acosta, M. (2010). *La inconstitucionalidad de la despenalización del aborto en México*. Morelia: Centro de Estudios Universitarios Sor Juana Inés.
- Acuerdo Gubernativo No. 102-2015 de la Presidencia de la República de Guatemala. (2015). *Política nacional de comadronas de los cuatro pueblos de Guatemala 2015-2025*. Guatemala.
- Acuerdo Gubernativo No. 173-2012 de la Presidencia de la República de Guatemala. (2012). *Política nacional de juventud 2012-2020*. Guatemala.
- Acuerdo Gubernativo No. 302-2009 de la Presidencia de la República de Guatemala. (2009). *Política nacional de promoción y desarrollo integral de las mujeres y plan de equidad y oportunidades 2008-2023*. Guatemala.
- Alejandra, L., Arribeltz, G., Alemán, A., Carril, E., & Rey, G. (2011). La realidad social y sanitaria del aborto voluntario en la clandestinidad y la respuesta institucional del sector salud en Uruguay. En *(Des)penalización del aborto en Uruguay: Prácticas, actores y discursos. Abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja* (págs. 65-110). Montevideo: Universidad de la República de Uruguay.
- Alvarado Castillo, W. (2005). *Estudios sistemático del constitucional derecho a la vida y la concepción doctrinaria y jurídica del aborto como su negación*. Guatemala: Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. USAC.
- Alvarado, C. (21 de noviembre de 2005). Iglesia tomaría medidas si Ley de Planificación Familiar cobra vigencia. *El Periódico*, pág. 7.
- Alvarado, H. (21 de diciembre de 2013). Cierrán clínica por abortos. *Prensa Libre*. Obtenido de [http://www.prensalibre.com/noticias/justicia/Cierran-clinica-abortos\\_0\\_1051694859.html](http://www.prensalibre.com/noticias/justicia/Cierran-clinica-abortos_0_1051694859.html)
- Álvarez, C. (8 de febrero de 2016). Anticonceptivos modernos causan revuelo en Ley de la Juventud. *Prensa Libre*, pág. 9.
- Argueta, D. (2010). *Análisis Hemerográfico de los titulares de hechos violentos publicados en las portadas de los medios escritos El Periódico y Prensa Libre durante los 31 días del mes de enero de 2009*. Guatemala: Escuela de Ciencias de la Comunicación. Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Asamblea General de Naciones Unidas. (1994). *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Nueva York: ONU.
- Asamblea General de Naciones Unidas. (1994). *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Documento A/171/13,. Nueva York: ONU.
- Asamblea General de Naciones Unidas. (1999). *Key actions for the future implementation of the programme of action of the ICPD*. Nueva York: ONU.
- Asociación de Mujeres Tierra Viva. (2013). *Informe de Monitoreo de Salud Reproductiva de las Mujeres en Guatemala*. Guatemala: Studio HA.
- Aziz Valdez, J. (12 de abril de 2016). ¿Aborto o anticoncepción? ¿72 son suficientes? *Siglo 21*, pág. 16. Obtenido de <http://www.s21.gt/2016/04/aborto-anticoncepcion-72-suficientes/>

- Balcells, J. (1994). Los métodos en las ciencias sociales. En *En el libro La investigación social. Introducción a los métodos y las técnicas*. Barcelona: Editorial Escuela Superior de Relaciones Públicas. PPU.
- Barreiro, B. (1998). *Democracia y conflicto moral : la política del aborto en Italia y España*. Madrid: Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones. Universidad Autónoma de Madrid.
- Bermúdez, C. (2005). *Doctrina de la Iglesia y despenalización del aborto. Algunas reflexiones*. México.
- Bertand, J., & Escudero, G. (2002). Postabortion care. En *Compendium of indicators for evaluating reproductive health programs. Measure Evaluation Manual Series*. Carolina del Norte: Chapel Hill.
- Billings, D., Hessini, L., & Andresen Clark, K. (2010). *Guía de grupos focales para explorar el estigma con relación al aborto*. Washington: IPAS.
