



**FACTORES ASOCIADOS A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN  
COLOMBIA: ANÁLISIS A PROFUNDIDAD A PARTIR DE LA ENCUESTA NACIONAL  
DE DEMOGRAFÍA Y SALUD 2015**

**AUTOR**

Juan Camilo Urrego Reyes

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO  
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**UNIVERSIDAD CES  
FACULTAD DE MEDICINA**

**MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA**

**BOGOTÁ, OCTUBRE 22 DE 2019**

**FACTORES ASOCIADOS A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN  
COLOMBIA: ANÁLISIS A PROFUNDIDAD A PARTIR DE LA ENCUESTA NACIONAL  
DE DEMOGRAFÍA Y SALUD 2015**

**Trabajo de investigación para optar al título de  
MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA**

**Presentado por  
Juan Camilo Urrego Reyes**

**Tutor metodológico  
Gloria Sierra**

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO  
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**UNIVERSIDAD CES  
FACULTAD DE MEDICINA**

**MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA**

**BOGOTÁ, OCTUBRE 22 DE 2019**

**La Universidad del Rosario y la Universidad CES no se hacen responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia**

## TABLA DE CONTENIDO

<b>RESUMEN .....</b>	<b>6</b>
<b>1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....</b>	<b>7</b>
1.1 Planteamiento del problema.....	7
1.2 Justificación.....	12
1.3 Pregunta de investigación.....	14
<b>2. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>15</b>
2.1 Interrupción voluntaria del embarazo.....	15
2.2 Factores sociodemográficos asociados a la interrupción voluntaria del embarazo .....	18
2.3 Factores ginecológicos asociados a la interrupción voluntaria del embarazo .....	18
2.4 Prácticas violentas asociadas a la interrupción voluntaria del embarazo .....	20
2.5 Factores educativos asociados a la interrupción voluntaria del embarazo.....	21
2.6 Autonomía en la interrupción voluntaria del embarazo.....	22
2.7 Factores económicos asociados a la interrupción voluntaria del embarazo .....	22
2.8 Marco legal .....	23
<b>3. ANTECEDENTES .....</b>	<b>25</b>
3.1 Factores sociodemográficos.....	25
3.2 Factores ginecológicos.....	27
3.3 Prácticas violentas .....	28
3.4 Factores educativos .....	29
3.5 Autonomía.....	31
3.6 Factores económicos.....	31
<b>4. OBJETIVOS.....</b>	<b>33</b>
4.1 Objetivo General .....	33
4.2 Objetivos Específicos.....	33
<b>5. METODOLOGÍA .....</b>	<b>34</b>
5.1 Enfoque del estudio .....	34
5.2 Tipo de estudio .....	34
5.3 Tipo de población.....	34
5.3.1 Población de referencia.....	34
5.3.2 Población de estudio .....	34
5.3.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	34
5.4 Diseño muestral .....	35
5.4.1 Tipo de muestreo y tamaño de muestra.....	35
5.5 Descripción de variables.....	35
5.5.1 Variables .....	35
5.5.2 Diagrama de variables.....	36
5.5.3 Tabla de variables.....	37
5.6 Técnicas de recolección .....	39
5.6.1 Fuente de la información.....	39
5.6.2 Proceso de recolección .....	40

5.7	Prueba Piloto.....	40
5.8	Control de sesgos y errores.....	40
5.9	Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	42
5.9.1	<i>Procesamiento de los datos</i> .....	42
5.9.2	<i>Análisis estadístico</i> .....	42
5.10	Plan de divulgación de resultados.....	44
5.11	Consideraciones éticas.....	45
<b>6.</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>47</b>
6.1	Describir las características sociodemográficas de la población de estudio.....	47
6.2	Representación geográfica de la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres entre 13-49 años en Colombia.....	55
6.3	Analizar las diferencias respecto a las variables sociodemográficas, gineco-obstétricas y económicas, entre las mujeres que presentaron interrupción voluntaria del embarazo y aquellas que tuvieron embarazo con nacido vivo.....	58
6.4	Identificar los patrones diferenciales respecto a los tipos de violencia, autonomía y educación; entre las mujeres que presentaron interrupción voluntaria del embarazo y aquellas que tuvieron embarazo con nacido vivo.....	58
6.5	Medidas de impacto para los factores asociados a la interrupción voluntaria del embarazo.....	61
6.6	Factores que explican la presentación de la interrupción voluntaria del embarazo en las mujeres de 13-49 años en Colombia.....	61
<b>7.</b>	<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>65</b>
<b>8.</b>	<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>71</b>
<b>9.</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>74</b>
<b>ANEXO 1</b>	<b>.....</b>	<b>83</b>
<b>ANEXO 2</b>	<b>.....</b>	<b>85</b>

## RESUMEN

**Introducción:** La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es un fenómeno que data de la antigüedad y que ha estado ligado a conceptos de orden moral y religioso. El siglo XX fue fundamental para su reconocimiento desde un enfoque de derechos, el cual pretendió dar completa autonomía a la mujer en la gestión de su salud sexual y reproductiva; por lo que esta práctica fue descriminalizándose paulatinamente en muchos países, y consolidándose como un derecho desde de los marcos normativos. Sin embargo, a pesar de esto, el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos aún sigue siendo vulnerado en muchas partes del mundo, motivo por el cual, anualmente se producen aproximadamente 25 millones de abortos inseguros, siendo casi la totalidad de éstos en países de bajos y medianos ingresos. Factores sociodemográficos, ginecológicos, educativos, económicos, de violencia y de autonomía, se han asociado con este desenlace. En Colombia la sentencia C-355 de 2006 legalizó la IVE en tres circunstancias, empero, continúan presentándose importantes diferencias en el acceso efectivo a ésta, por lo que es necesario establecer un perfil epidemiológico de base e identificar las posibles inequidades, con el fin de intervenirlas y garantizar un ejercicio efectivo del derecho.

**Objetivos:** El objetivo del presente estudio fue determinar los factores asociados a la interrupción voluntaria del embarazo en las mujeres entre 13 a 49 años en Colombia, a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015.

**Metodología:** Es un estudio observacional analítico de tipo transversal que tomó los datos de las 38.718 mujeres encuestadas en la ENDS 2015. El evento de interés fue la interrupción voluntaria del embarazo a partir del año 2006. Se compararon diversas variables entre las mujeres que presentaron el desenlace y aquellas que no lo tuvieron. Para esto, se establecieron medidas de asociación (OR), impacto (%RAP) y finalmente por medio del análisis multivariado (regresión logística binaria), se buscaron las variables que mejor explicaran el fenómeno (IVE).

**Resultados:** Al analizar los resultados obtenidos, se determinó que el número total de embarazos (ORa 4,09; IC95% 3,37-4,98), el estado civil (ORa 2,77; IC95% 1,91-4,02), la escolaridad (ORa 1,48; IC95% 1,02-2,14), la edad de la primera relación sexual (ORa 0,86; IC95% 0,80-0,92) y el número de parejas sexuales (ORa 1,10; IC95% 1,05-1,15); aparecen como los factores que mejor explican la interrupción voluntaria del embarazo en las mujeres entre 13-49 años en Colombia.

**Discusión:** Los hallazgos obtenidos fueron consistentes con la evidencia reportada hasta el momento. Las conductas sexuales muestran tener una importante asociación con el desenlace, por lo tanto, es fundamental promover una sexualidad responsable y continuar trabajando en la disminución del embarazo no deseado. Así mismo, la asociación entre mayor escolaridad con la IVE sugiere que el proyecto de vida tiene un papel preponderante en la decisión de la mujer. A partir de estos resultados, es importante que se establezcan intervenciones para disminuir situaciones de vulnerabilidad y garantizar por otro lado, que todas las mujeres puedan ejercer autónomamente su derecho a la IVE.