- Blasquez, N. (1977). *El Aborto: No matarás*. Guatemala: Católica.
- Briones, G. (2002). *Epistemología de las Ciencias Sociales*. Bogotá: ARFO Editores e Impresores Ltda.
- Busdygan, D. (2013). *Sobre la Despenalización del Aborto*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata.
- Cabanellas de Torres, G. (2006). *Diccionario Juridico Elemental*. Recuperado el 10 de agosto de 2014, de <http://es.scribd.com/doc/27671641/Diccionario-Juridico-de-Guillermo-cabanellas-de-Torres>
- Calandra, D. (1980). *Aborto estudio clínico psicológico social y jurídico*. Madrid: Editorial Médica.
- Carril, E., & López, A. (2008). *Entre el alivio y el dolor. Mujeres, aborto voluntario y subjetividad*. Montevideo : Trilce.
- Castañeda, M. (2003). *Interrupción voluntaria del embarazo. Reflexiones teóricas, filosóficas y políticas*. México: Universidad Autónoma de México - CEIICH.
- Castillo, M. (29 de agosto de 2016). Indigna hallazgo de feto a un costado de escuela. *Prensa Libre*, pág. 19.
- Choc, D. (29 de mayo de 2014). Salud de la mujer está en riesgo. *Siglo XXI*, pág. 6.
- CIESAR - MSPAS. (2005). Expansión de la atención postaborto en 22 hospitales departamentales de Guatemala: 18 meses de resultados. *Boletín del Programa Nacional de Atención Postaborto*, 1(4).
- CIESAR. (2004). *Disponibilidad y calidad de la atención postaborto en Guatemala*. Recuperado el 12 de agosto de 2016, de <http://www.ciesar.org.gt/es/pub/>
- CIESAR. (2011). *Disponibilidad y calidad de la atención postaborto en Guatemala*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Cifrián, C., Martínez, C., & Serrano, I. (1986). *La cuestión del aborto*. Barcelona: Icaria Editorial, S.A. .
- Conferencia Episcopal de Guatemala. (febrero de 2016). *Comunicado de la CEG ante la enmienda a la Ley Nacional de la Juventud*. Obtenido de <http://www.iglesiacatolica.org.gt/20160208.pdf>
- CONJUVE. (2012). *Plan nacional de prevención de embarazos en adolescentes y jóvenes 2013-2017*. Guatemala: Serviprensa.
- Constitución Política de la República de Guatemala. (1985). Guatemala.

- Contreras, G. (3 de julio de 2013). Guatemala, contra el aborto y matrimonio entre homosexuales. *Prensa Libre*. Recuperado el 14 de octubre de 2014, de [http://www.prensalibre.com/noticias/politica/Guatemala-aborto-matrimonio-homosexuales\\_0\\_931107150.html](http://www.prensalibre.com/noticias/politica/Guatemala-aborto-matrimonio-homosexuales_0_931107150.html)
- Corzo Torres, C. R. (2011). *Legalización del aborto en Guatemala desde un enfoque actualizado*. Guatemala: Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas. USAC.
- Corzo, C. (2011). *Legalización del aborto en Guatemala desde un enfoque actualizado*. Guatemala: Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. USAC.
- Cruz, J. (1992). *Tópicos Abortistas*. Madrid: Editorial Acción Familiar.
- Cunningham, G. (2015). *Gineco-obstetricia*. México: McGraw-Hill.
- Decreto del Congreso de la República de Guatemala No 42-2001. (2001). *Ley de Desarrollo Social*. Guatemala.
- Decreto del Congreso de la República de Guatemala No. 17-73. (1973). *Código Penal*. Guatemala.
- Decreto del Congreso de la República de Guatemala No. 32-2010. (2010). *Ley para la maternidad saludable*. Guatemala.
- Decreto del Congreso de la República de Guatemala No. 87-2005. (2005). *Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar*. Guatemala.
- Delgado Gustavson, V. (2009). *Decisiones sobre natalidad en mujeres con experiencia de aborto inducido*. Lima: Facultad de Ciencias Sociales. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Durán, J., & González Vélez, A. (2009). *Causal Salud, Interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos*. Bogotá: Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir.
- Dworkin, R. (1994). *El dominio de la vida*. Barcelona: Ariel.
- Easton, D. (1999). *Esquema para el análisis político*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Elías, J. (9 de septiembre de 2015). Jimmy Morales rechaza la marihuana, el matrimonio gay y el aborto. *El Periódico*. Recuperado el 10 de septiembre de 2016, de <http://elperiodico.com.gt/2015/09/09/pais/jimmy-morales-rechaza-la-marihuana-el-matrimonio-gay-y-el-aborto/>
- Emmerich, G. (1997). *Metodología de la ciencia política*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Engelhardt, H. T. (abril de 1974). The ontology of abortion. *Ethics*, 84(3), 220.
- Erviti, J. (2005). *El aborto entre mujeres pobres. Sociología de la experiencia*. Cuernavaca: Universidad Nacional Autónoma de México. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- España, M. J. (25 de agosto de 2016). Aborto ¿opción para niñas embarazadas tras violación? *Diario Digital*. Recuperado el 31 de agosto de 2016, de <http://diariodigital.gt/2016/08/aborto-opcion-ninas-embarazadas-tras-violacion/>

- Estrada Martínez, R. (2000). *Análisis jurídico del delito de aborto contenido en la legislación guatemalteca*. Guatemala: Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. USAC.
- Farfan, O. (1997). Información y consejería en planificación familiar postaborto: experiencia en cuatro hospitales de Centro América. *Revista Centro Americana de Ginecología y Obstetricis*, 46–56.
- FECASOG. (2000). *Consenso centroamericano sobre la utilización de procedimientos quirúrgicos para la evaluación uterina del aborto incompleto*. San José: FECASOG.
- Fernández Acevedo, G. (mayo de 1992). Aborto, ¿legal? *Revista de la Facultad de Derecho*(2).
- Gallino, L. (2005). *Diccionario de Sociología* (Tercera ed.). México: México: Siglo XXI Editores.
- Gándara, N. (9 de marzo de 2014). Guatemaltecas demandan seguridad y un empleo digno. *Siglo XXI.*, pág. 5.
- García Vitoria, A. (1981). *El tipo básico de aborto*. Pamplona : Editorial Arazandi.
- Germain, A., & Kim, T. (1999). *Incrementando el acceso al aborto seguro: estrategias para la acción*. Nueva York: International Women’s Health Coalition.
- Giarretto, M. (2001). *Aborto, un intento de recuperar la cuestión política y cultural*. (F. d. Plata, Ed.) Recuperado el 30 de julio de 2016, de <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.470.pdf>
- Gómez, F. (12 de julio de 2013). Biopolítica del machismo. *Prensa Libre*, pág. 13.
- González de la Vega, F. (1981). *Derecho penal mexicano*. México: Porrúa.
- González Sanchez, M. (2009). *El comienzo y el final de la vida: Fundamentos religiosos para la objeción de la consciencia. Libertad de consciencia y derecho sanitario en España y Latinoamérica*. Madrid.
- González Vélez, A. (2011). *Una mirada analítica a la legislación sobre interrupción del embarazo en países de Iberoamérica y el Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL.
- González Vélez, A. (2011). *Una mirada analítica a la legislación sobre interrupción del embarazo en países de Iberoamérica y el Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Grajeda, R. ( 1995). *Estudio multicentro sobre el aborto. País Guatemala*. Guatemala: OMS/INCAP.
- Gramajo, J. (7 de febrero de 2016). Aborto e ISR detienen ley de la juventud. *Prensa Libre*, pág. 3.
- Gramajo, J. (17 de octubre de 2016). Iniciativas van de lo trivial a lo gracioso. *Prensa Libre*, pág. 4.