**Palabras Clave:** Induced abortion, Unintended Pregnancy, Contraception

## 1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

### 1.1 Planteamiento del problema

La interrupción voluntaria del embarazo o el aborto inducido, es un fenómeno universal e histórico que ha estado supeditado a conceptos de orden político, moral, religioso y cultural (1); motivo por el cual, ha tenido una carga importante de estigmatización y controversia que lo constituye no solo en un problema de salud pública, sino también en un problema social y político(2).

Durante el siglo XX y XXI, la reivindicación de los derechos de la mujer y más tarde la lucha por reconocer sus derechos sexuales y reproductivos, generaron que muchos países legalizaran esta práctica en el mundo; ofreciendo medidas terapéuticas definitivas para la interrupción voluntaria del embarazo, en donde las condiciones seguras se ven priorizadas con el fin de proteger la salud de la mujer y disminuir el riesgo de complicaciones físicas y psicológicas secundarias a este procedimiento.

Cabe señalar que, a pesar de estos avances, la mayoría de los países en la actualidad no gozan de políticas que garanticen el derecho de las mujeres para acceder a la interrupción voluntaria del embarazo, lo cual obliga a millones de éstas al año, a llevar a cabo abortos bajo condiciones inseguras con los riesgos que esto implica. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido el aborto inseguro como “una intervención destinada a la interrupción de un embarazo practicada ya sea por personas que carecen de la preparación necesaria o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas, o ambas cosas a la vez”(3).

Se estima que durante 2010-2014 se presentaron un promedio de 56 millones de abortos anuales a nivel mundial(4). Así mismo, se estableció que aproximadamente un 25% de los embarazos en todo el mundo terminaron en aborto inducido y casi un 50% de éstos (25 millones), se presentaron bajo condiciones inseguras. Lo más crítico en este punto es que del total de abortos inseguros, un 98% de ellos se presentan en países en desarrollo(5). Adicionalmente, la OMS estima que un 13% de la mortalidad materna se debe a abortos inseguros(6). Según cálculos, en el 2008 los abortos inseguros contribuyeron con aproximadamente 47 mil muertes maternas y con más de 5 millones de complicaciones, siendo la mayoría de ellas en países en vía de desarrollo(7).

Los datos con los que se cuenta respecto a la interrupción voluntaria del embarazo provienen en su mayoría de países de ingresos altos y con marcos legales amplios en donde los sistemas de información -de alta calidad- permiten llevar una vigilancia rigurosa del evento. Sin embargo, esta situación no es la misma para la mayoría de regiones, por lo que las cifras respecto al aborto legal o ilegal, podrían estar subestimadas para gran parte de los países de mediano y bajo ingreso, que conviven con marcos normativos mucho más restrictivos y en donde la sanción social para las mujeres que toman esta decisión es mucho más severa (8).

Es difícil cuantificar de manera precisa el impacto en salud que tiene el aborto. La morbi-mortalidad relacionada con abortos inducidos es difícil de establecer, pues se ve afectada por la calidad de reporte y el lugar donde ocurre. En los países donde es ilegal esta práctica, la sanción legal y social, retrasa la consulta a los servicios de salud de las mujeres que tienen complicaciones secundarias al procedimiento (9). Así mismo, debido a la carga moral que tiene, muchos profesionales de la salud optan por reportar las complicaciones o muertes relacionadas con este procedimiento bajo diagnósticos clínicos alternativos (hemorragia vaginal, sepsis, enfermedad pélvica inflamatoria, traumas tracto genital inferior); lo que no permite visualizar el fenómeno de forma completa (10).

Uno de los ejemplos de la influencia del marco legal y la estigmatización en los patrones de comportamiento, lo constituyen Irlanda e Inglaterra. Históricamente el aborto se criminalizó en ambos países desde 1861. Sin embargo, en 1967 Inglaterra por medio del acta de aborto, legalizó éste (antes de semana 28) y fue regulado a través del National Health Service. Esta misma situación no ocurrió en Irlanda donde la interrupción del embarazo continuó siendo prohibida y sancionada; hecho que obligó a miles de mujeres a viajar al vecino país para acceder a estos servicios sin ser criminalizadas(11). Estadísticas del 2008 mostraban un promedio de 12 mujeres irlandesas que diariamente viajaban para acceder a interrupciones del embarazo. Finalmente, mientras que en el 2016 se realizaban más de 190 mil abortos en Inglaterra, en Irlanda este derecho seguía siendo negado por medio de estrictas leyes (12). La historia de esta nación fervientemente católica permite visualizar el impacto que tiene la religión en la concepción de ciertos derechos y los tabúes que se generan en torno a esto. Así mismo, demuestra como algunas medidas prohibitivas en salud pueden estimular fenómenos sociodemográficos, en este caso la migración de miles de mujeres que buscaban acceder al derecho de la interrupción (13).

Los métodos anticonceptivos constituyen uno de los avances más importantes del siglo XX y uno de los pilares fundamentales en la garantía de los derechos de salud sexual y reproductiva de las mujeres. El uso efectivo de los anticonceptivos es el principal factor que incide de manera directa en el número de embarazos no planeados. Así mismo, su uso está asociado a menores tasas de aborto y esto ocurre principalmente en los países de altos ingresos(14).

La falta de recursos económicos, el poco acceso a servicios de salud, la debilidad en las redes de apoyo, la vulnerabilidad psicológica, la falla de los métodos anticonceptivos, la presión social y ciertos factores culturales(15); pueden predisponer a presentar embarazos no deseados y por ende, en la necesidad de optar por la interrupción voluntaria del mismo. Es importante proteger a las mujeres y generar condiciones de equidad para el ejercicio de sus derechos. Las barreras económicas, informativas, culturales y la dificultad en algunos trámites continúan impidiendo el acceso a los servicios de interrupción legal en muchos países de bajo y mediano ingreso (16). Tener un marco legal no asegura el acceso real, de modo que identificar estas barreras es importante en la búsqueda de la equidad en salud. Una importante proporción de mujeres que están decididas a abortar, lo harán dentro o fuera del marco legal, por lo

que no garantizar este derecho, aumenta –innecesariamente- la probabilidad de tener mayor carga de enfermedad, con el impacto no solo en salud, sino a nivel social y económico que trae esto implícito.

Por lo anterior, la salud sexual y reproductiva es hoy en día uno de los principales focos en las agendas internacionales y los acuerdos que se establecen entre los diferentes países. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible no fueron ajenos a esta problemática y dentro del objetivo 3 relacionado con salud y bienestar, establecen de manera clara para este tema, los siguientes objetivos específicos(17):

- a) Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos
- b) Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.
- c) Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

Desde el punto de vista médico, el aborto es un procedimiento seguro. Se estima que el riesgo de morir al realizarse bajo condiciones óptimas es de tan solo 0,7 por cada 100.000 embarazos (18). Este riesgo es directamente proporcional a la edad gestacional que tenga la mujer al momento de interrupción, llegando a ser de 8,9 por cada 100.000 embarazos después de la semana 21 de gestación(19). El método puede ser mediante tabletas (mifepristona y misoprostol) o instrumentado (aspiración) (20). Las diferencias entonces observadas entre las diferentes regiones del mundo son consecuencia de la desigualdad en el acceso a éste, pero esta desigualdad puede obedecer a diferentes factores según el lugar geográfica que sea analizado.