- Gramajo, J. (14 de marzo de 2016). Ley de la Juventud será modificada. *Prensa Libre*, pág. 3.
- Granelli, R. (2011). *La penalización del aborto en Nicaragua. Una práctica de feminicidio de Estado*. Granada: Universidad de Granada.
- Guttmacher Institute. (2003). *Encuesta a Profesionales de la Salud*. Guatemala: Guttmacher Institute.
- Guttmacher Institute. (2005). *Aborto y atención postaborto en Guatemala: Informe de profesionales de la salud e instituciones de salud*. Nueva York: Guttmacher Institute.
- Guttmacher Institute. (2006). *Embarazo no planeado y aborto inseguro en Guatemala: Causas y consecuencias*. Nueva York: Guttmacher Institute.

- Hemeroteca Digital Prensa Libre. (2 de mayo de 2016). La dura realidad de las madres del área rural. *Prensa Libre*. Obtenido de <http://www.prensalibre.com/hemeroteca/la-dura-realidad-de-las-madres-del-area-rural>
- Hopp, C. (2008). La penalización del aborto: un tipo penal injusto. *Lecciones y Ensayos*(84), 113-133.
- Hurtado Pozo, J. (1994). *Manual de derecho penal. Parte especial 2: aborto*. Lima: Ediciones Juris.
- Instituto Nacional de Estadística. (2002). *Censo 2002: XI de Población y VI de Habitación*. Recuperado el 23 de julio de 2016, de [http://www.ine.gob.gt/content/consul\\_2/pob/censo2002.pdf](http://www.ine.gob.gt/content/consul_2/pob/censo2002.pdf)
- Ipas. (2005). *Commitments for Abortion Care in Latin America: The Unfinished Agenda*. Recuperado el 7 de septiembre de 2016, de [http://www.ipas.org/Publications/asset\\_upload\\_file332\\_2451.pdf](http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file332_2451.pdf).
- Itarte, N. (2015). *Derecho a la vida vs. aborto*. Girona: Universidad de Girona.
- Jaime, F., Dufour, G., Alessandro, M., & Amaya, P. (2013). *Introducción al análisis de Políticas Públicas*. Argentina: Universidad Nacional Arturo Jauretche.
- Jasis, M. (2002). *Todo lo que tu preguntas*. México: Centro Mujeres.
- Jiménez, E. (1988). *Enfoques Teóricos para el análisis político*. México: Instituto Federal Electoral.
- Kant, I. (1977). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Madrid: Austral.
- Kestler, E., & Valencia, L. (2004). *Disponibilidad y calidad de la atención postaborto en Guatemala*. Recuperado el 12 de agosto de 2016, de <http://www.ciesar.org.gt/es/pub/>
- Kumar, A., Hessini, L., & Mitchell, E. (2009). *Conceptualizing abortion stigma*. Recuperado el 14 de octubre de 2014, de *Culture, Health & Sexuality*,: <http://www.newsmedical.net/news/20110630/17048/Spanish.aspx>
- Labatut, G. (1983). *Derecho Penal, Tomo II, Parte Especial*. Santiago: Editorial Jurídica de Chile.
- Lagarde, M. (1990). *Identidad Femenina*. . México: CIDHAL .
- Lagarde, M. (2003). *La Condición Humana De Las Mujeres*. México: Universidad Autónoma de México.
- Lamas, M. ( enero-abril de 2005). Nuevos Horizontes de la interrupción Legal del Embarazo. *Desacatos. Revista de Antropología Social*, 57-77.
- León, J. (3 de abril de 2016). La píldora del día después, ¿debe usarse en caso de violación sexual? *Prensa Libre*, pág. 9.
- Lilienfeld, R. (1984). *Teoría de Sistemas*. México: Editorial Trillas.
- Longo, M. J. (8 de junio de 2016). Hombre es ligado a proceso sindicado de planificar aborto. *Prensa Libre*, pág. 7.