La interrupción del embarazo tiene un claro impacto económico y está relacionado con los costos de la atención de las mujeres que han tenido complicaciones luego de un aborto generalmente inseguro y que son asumidos finalmente asumidos por los sistemas de salud. Algunos estudios han estimado que el costo anual por cuidados post aborto para África y Latinoamérica en conjunto, estuvo alrededor de \$274 millones de dólares(21). Esto tiene un impacto a nivel macroeconómico, ya que la pérdida de productividad en las mujeres que mueren o presentan alguna discapacidad posterior a este procedimiento, afecta los ingresos de un territorio si se mira de forma agregada. A nivel microeconómico, la interrupciones voluntarias del embarazo, aumentan los gastos en el entorno familiar relacionados con la atención médica y disminuyen los ingresos familiares debido a la falta de productividad de la mujer; lo que pone en riesgo la estabilidad del hogar y aumenta la probabilidad de exposición a condiciones de pobreza (22).

La interrupción voluntaria del embarazo es una decisión personal e íntima pero que ha estado enmarcada bajo una profunda estigmatización, discriminación y victimización de la mujer. En Colombia a pesar de que el aborto fue reglamentado y cubre una amplia gama de situaciones, aún se observa frecuentemente que muchas mujeres no gozan de la autonomía para llevar a cabo el mismo o tienen barreras de diversa índole en su acceso. Cuando se obliga a la mujer a continuar con un embarazo no deseado, sus consecuencias ponen necesariamente a la mujer en situación de desventaja y los derechos a la autodeterminación, a la igualdad y el respeto por la integridad física se ven vulnerados. La salud pública debe velar por garantizar las mejores condiciones de vida para la población y por promover el ejercicio libre de los derechos. Por lo tanto, no debe estar supeditada a conceptos morales que estimulan la discriminación y victimización de un grupo en particular, menos aún, en un Estado que constitucionalmente es laico.

La sentencia C-355 de 2006, expedida por la Corte Constitucional, marcó un hito para la historia de los derechos sexuales y reproductivos de Colombia. El aborto fue despenalizado parcialmente y permitido en tres escenarios: cuando un médico certifica que la vida o la salud de la mujer embarazada está en riesgo; cuando un médico certifica que el feto presenta una malformación incompatible con la vida extrauterina; y cuando el embarazo es resultado de violación o incesto, que haya sido debidamente denunciado ante las autoridades(23). Las diferentes IPS del país están en la obligación de ofrecer estos procedimientos cuando la situación así lo amerite, sin embargo, todavía las mujeres se ven enfrentadas a diversos obstáculos para acceder a estos servicios(24). A pesar de lo anterior, se debe reconocer que el país ha avanzado de forma significativa en torno a las políticas que protegen los derechos sexuales y reproductivos de la población. Los métodos anticonceptivos están hoy en día incluidos en el plan de beneficios del sistema de salud y su uso ha aumentado progresivamente en los últimos 20 años.

A través de la sentencia, Colombia se consolidó como uno de los países de la región que cuenta con uno de los marcos normativos más amplios en torno a la IVE. Desde el punto de vista legal, las mujeres tienen toda la potestad para ejercer libre y autónomamente este derecho, sin ningún tipo de trabas ni dilataciones. Lastimosamente, como se ha hablado previamente, la garantía legal no se ha traducido completamente en una realidad. Miles de mujeres aun no pueden hacer efectivo este derecho. Existen condiciones muy propias de orden socioeconómico, cultural y político que sumadas a la estigmatización y discriminación en ciertas regiones del país; limitan mucho más el acceso a este derecho en una proporción de las mujeres de la población.

En Colombia todavía no se cuenta con un perfil epidemiológico claro de las mujeres que acceden a la IVE. Los datos aún son incompletos y son pocas las instituciones que llevan un registro riguroso y detallado de este evento. Hasta el momento, algunas publicaciones han intentado describir algunas características generales de la población, sin embargo, no hay estudios analíticos que proporcionen información sobre factores asociados a esta práctica. Esta información resulta determinante, pues

permite identificar cuáles son los factores que muestran mayor desigualdad y representan posibles situaciones de vulnerabilidad que impiden ejercer de manera efectiva los derechos reproductivos. No es lo mismo para un país, que solo las mujeres de los quintiles de riqueza más alto o con mayor escolaridad, sean las que pueden acceder a ciertos servicios, pues esto reflejaría profundas inequidades en salud que deben ser objetivo de intervención por parte de diversos actores.

Si bien desde mediados de 2018, Colombia ingresó como país socio de la Organización para Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), muchos de sus fenómenos sociales pueden no parecerse a los de los demás países de medianos y altos ingresos. Hasta el momento, no se conoce si los factores que se asocian a la interrupción voluntaria del embarazo en el país tienen un perfil similar al de los países de altos ingresos, a sus pares de medianos/bajos ingresos o si por el contrario hay un perfil mixto. Establecer una línea de base frente a este evento, es importante para posteriormente promover intervenciones que superen las brechas en salud y generen mayor equidad.

Algunas publicaciones han estimado el número anual de abortos en Colombia entre 320-450 mil(25). Según el Guttmacher Institute, la incidencia de aborto inducido en Colombia para el año 2008 fue 400.400, lo que significaba una tasa anual de 39 abortos por cada 1000 mujeres en edades entre 15 y 44 años(26). Para ese entonces Bogotá tenía una tasa superior a las de otras regiones del país, lo que induce a pensar que pueden existir diferencias regionales ya sea por preferencias o capacidad acceso. Sin embargo, otros estudios realizados posteriormente, sugieren que estas cifras podrían estar altamente sobreestimadas(27). Así mismo se ha establecido que la proporción de muertes maternas secundarias al aborto inducido fue de 9% en 2007 (aproximadamente 70 muertes) y el número de mujeres con complicaciones no fatales secundarias a procedimientos inseguros fue estimado en 132000 aproximadamente(26).

La Asociación Probienestar de la Familia Colombiana, *Profamilia*, es “una entidad privada sin ánimo de lucro especializada en salud sexual y salud reproductiva que ofrece servicios médicos, educación y venta de productos especializados a la población colombiana” (28). Fue fundada en 1965 y es una de las instituciones que más seguimiento hace de la salud sexual y reproductiva. Según sus estadísticas, en el año 2018 se realizaron 16.878 interrupciones todo el país (en sus sedes), lo que representó un aumento del 60,5% con respecto al año 2017. Esta cifra da una idea de la magnitud del problema, ya que muestra en primer lugar el aumento en la presentación del evento y en segundo lugar, permite inferir que, si más de 15 mil abortos se realizan únicamente a través de las sedes de Profamilia, la cifra debe ser mucho mayor al incluir todos los prestadores de servicios de salud del país y de ahí la necesidad de establecer que factores están asociados a la presentación del evento.

Este fenómeno debe ser analizado en el marco de la salud sexual y reproductiva de la población. Para esto, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del año 2015, aporta datos fundamentales sobre el problema. Se encontró una prevalencia de

1.1% para interrupción voluntaria del último embarazo (282 abortos aproximadamente)(29). Del mismo modo, esta encuesta explora muchas variables con respecto a la salud sexual y reproductiva de las mujeres; por lo que resulta muy útil tomar la información consignada y explorar los factores asociados a la IVE. De esta forma tal y como se mencionó previamente, se puede establecer una línea de base frente al comportamiento del fenómeno en el país, con el fin de identificar los factores que muestran mayor desigualdad en la población y que pueden servir para una posterior toma de decisiones en salud.

## 1.2 Justificación

La evidencia es amplia documentando el contexto social frente al progreso en materia de derechos sexuales y reproductivos en muchos países, particularmente en Colombia. Sin embargo, existe aún una brecha en investigación respecto a la comprensión de cómo y en qué medida, ciertas variables contribuyen a la presentación de la IVE en el país. Identificar estas variables resulta primordial para realizar posteriormente intervenciones efectivas bajo un enfoque de equidad, es decir, basadas en necesidades, identidades y contextos de las mujeres y niñas. Teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, es importante llevar a cabo esta investigación con el fin de establecer cuáles son los factores asociados a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia, aprovechando los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2015.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud proporciona información sumamente valiosa para el desarrollo de este proyecto de investigación. Explora de manera muy completa y descriptiva, el tema de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en Colombia, estudiando de manera simultánea factores sociodemográficos, psicológicos, económicos, gineco-obstétricos y culturales que en diversos estudios se han visto relacionados a la interrupción voluntaria del embarazo. Por lo anterior, es pertinente utilizar estos datos, con el fin de realizar un análisis más profundo y exhaustivo que permita establecer asociaciones entre el problema de salud y posibles explicaciones a éste. Es importante resaltar que, dado que es una encuesta nacional, se cuenta con una buena representatividad del país, lo que hace que los resultados que se obtengan permitan tener una validez externa para todo el territorio nacional; esto con el objetivo de que las decisiones que se tomen por parte de las instituciones competentes se ajusten a las necesidades de todas las mujeres.

La mortalidad y morbilidad asociada a este fenómeno, es completamente prevenible. No debe ser tolerable que miles de mujeres pongan en riesgo su vida, por falta de garantías en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, así como en el acceso a una interrupción del embarazo en condiciones seguras. Del mismo modo, Colombia debe movilizarse en sintonía con la agenda mundial, para esto los Objetivos de Desarrollo Sostenible establecen la necesidad de garantizar la salud y el bienestar (en los que se incluye la salud sexual y reproductiva), así como movilizar recursos y esfuerzos en asegurar la igualdad de género. Por lo anterior, identificar los factores

que se asocian a la IVE, es un paso en favor de la superación de las inequidades en salud.

Si bien se ha presentado un avance en la garantía de derechos sexuales y reproductivos (muchas veces más desde lo teórico y normativo que desde la práctica); todavía existen zonas del país que reflejan una profunda desigualdad frente a este tema. La zona rural continúa teniendo menor acceso a educación sexual, servicios de salud y métodos anticonceptivos que interfieren en el proyecto de vida de miles de mujeres del país y perpetúan algunas condiciones de pobreza. Es deber de todos revertir este panorama y esto incluye, promover la plena autonomía de la mujer frente al control de sus deseos reproductivos. Este hecho va a promover una sociedad más justa en donde todas las mujeres tendrán un mayor potencial de desarrollo y el capital humano se verá valorizado.

Las intervenciones deben ser integrales y contemplar el corto, mediano y largo plazo. Identificar los factores asociados a la interrupción voluntaria del embarazo permite adquirir una visión amplia del problema, a partir de la cual, se pueden trazar políticas públicas que intervengan variables que pueden ser prevenidas o, por el contrario, estimular comportamientos que aseguren el ejercicio pleno de los derechos. La IVE no se reduce a una cuestión de planificación familiar. Si bien los métodos anticonceptivos son la manera más efectiva de evitar embarazos no planeados y su uso ha tenido un aumento significativo en la última década -llegando a una prevalencia del 80% en mujeres en edad fértil-, por razones diferentes a la capacidad de acceso a estos métodos, miles de mujeres siguen realizándose interrupciones del embarazo. Adicionalmente, se requiere continuar protegiendo desde lo normativo, a todas las mujeres que no tengan contemplado en su proyecto de vida el estar en embarazo. Por lo tanto, el marco legal vigente en Colombia debe ser respaldado por todos los actores, ya que es el sustento en la lucha por el respeto de los derechos reproductivos de la población.

El presente proyecto de investigación se considera viable, y ha sido sometido al Comité de Ética de Investigación de Profamilia (CEIP), institución responsable de llevar a cabo la ENDS 2015, para acceder a los datos de manera más desagregada y utilizarlos para el estudio. Del mismo modo, se considera factible al tener el recurso humano suficiente para desarrollar la investigación de manera completa y con la rigurosidad metodológica propia de un buen proyecto. Además, se tiene el tiempo suficiente para cumplir con los objetivos y no requiere de importantes recursos económicos que limiten su ejecución.

La utilidad de esta investigación va a orientada en distintos campos. En primer lugar, hay un aporte social, pues como se mencionó previamente, al identificar los factores que se asocian a la interrupción voluntaria del embarazo, se pueden intervenir de manera efectiva algunos de éstos, evitando que la mujer presente embarazos no planeados y, por otro lado, se pueden disminuir brechas existentes en algunas variables buscando generar condiciones propicias para el ejercicio libre de los derechos reproductivos. Es posible que ninguna mujer desee quedar en embarazo con

el fin de abortar, pues sin duda alguna, no deja de ser una experiencia emocionalmente fuerte; sin embargo, existen condiciones particulares que llevan a cada una a tomar una decisión y, por lo tanto, al identificarlas, se estaría abordando las raíces del problema.

En segundo lugar, se espera un aporte práctico, ya que este problema de salud pública requiere de medidas eficaces en todos los niveles y un diseño de intervenciones que deben estar basadas en la evidencia y los datos disponibles. Se espera que los resultados que se obtengan motiven el debate público alrededor de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Finalmente, tiene una conveniencia teórica, ya que son pocos los estudios que en Colombia se han atrevido a abordar esta problemática de forma tan integral, por lo que los hallazgos que se encuentren que están basados en una metodología epidemiológica rigurosa, deben darle mayor visibilidad a este fenómeno y desligarlo de juicios morales, discriminación y estigmatización.

### 1.3 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores asociados a la interrupción voluntaria del embarazo en las mujeres de 13-49 años de Colombia a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015?

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Interrupción voluntaria del embarazo

El aborto según la Real Academia Española es la “Interrupción del embarazo por causas naturales o provocadas” (30). Es una de las patologías más frecuentes a nivel obstétrico y que se presenta principalmente en el primer trimestre de embarazo. A nivel clínico es definido como “la terminación espontánea o inducida del embarazo antes de la viabilidad fetal”; sin embargo, el *National Center for Health Statistics* y los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) y la OMS definen el aborto como cualquier terminación del embarazo, sea espontánea o provocada, antes de las 20 semanas de gestación y que el feto al nacer pese <500 g (31).

El aborto se clasifica en aborto espontáneo, recurrente o inducido (voluntario). Este último se puede presentar ya sea por cuestiones médicas que vuelven inviable un embarazo o por solicitud de la mujer por razones que no están asociadas a la salud materna o fetal(31). La interrupción voluntaria del embarazo es una práctica que, si bien se ha venido discutiendo y legislando en los últimos 50 años, data de la prehistoria. Los griegos fueron una de las primeras culturas que trataron este tema. Métodos abortivos como la manipulación manual o mecánica de los órganos ginecológicos, saltar y golpearse con los talones o embriotomías rudimentarias; fueron algunos de los usados por los griegos y posteriormente por los romanos(32). Platón en su visión del Estado ideal, expresado en *La República*, apoya el aborto de todas las poblaciones ilegítimas. Aristóteles por una línea similar, ve en el aborto un acto moral y legítimo para controlar la sobrepoblación que empobrece y desestabiliza al Estado(33). Finalmente Hipócrates 500 años a.C en su famoso juramento, establece que “*de la misma manera, no daré a ninguna mujer supositorios destructores*” (34).