- Longo, M. J. (9 de 2016 de febrero ). Condenan a comadrona por haber forzado aborto. *Prensa Libre*, pág. 16.
- López, S. (2014). *La despenalización del aborto con ocasión de una violación*. Quetzaltenango: Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad Rafael Landívar.

- Losada, R., & Casas, A. (2008). *Enfoques para el análisis político. Historia, epistemología y perspectivas de la ciencia política*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Luna, F., & Salles, A. (1995). *Decisiones de vida y muerte*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Maldonado, J. (25 de julio de 2014). Guatemala es el más desigual de la región, dice informe del PNUD. *Siglo XXI*, pág. 10.
- Mansilla, F., & Corzo, S. (27 de octubre de 2010). *Tras el rastro de clínicas abortivas en Guatemala*. Recuperado el 30 de agosto de 2016, de <https://thelikefrom.wordpress.com/2010/10/27/tras-el-rastro-de-clinicas-abortivas-en-guatemala/>
- Mayo Abad, D. (Mayo-Agosto de 2002). Algunos aspectos histórico-sociales del aborto. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología (On line)*, 28(2). Recuperado el 15 de septiembre de 2016, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2002000200012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2002000200012)
- Mazariegos Roca, M. (2006). *Responsabilidad penal de delito de aborto en mujeres menores de edad*. Guatemala: Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. USAC.
- Méndez, D. (2012). *Análisis Jurídico del Aborto Procurado en el Municipio de Guatemala*. Guatemala: Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. USAC.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2011). *Estudio Nacional de Mortalidad Materna*. Guatemala: Serviprensa.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social . (2003). *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002*. Guatemala.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2003). *Informe Final: Línea Basal de Mortalidad Materna para el Año 2000*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2010). *Plan de Acción para la reducción de la mortalidad materna neonatal y mejoramiento de la salud reproductiva 2010-2015*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2011). *Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2007*. Guatemala: Serviprensa.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Determinantes del Aborto Inseguro y Barreras de Acceso para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Mujeres Colombianas*. Bogotá: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Miranda, R. (15 de diciembre de 2015). Madre obliga a su hija a abortar; padre la habría ultrajado. *Prensa Libre*, pág. 21.
- Miranda, R. (22 de febrero de 2016). Identifican cadáver de adolescente degollada en El Asintal. *Prensa Libre*, pág. 18.
- Mirarchi, L. (s.f.). *Cuestiones jurídicas y bioéticas entorno a la Muerte*. Recuperado el 26 de agosto de 2016, de <http://muerte.bioetica.org/mono/mono4.htm>
- Molina, C. (2006). *El derecho al aborto en Colombia*. Medellín: Universidad de Medellín.

- Montufar, C. R. (2006). *Constitucionalismo y limitaciones a los derechos ilimitados*. Buenos Aires.
- Múgica, F., & Kroker, R. (2003). *George Simmel: Civilización y Diferenciación Social (III)*. España: Universidad de Navarra.
- Muñoz, G. (25 de abril de 2016). Mujeres contagiadas de zika dieron a luz niños sanos. *Prensa Libre*, pág. 7.
- Muñoz, G., & Hernández, M. (5 de septiembre de 2016). Informe de la ONU señala inacción en derechos de discapacitados. *Prensa Libre*, pág. 6.
- Muñoz, G., & Pitán, E. (3 de mayo de 2016). Observatorio advierte de incremento de niñas embarazadas. *Prensa Libre*, pág. 8.
- Neeson, J. (1989). *Consultor de Enfermería Obstetrica*. Madrid: Oceano.
- Oquendo, J. D. (22 de noviembre de 2015). El sí de las niñas (el Decreto 8-2015 en tres actos). *El Periódico*, pág. 9.
- Oquendo, J. D. (9 de septiembre de 2015). Jimmy Morales rechaza la marihuana, el matrimonio gay y el aborto. *El Periódico*, pág. 3.
- Organización de las Naciones Unidas. (1993). *Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Declaración y Programa de Acción de Viena*. Viena.