Ya en época de los romanos, las prácticas abortivas estuvieron moralmente condenadas y desde el siglo III hasta principios del siglo XX, los valores religiosos dados en principal medida por el cristianismo, rechazaron tajantemente todo lo relacionado con este tema bajo un argumento de protección de la vida otorgada por Dios(35). Fue durante el siglo XX donde la interrupción voluntaria del embarazo adquiere una relevancia significativa a nivel social y político. Rusia en 1920, fue uno de los primeros países de legalizar el aborto (bajo criterios médicos y socioeconómicos). Posteriormente países como Suecia, Japón, China, Francia, Cuba, Estados Unidos y Sudáfrica se unieron en el reconocimiento y descriminalización de esta práctica.

Se puede afirmar en este momento, que la situación de la interrupción voluntaria del embarazo ha cambiado drásticamente durante las últimas décadas. Entre 2010 y 2014, se estimó una tasa anual de 36 abortos por cada 1000 mujeres de 15-44 años en países en vía de desarrollo, mientras que la tasa era de 27 por cada 1000 en países desarrollados. Las tasas en estos últimos han disminuido desde 1990 mientras que en los primeros permanecen estables. Latinoamérica y el Caribe, son las regiones que

tienen las tasas más altas. En casi la mayor parte del mundo, las mujeres entre 20-24 años, son las que presentan la mayor proporción de interrupciones del embarazo y este fenómeno está directamente asociado al embarazo no deseado, que a su vez, es resultado de mal uso de métodos anticonceptivos(16).

En un estudio publicado por *The Lancet* en 2017 que fue realizado por el Instituto Guttmacher en conjunto con la OMS; el aborto fue clasificado según su perfil de seguridad. De esta manera fue clasificado en tres categorías a partir del cumplimiento de criterios estandarizados(36):

- Aborto seguro (Safe abortion): Uso de métodos recomendados por la OMS y realizado por un profesional entrenado.
- Aborto menos seguro (Less safe abortion): Uso de un método poco seguro u obsoleto realizado por un profesional entrenado. Auto uso de un medicamento abortivo sin la información apropiada ni acceso a profesional entrenado.
- Aborto nada seguro (Least safe abortion): Uso de métodos peligrosos como la ingesta de cáusticos, inserción de cuerpos extraños o consumo de brebajes tradicionales por personas no entrenadas.

Si bien el riesgo de complicación de un aborto que es llevado a cabo en condiciones seguras es muy bajo, este aumenta de forma drástica cuando se desarrolla de forma insegura y con personal no capacitado. En una revisión sistemática publicada en 2018, se pretendió establecer la magnitud y gravedad de la morbilidad relacionada con el aborto en entornos con acceso limitado a este. Se encontró que las principales complicaciones eran(37):

- Hemorragia: Entre los ingresos hospitalarios relacionados con el aborto, un 56% de ellos se debían a hemorragias no severas, mientras que un 23% correspondían a sangrados severos.
- Sepsis: Se encontró que un 18% de los ingresos, se debían a infecciones no severas, mientras que para las severas el porcentaje fue de 17%.
- Lesiones: De la revisión bibliográfica se estableció que un 5,6% de los ingresos se debían a traumas.

Algunos métodos invasivos de aborto que se practicaban anteriormente como el curetaje, pueden generar traumas uterinos y del mismo modo, cualquier objeto que sea manipulado por personal no entrenado, pueden llegar a generar complicaciones más severas como perforaciones uterinas y trauma intestinal (38). Con respecto a los métodos modernos, un estudio publicado en 2015 sobre la prevalencia de complicaciones menores y mayores post aborto por aspiración en primer trimestre, mostró que  $\leq 3.0\%$  de los procedimientos requirió repetición. La hemorragia sin necesidad de transfusión ocurrió entre el 0-4.7% de los procedimientos realizados en consultorio y entre el 0-4.1% de los procedimientos hospitalarios. La hemorragia que requirió transfusión y la perforación uterina que necesitó cirugía, ocurrió en  $\leq 0.1\%$  de los procedimientos (39).

Los métodos de aborto recomendados por la OMS son variados. En primer lugar, está el aborto médico que se realiza por medio de medicamentos orales e intravaginales. La combinación misoprostol más mifepristona es el régimen más efectivo, eficaz y mejor tolerado. Es usado principalmente en el primer trimestre y tiene la ventaja de no ser invasivo y manejarse de forma ambulatoria. En segundo lugar, está el aborto quirúrgico, un método que, si bien es más invasivo, tiene un muy buen perfil de seguridad. La aspiración uterina es el método ideal en el primer trimestre y reemplazó al curetaje. En segundo trimestre se realiza dilatación con evacuación. En este procedimiento se dilata el cérvix con agentes osmóticos, misoprostol y mifepristona; para posteriormente realizar la evacuación del feto. (5)

El ministerio de salud y protección social de Colombia ha establecido un protocolo de atención para la interrupción voluntaria del embarazo. La ruta de atención empieza en primer lugar con la valoración inicial. Esta puede ser realizada por un médico general o especialista y la importancia radica en registrar en la historia clínica de manera clara, la intención de realizar la IVE y las causales a la cual se acoge esta decisión. La valoración clínica haciendo énfasis en las variables ginecológicas y psicosociales es de suma importancia con el fin de establecer posibles riesgos. Según el protocolo en Colombia, no se requieren paraclínicos para llegar a cabo la IVE por lo cual, esto no puede constituir una barrera de acceso a menos que la condición de salud de la madre así lo requiera (40).

Después de esto, se debe establecer si la IVE está cobijada bajo el marco constitucional. Un médico general está en capacidad de determinar si cumple los requisitos y esto no debe constituir una barrera que dilate los tiempos. En el caso de violación la ruta cambia y debe sustentarse en la correspondiente denuncia del evento presentado. Todos los niveles de atención deben estar en capacidad de brindar este servicio a menos que por la condición clínica de la mujer, requiera una mayor complejidad de atención. Así mismo, el acompañamiento, orientación y asesoría, debe ser ofrecida a todas las mujeres y no puede pretender imponer ningún tipo de creencia(40).

Finalmente se debe elegir en conjunto con la mujer el método para la interrupción del embarazo. En Colombia, la aspiración uterina se lleva a cabo hasta la semana 15 de gestación, para posteriormente pasar a la dilatación y evacuación con pinzas. En el caso de la interrupción con medicamentos, hasta el 2017 se realizaba solo con misoprostol, sin embargo, desde finales de 2017 después de la aprobación del Invima de la mifepristona; este procedimiento se realiza según las recomendaciones de la OMS con ambos medicamentos y de forma ambulatoria hasta la semana 10. Posterior a esto requiere una supervisión médica mayor debido al riesgo de sangrado o complicación(40).

## 2.2 Factores sociodemográficos asociados a la interrupción voluntaria del embarazo

Los factores sociodemográficos han estado íntimamente ligados a la interrupción voluntaria del embarazo. Las particularidades de los contextos que se presentan en cada país pueden predisponer a este desenlace y evidenciar inequidades estructurales de base. Las inequidades entendidas como las “diferencias que son innecesarias, evitables y además consideradas injustas”; son en muchas ocasiones el origen de los problemas en salud que generalmente se expresan en las poblaciones más vulnerables(41).

La edad, la escolaridad, el estado civil y la región geográfica, entre otros; son variables que inciden en el riesgo de presentar embarazos no deseados e interrupciones voluntarias del embarazo. Está claro que comunidades con poca disponibilidad de recursos intelectuales o conceptuales y acceso efectivo a servicios de salud y planificación familiar, tienen pocas probabilidades de controlar su reproducción de manera efectiva(42).