- Organización de las Naciones Unidas. (1993). *Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Declaración y Programa de Acción de Viena*. Viena.
- Organización de las Naciones Unidas. (1994). *Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. Programa de Acción, cap. VIII, Salud, morbilidad y mortalidad. Medidas que deben adoptar los gobiernos, Artículo 8.25*. 1994: El Cairo.
- Organización de las Naciones Unidas. (1995). *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Beijing.
- Organización de las Naciones Unidas. (2000). *Declaración del Milenio*. Nueva York.
- Organización de las Naciones Unidas. (2003). *Contraceptive Use 2003*. Recuperado el 19 de septiembre de 2014, de [www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2003/WallChart\\_CP2003.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2003/WallChart_CP2003.pdf)
- Organización de las Naciones Unidas. (2014). *Reproductive Health Policies*. Recuperado el 6 de septiembre de 2016, de [http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/ReproductiveHealthPolicies2014\\_WallChart.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/ReproductiveHealthPolicies2014_WallChart.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (1995). *Complicaciones del aborto, Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Derogación del Aborto Terapeutico en Nicaragua: Impacto en salud*. Recuperado el 15 de septiembre de 2016, de <http://www.movimientoautonomodemujeres.org/archivos/38.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Montevideo: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2015*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Adelantos programáticos de la OPS y estrategias para la incorporación de la perspectiva de género*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). *El Derecho a la Salud de los Jóvenes y las Identidades de Género: Hallazgos, tendencias y medidas estratégicas para la acción en salud pública*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Palacios, C. (2 de septiembre de 2016). ¿Una propuesta para despenalizar el aborto? No, una propuesta para reparar a las víctimas de la violencia sexual. *La Hora*. Recuperado el 14 de septiembre de 2016, de <http://lahora.gt/una-propuesta-despenalizar-aborto-no-una-propuesta-reparar-las-victimas-la-violencia-sexual/>
- Partido Patriota. (2011). *Plan de Gobierno 2012-2016. Agenda del Cambio*. Guatemala.
- Pellecer, L. (2009). Vida interrumpida. *Revista Dominical de Prensa Libre*(51), 5.
- Peña Cabrera, R. (1992). *Tratado de Derecho Penal. Parte Especial I.*. Lima: Ediciones Jurídicas.
- Pérez, S. (7 de junio de 2006). CC deja vigente la Ley de Planificación. *Prensa Libre*, pág. 4.
- Prada, E., Kestler, E., Sten, C., Dauphinee, L., & Ramírez, L. (2005). *Aborto y atención postaborto en Guatemala: Informe de profesionales de la salud e instituciones de salud*. Nueva York: Guttmacher Institute.
- Programa Nacional de Atención Postaborto. (2005). Programa Nacional de Atención Postaborto, Evaluando la calidad de la prestación de servicio en la atención postaborto (APA) en Guatemala. *Boletín del Programa Nacional de Atención Postaborto*, 1(4).
- Rawls, J. (1993). *Political Liberalism*. Nueva York: Columbia University Press.
- Rawls, J. (2001). Una revisión de la idea de razón pública. En *Derechos de gentes*. Barcelona : Paidós.
- Rawls, J. (2004). *La Justicia como equidad. Una reformulación*. Buenos Aires: Paidós.
- Rawls, J. (2007). *Lectures on the History of Political Philosophy*. Boston : Harvard University Press, Cambridge Mass.
- Redacción. (22 de agosto de 2016). Pedirán legalizar aborto. *Siglo Veintiuno*, pág. 7.
- Rivadeneira, L. (2001). *Guatemala: Población y Desarrollo. Un Diagnóstico Sociodemográfico*. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.

- Rivas, M., & Amuchstegui, A. (1998). *Voces e historias sobre el aborto*. México: Edamex.
- Rivera, N. (2008). *El aborto y la situación de la pildora del día después en el Ecuador*. Cuenca: Facultad de Ciencias Jurídicas. Universidad del Azuay.