La procedencia y los entornos socioculturales a lo que las mujeres se han visto expuestas, establecen comportamientos que no son fáciles de modificar. En Dinamarca y Suecia, entre los factores de riesgo para presentar IVE, está ser procedente de un país no occidental y tener bajo estrato socioeconómico; pues genera barreras a nivel lingüístico, social e intelectual para acceder a servicios que garanticen los derechos sexuales y reproductivos(43)(44). Del mismo modo y tomando el ejemplo español, las inmigrantes residentes tienen proporciones de interrupciones voluntarias más altas que las españolas, hecho que sugiere que la región geográfica y todas las desigualdades a las que se haya estado expuesto dentro de esta (ya se a nivel nacional o internacional), puede llegar a impulsar el deseo de abortar en las mujeres(45).

## 2.3 Factores ginecológicos asociados a la interrupción voluntaria del embarazo

Los factores ginecológicos asociados a la IVE son variados, sin embargo, la información cuantitativa sobre las características ginecológicas de las mujeres que tienen abortos en países con sistemas de información -y vigilancia epidemiológica- de baja calidad o leyes restrictivas todavía es precario. Sin embargo, es claro que todas las mujeres están en riesgo de un embarazo no deseado que conlleve a un aborto, incluso aquellas que han completado el tamaño deseado de su familia -paridad satisfecha (46). En Colombia, se ha observado en algunos estudios que la edad mediana de las mujeres que tuvieron su primer embarazo fue a los 20 años, con diferencias significativas entre las regiones (siendo 15,5 años para la Amazonía-Orinoquía). Los hallazgos muestran que la mayor parte de las mujeres, mencionan que uno o más de sus hijo/as no fueron deseados o planeados(47).

El acceso a los métodos de planificación es una de las variables más importantes. Tal como lo establece la OMS “el cuidado de la salud sexual y reproductiva, incluidos los servicios de planificación familiar y la información, no solo es una intervención clave

para mejorar la salud de los hombres, las mujeres, las niñas y los niños, sino que es además un derecho humano. Todos los individuos tienen derecho al acceso, la elección y los beneficios del avance científico en la selección de métodos de planificación familiar” (48). El uso efectivo de estos está íntimamente ligado a la aparición de embarazos no deseados e IVE. Las tasas en general son más altas cuando el acceso es más limitado y no hay garantía de los derechos para la población, en especial en las mujeres(7).

En Colombia, la normatividad alrededor de la anticoncepción ha presentado importantes avances. Por medio de la resolución 769 y 1973 de 2008, se estableció la obligación por parte de los servicios de salud, de ofrecer no solo información sino también métodos anticonceptivos con el respectivo seguimiento. Todo esto para ir en concordancia con la política internacional de garantizar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos. Los métodos modernos de anticoncepción que están incluidos en el plan de beneficios son los siguientes (49):

Métodos /opciones	DIU T de Cobre	DIU (Hormonal)	Implante	Inyección trimestral	Inyección mensual	Anillo vaginal	Parche	Pastillas
Porcentaje de efectividad con uso típico	99% efectividad	99% efectividad	99% efectividad	94% efectividad	94% efectividad	91% efectividad	91% efectividad	91% efectividad
¿Cuánto tiempo dura?	Hasta 12 años	De 3 a 5 años	Hasta 5 años	Tres meses	Un mes	Hasta 1 mes	Hasta una semana	Un día
¿Cómo se debe empezar? ¿Quién debe colocarlo?	Médico o enfermera	Médico o enfermera	Médico o enfermera	Médico o enfermera	Médico o enfermera	Médico o enfermera	Médico o enfermera	Médico o enfermera
Que debe hacer la usuaria	Nada	Nada	Nada	Acudir cada seis meses a solicitar suministro	Acudir cada tres meses a solicitar suministro	Colocar el anillo en la vagina y cambiarlo cada mes	Colocar el parche en la piel y cambiarlo cada semana	Tomar una pastilla cada día
Posibles cambios en el sangrado menstrual	Periodos con sangrado e intenso que vuelven a la normalidad de 3 a 6 meses	Periodo irregular, leve o inexistente	Periodo no frecuente, irregular, extendido e inexistente	Periodo irregular escaso o inexistente	Periodo irregular escaso o inexistente	Periodos más cortos y predecibles	Periodos más cortos y predecibles	Periodos más cortos y predecibles
Posibles efectos secundarios	Cólicos que usualmente mejoran de tres a seis meses	Cólicos durante y luego de la colocación, manchas	Dolor en el sitio de la colocación Variaciones de peso.	Variaciones de peso	Variaciones de peso	Náuseas o sensibilidad en los senos	Náuseas o sensibilidad en los senos. Reacción en el sitio de aplicación	Náuseas o sensibilidad en los senos
Tiempo de retorno a la fertilidad	Inmediato, luego de la remoción	Inmediato, luego de la remoción	Inmediato, luego de la remoción	Inmediato, algunas veces 6 a 12 meses de retraso. No se requiere ninguna acción	Inmediato, algunas veces 6 a 12 meses de retraso. No se requiere ninguna acción	Inmediato, luego de la remoción del anillo	Inmediato, luego de la remoción del parche	Inmediato luego de suspender la ingesta de pastillas
Beneficios del método	Es privado, se puede usar como método de emergencia.	Es privado y ayuda a disminuir periodos dolorosos e intensos.	Es privado y ayuda a disminuir periodos dolorosos e intensos.	Es privado y puede ayudar a mejorar los síntomas del periodo como cólicos	Es privado y puede ayudar a mejorar los síntomas del periodo como cólicos	Ayuda a controlar el ciclo menstrual y a disminuir el sangrado menstrual	Ayuda a controlar el ciclo menstrual y a disminuir el sangrado menstrual	Ayuda a controlar el ciclo menstrual y puede evitar periodos intensos cólicos y acné.

Así mismo, otro de los puntos claves es el conocimiento y acceso a los métodos anticonceptivos de urgencia. La utilidad de estos es que “impiden el embarazo al evitar o retrasar la ovulación y no pueden provocar un aborto. La anticoncepción de urgencia no puede interrumpir un embarazo establecido ni dañar al embrión en desarrollo”. El uso de este método está contemplado en los siguientes escenarios: después de una relación sexual sin protección, cuando falla el método anticonceptivo o se ha usado de forma incorrecta, y en los casos en los que se ha presentado violación de la mujer. Por todo lo anterior y en el marco de un enfoque de derechos, la anticoncepción de urgencia debe estar contemplada y garantizada por los sistemas de salud de los diferentes países, promoviendo igualdad en el acceso sin importar las condiciones socioeconómicas de la población (50).

#### 2.4 Prácticas violentas asociadas a la interrupción voluntaria del embarazo

Según la OMS “La violencia en la pareja se refiere a cualquier comportamiento dentro de una relación íntima que causa daño físico, psíquico o sexual a los miembros de la relación. Este comportamiento incluye”(51):

- Agresiones físicas: ya sea abofetear, golpear o patear.
- Maltrato psíquico: que puede ser la intimidación, denigración y humillación permanentes.
- Relaciones sexuales forzadas y otras formas de coacción sexual.
- Comportamientos dominantes: como aislar a la pareja de su familia y amigos, vigilar sus movimientos y restringir su acceso a la información o asistencia.

La violencia de pareja es uno de los fenómenos que ha ocurrido desde tiempos inmemoriales y se presenta en todas las sociedades independiente de la región de mundo, por lo tanto, es una situación global que la convierte en un problema de salud serio dadas sus implicaciones físicas, mentales y reproductivas. Datos de la literatura extraídos entre 2002 y 2008, muestran que la violencia de pareja física o sexual (o ambos) variaron entre el 15% al 71% en muchos países. La violencia en adolescentes, las emociones negativas y la calidad de la relación con la pareja, se asociaron con la génesis de la violencia de pareja. Esta afectó la salud física y mental de la mujer, redujo su autonomía sexual, aumentó el riesgo de embarazo no deseado y abortos múltiples; motivo por el cual, se requiere una protección de la mujer y un empoderamiento de la misma que ayude a superar estas condiciones de vulnerabilidad(52).

La violencia de pareja tiene un efecto sobre el control que la mujer tenga en su salud reproductiva. La falta de control de la fertilidad puede conducir a embarazos no deseados, que también están asociados con resultados adversos para la salud de las mujeres y los bebés, especialmente en los países en desarrollo. La asociación entre la violencia de pareja y el embarazo no deseado también sugiere efectos sociales graves generados por un ciclo de maternidad involuntaria en hogares abusivos(53). Así mismo, la violencia sexual puede desembocar en infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH; también, indirectamente puede dificultar la capacidad de la mujer de acceder a métodos anticonceptivos, en especial condones(51).

Las mujeres que quedan embarazadas como consecuencia de una relación sexual forzada frecuentemente terminan en interrupciones voluntarias del embarazo independientemente de que la legislación del territorio donde se encuentren les permita o no tener acceso a un aborto seguro. En el estudio multipaís realizado por la OMS sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica, se evidenció que a mayor proporción de mujeres que habían sufrido algún tipo de violencia física y sexual, mayor tasa de interrupciones voluntarias(54).

## 2.5 Factores educativos asociados a la interrupción voluntaria del embarazo

Desde hace un par de décadas, los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres han ido tomando más visibilidad y la educación en torno a estos se ha ido integrando a la agenda pública mundial. La cuarta conferencia mundial de la mujer realizada en Beijing en 1995 estableció un punto de partida en esta lucha. Entre las acciones a desarrollar por los gobiernos, en cooperación con las organizaciones no gubernamentales, los medios de comunicación, el sector privado y las organizaciones internacionales (incluida la ONU); se destacó el dar prioridad a los programas educativos tanto formales como informales que apoyaran y permitieran a las mujeres desarrollar su autoestima, adquirir conocimientos, tomar decisiones y responsabilizarse por su propia salud, lograr el respeto mutuo en asuntos relacionados con la sexualidad y la fertilidad y educar a los hombres sobre la importancia de la salud y el bienestar de las mujeres. Así mismo se puso énfasis en los programas que enfatizaran la eliminación de actitudes y prácticas dañinas como la mutilación genital femenina, la preferencia por el hijo, el matrimonio precoz, la violencia contra las mujeres, la explotación sexual y abuso sexual, la discriminación contra las mujeres en la asignación de alimentos y otras actitudes y prácticas perjudiciales relacionadas con el la vida, la salud y el bienestar de las mujeres.(55)

El desarrollo de la vida personal se establece también con los demás, por lo tanto, a partir del conocimiento de los otros, y al vivir la experiencia de la diferencia, el individuo encuentra su identidad. Las relaciones personales y el desarrollo de la propia vida están estrechamente unidas. La salud sexual se encamina al desarrollo personal en relación con otros y a la expresión de la persona a través de su sexualidad, lo cual implica indudablemente, la libertad en este sentido (56).

Una política de aborto legal más liberal puede reducir a la larga la incidencia de abortos criminales y la disminución de la morbilidad, pero la alta incidencia en el uso del aborto plantea la necesidad de programas de educación sexual que favorezcan el conocimiento en este campo, así como una adecuada política de planificación familiar que permita reducir el embarazo no deseado y la interrupción voluntaria del embarazo (57).

Así mismo una política en torno al acceso efectivo a métodos anticonceptivos con énfasis en los adolescentes y que pretenda disminuir el embarazo no deseado, es una de las necesidades más importantes(58). Educar sexualmente desde edades

tempranas es imprescindible para vivir una sexualidad responsable y esto debe estar articulado, entre los programas de educación escolares, la familia y mediadores cercanos que establezcan una cultura de autodeterminación y autonomía(59).

## 2.6 Autonomía en la interrupción voluntaria del embarazo

La autonomía sexual y económica por parte de la mujer, es uno de los grandes objetivos que se han promulgado desde los organismos gubernamentales, no gubernamentales y organizaciones internacionales. Tal y como establece la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS), “El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social. Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos. El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexual del cuerpo incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual dentro del contexto de la ética personal y social” (60).

La OMS ha sido clara en que el empoderamiento de las mujeres -principalmente en lo que respecta a su autonomía sexual y reproductiva- debe ser uno de los fines de los programas que se llevan a cabo en las diferentes poblaciones (61). En el estudio Multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica en 2005, se concluyó en la necesidad de promover la igualdad de género y los derechos humanos en las mujeres. Se estableció que la mejoría de las condiciones socioeconómicas dadas por el acceso a educación de calidad, empleo seguro y posesión de propiedades y bienes, entre otros puede reducir la desigualdad y garantizar la autodeterminación y autonomía de estas (54).

Así mismo la salud reproductiva es fundamental, pues la autonomía ejercida desde la posibilidad de la planificación familiar (acceso a métodos anticonceptivos modernos), es esencial para la consecución de un bienestar individual y familiar (62). La salud pública en este sentido tiene un rol determinante en la garantía de la autonomía reproductiva de la mujeres a través de las políticas públicas orientadas a la promoción y educación de la población, de tal forma que faciliten a todas las mujeres -sin importar su condición socioeconómica- el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos (63).

## 2.7 Factores económicos asociados a la interrupción voluntaria del embarazo

El nivel de riqueza está medido por quintiles y ha sido ampliamente estudiado como factor de riesgo/protector para embarazo. En Colombia, la prevalencia de embarazo adolescente disminuye a mayor nivel de riqueza del hogar y nivel educativo de la madre (64). Esto es importante teniendo en cuenta que la mayor cantidad de IVE se producen en menos de 24 años, por lo cual las condiciones económicas parecen influir de manera directa sobre este desenlace.

Algunos estudios recientes en el país han mostrado que el acceso a la IVE también puede darse en función de ciertas condiciones socioeconómicas. Con respecto a la ocupación, se ha observado que las mujeres al momento de interrumpir el embarazo

se encontraban trabajando en un importante porcentaje (44%) mientras que tan solo un 5% se encontraba sin actividad en el momento de la interrupción. Así mismo, la mayoría de las mujeres pertenecían a los estratos tres (24,2%), uno (16,5%) y dos (15,4%) (47).

En Europa, el factor económico y el empleo también parece ser un determinante de la IVE. Se considera que una de las razones del incremento en las tasas de aborto, puede ser la tendencia creciente en los últimos años de participación de la mujer en el mercado laboral. El embarazo es en muchas situaciones, un obstáculo para mantener el empleo por lo que a la par del aumento en el porcentaje de vinculación laboral de las mujeres, casi de forma paralela se ha dado el de las interrupciones del embarazo (65). Es importante destacar entonces, que el proyecto de vida personal y profesional de las mujeres toma hoy en día un importante valor a la hora de decidir si continuar o no con un embarazo; dado que las expectativas económicas y laborales influyen de manera determinante en esta decisión (66).

## 2.8 Marco legal

Dentro del marco legal en que se sustenta la interrupción voluntaria del embarazo se destaca a nivel nacional, la siguiente normatividad.

### Sentencia C-355 (2006)

En Colombia la sentencia C-355 de 2006, reglamentó el aborto y estableció los lineamientos que hasta el día de hoy rigen en torno a la interrupción voluntaria del embarazo. Sin duda, esta sentencia fue un logro jurídico, social y ético en lo que respecta a la garantía los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Fue un reconocimiento a la mujer más allá de un instrumento reproductor y un paso hacia la igualdad.