- Rojas Soriano, R. (1989). *Investigación social teoría y praxis*. México: Editorial Plaza y Valdez.
- Sáenz de Tejada, S., Prada, E., & Ball, G. (2006). *Morbilidad por aborto en Guatemala: una visión de la comunidad. Informe Ocasional*. Nueva York: Guttmacher Institute.
- Sánchez-Cordero, J., & Velásquez, A. (1980). *El Aborto, un enfoque multidisciplinario*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Santiso-Galvez, R., & Bertrand, J. (2004). *The delayed contraceptive revolution in Guatemala*. Boston: Human Organization.
- Secretaría de Salud. (2009). *Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo y manejo inicial del aborto recurrente*. México: Centro Nacional de Excelencia en Tecnología en Salud. Recuperado el 15 de septiembre de 2016, de [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/088\\_GPC\\_Abortoespyrecurrente/ABORTO\\_EVR\\_CENETEC.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/088_GPC_Abortoespyrecurrente/ABORTO_EVR_CENETEC.pdf)
- Sedgh, G. (2007). Induced abortion: estimated rates and trends worldwide." *The Lancet*(370), 1338 – 1345.
- SEGEPLAN. (2012). *Orientaciones Estratégicas de Política 2012-2014*. Guatemala.
- SEGEPLAN. (2013). *Orientaciones Estratégicas de Política 2014-2016*. Guatemala.
- SEGEPLAN. (2015). *Informe Anual de la Política de Desarrollo Social y Población 2015*. Guatemala: Serviprensa.
- Singh, S., Prada, E., & Kestler, E. (2006). *Aborto inducido y embarazo no planeado en Guatemala*. Recuperado el 13 de julio de 2015, de <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3213606S.pdf>
- Singh, S., Prada, E., & Kestler, E. (2006). *Aborto inducido y embarazo no planeado en Guatemala*. Recuperado el 28 de agosto de 2016, de <http://www.ciesar.org.gt/es/archivo/saludMaterna/aborto/Aborto%20inducido%20y%20embarazo%20no%20deseado%20Guatemala.pdf>
- Slowing, K. (2010). Gender Equality and Empowerment of Women in the Context of the Implementation of the Millennium Development Goals. *Disertación presentada en la Serie de sesiones de alto nivel del Consejo Económico y Social de 2010*. Nueva York .
- smtdev. (1 de agosto de 2011). Clínicas ilegales cobran desde Q1,800 hasta Q4 mil por un aborto inducido. *Diario La Hora*. Obtenido de <http://lahora.gt/hemeroteca-lh/clinicas-ilegales-cobran-desde-q1800-hasta-q4-mil-por-un-aborto-inducido/>
- The Alan Guttmacher Institute . (1994). *Aborto clandestino: una realidad latinoamericano*. Nueva York: The Alan Guttmacher Institute.
- Torres Rivas, E. (21 de febrero de 2016). La importancia de la educación sexual. *El Periódico*, pág. 11.

- Vargas, Y. (2008). Tradicion, familia y propiedad: Derechos del niño por nacer. *Boletín cultural informativo*(16).
- Vásquez, B. (25 de febrero de 2014). Detienen a médico y a su hija por practicar abortos. *Prensa Libre*. Obtenido de [http://www.prensalibre.com/noticias/justicia/aborto-medico\\_e\\_hija\\_detenidos-clinica\\_en\\_zona\\_3-agente\\_encubierta\\_0\\_1091291016.html](http://www.prensalibre.com/noticias/justicia/aborto-medico_e_hija_detenidos-clinica_en_zona_3-agente_encubierta_0_1091291016.html)
- Vásquez, C. (8 de julio de 2013). Cuerpos Ajenos. *Prensa Libre*, pág. 11.
- Vásquez, V. (16 de junio de 2016). Cada mes mueren 32 mujeres al dar a luz. *Siglo Veintiuno*, pág. 6.
- Villatoro, E. (2006). *El derecho a la vida del nonato*. Guatemala: Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. USAC.