La sentencia en primera instancia establece que “la dignidad humana se constituye así en un límite a la potestad de configuración del legislador en materia penal, aun cuando se trate de proteger bienes jurídicos de relevancia constitucional como la vida. En tal medida, el legislador al adoptar normas de carácter penal, no puede desconocer que la mujer es un ser humano plenamente digno y por tanto debe tratarla como tal, en lugar de considerarla y convertirla en un simple instrumento de reproducción de la especie humana, o de imponerle en ciertos casos, contra su voluntad, servir de herramienta efectivamente útil para procrear”(23).

Estuvo amparada en los tratados internacionales y, por lo tanto, su fundamento está en los derechos humanos universales. Así lo establece cuando menciona que “la primera y más importante de todas las consecuencias del derecho al libre desarrollo de la personalidad y autonomía, consiste en que los asuntos que sólo a la persona atañen, sólo por ella deben ser decididos. Decidir por ella es arrebatarle su condición ética, reducirla a su condición de objeto, cosificarla, convertirla en medio para los fines que por fuera de ella se eligen. Cuando el Estado resuelve reconocer la autonomía de la persona, lo que ha decidido, es constatar el ámbito que le

corresponde como sujeto ético: dejarla que decida sobre su propia vida, sobre lo bueno y lo malo, sobre el sentido de su existencia”(23).

Finalmente, y después de argumentar el origen de la sentencia, este texto menciona: “Se declarará por lo tanto ajustado a la Constitución el artículo 122 del Código Penal en el entendido que no se incurre en delito de aborto, cuando con la voluntad de la mujer, la interrupción del embarazo se produzca en los siguientes casos: a) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificado por un médico; b) cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; c) cuando el embarazo sea resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto”(23).

Así pues, quedan establecidos los alcances de la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia. Es importante destacar que la sentencia también toca el tema de la objeción de conciencia. Se aclara que, si bien es un derecho, no es propio de personas jurídicas o el Estado, motivo por el cual solo puede ser reconocido en personas naturales y, por tanto, no pueden existir centros de salud que a nivel institucional presenten objeción de conciencia a la práctica del aborto en las condiciones previamente mencionadas. Así mismo es clara en que si bien el médico puede aplicar dicha objeción, tampoco debe implicar la violación de los derechos de la mujer por lo que debe proceder con la remisión a otra persona que si pueda hacer efectivo el derecho que la mujer está ejerciendo. Esto es un punto trascendental pues contempla las posibles barreras de acceso asociadas a la estigmatización y discriminación basada en preceptos morales(23).

#### Plan decenal de salud pública (PDSP)

Dentro de las dimensiones prioritarias del PDSP, se encuentra la relacionada con los derechos y sexualidad. En esta se tratan el “conjunto de acciones intersectoriales que se orientan a promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permiten el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad como un derecho humano, para el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital, así como de los grupos y comunidades, desde un enfoque de género y diferencial”. Se establecieron dos componentes en donde uno de ellos es la prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos. Dentro de este se determinaron metas como el aumento en el uso de métodos anticonceptivos modernos, la disminución de la mortalidad materna y la promoción en el acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva para jóvenes y adolescentes (67).

#### Política de salud sexual y derechos reproductivos (2015)

La política Nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos, establecida en 2015 por el Ministerio de salud y protección social de Colombia; tiene

entre sus objetivos la gestión del riesgo en salud a través de la gestión de los factores que afectan la salud sexual y la salud reproductiva. Menciona de manera clara la necesidad de facilitar la disponibilidad y el acceso a la información sobre sexualidad y reproducción, situación necesaria para el ejercicio de los derechos. Así mismo establece el compromiso de asegurar que se cumplan los requisitos en la calidad de la atención con relación a la salud sexual y reproductiva; lo que incluye indudablemente el “respeto y acatamiento por las opciones y decisiones y aseguramiento de ambientes protectores durante todo el lapso y manifestación en los eventos de paternidad y maternidad” (68).

### **3. ANTECEDENTES**

#### **3.1 Factores sociodemográficos**

Con respecto a la región geográfica, en un estudio transversal realizado en Andalucía sobre los factores asociados a la IVE, se evidenció que en dicha comunidad las mujeres extranjeras con independencia del país de procedencia, tenían un OR de 3,95 frente a las españolas, lo que sugería que la inmigración influía en riesgo de abortar(69).

Así mismo parecen existir diferencias entre las regiones de un país a la hora decidir abortar. En Ghana y Mozambique se llevó a cabo un estudio transversal usando datos de la Encuesta de Demografía y Salud de ambos países y se exploraron los determinantes socio económicos del aborto. Se encontró una prevalencia mayor de abortos a nivel urbano en ambos países(70). Estos hallazgos son consistentes con estudios de prevalencia en países de mediano y bajo ingreso, que mostró que, en todos los países africanos con excepción de Nigeria, la mayor proporción de abortos ocurrían en zonas urbanas. Mientas tanto en países como Filipinas, Vietnam y Armenia, las tasas de aborto no diferían entre la zona rural y urbana(71). Del mismo modo, en un estudio realizado en México en 2009, por medio del Método de Incidencia de Complicaciones de aborto, se estimó a través de los datos del Sistema Nacional de Información en Salud y la Encuesta de Profesionales en Salud, la incidencia de aborto inducido por regiones. Se estableció que a mayor desarrollo de esta, mayor es la tasa de aborto; de manera que en Ciudad de México se estimó una tasa de 54 por cada 1000 mujeres mientras que en regiones menos desarrolladas como la compuesta por Hidalgo y Veracruz (región 5), la tasa fue de 26 por cada 1000 mujeres(72).

Con respecto a la edad, en el estudio anterior se encontró que la edad en la cual se presentaba la tasa más alta era de 20-24 años (55 por cada 1000 mujeres), seguido del grupo entre 15-19 años con una tasa de 44 por cada 1000 mujeres(72). Similares hallazgos se obtuvieron en 2001 en España, donde mujeres entre 20-24 años, tenían un RRa de 1,55 para aborto inducido comparado con aquellas que tenían 25-34 años(73). En Colombia, en un estudio transversal realizado en Bucaramanga en 2009 sobre las características sociodemográficas de las mujeres con abortos inducidos en un hospital público, a pesar de que la muestra fue muy pequeña (tan solo 16 mujeres),

se encontró que el promedio de edad de las mujeres fue de 24,7 (con extremos entre los 14-40)(74).

Adicionalmente la edad parece influir en el momento de decidir la IVE. En un estudio transversal realizado en Barcelona en 2008, se evidenció que las mujeres menores de 18 años presentaban una proporción superior de interrupciones en el segundo trimestre (RP 2,16) frente a aquellas que se ubicaban en grupos de edad superiores. Esto es importante teniendo en cuenta que a mayor retraso en la decisión, mayor edad gestacional y con esto, el riesgo de complicación aumenta con mayor gasto y e impacto emocional en la mujer(75).

Con respecto al estado civil, en un estudio transversal analítico realizado en Estados Unidos en el condado de Montgomery, se compararon mujeres embarazadas con intención de aborto frente a aquellas sin intención en función de variables sociodemográficas. Se encontró posterior al análisis multivariado que las mujeres con inclinaciones al aborto eran solteras (OR 10,6) y de raza negra (OR 2,38)(76). Posteriormente en el realizado en países de ingreso medio y bajo, se evidenció que en siete de diez países, la mayor cantidad de abortos se presentaban entre mujeres casadas, mientras que en los tres países restantes (México, Nigeria y Etiopía) las mujeres no casadas aportaban la mayor cantidad de abortos(71). Al analizar las características sociodemográficas de las adolescente que habían abortado en Portugal entre 2013 y 2014, se encontró que en comparación con el grupo de edad menor de 16 y el grupo entre 16-17 años, los adolescentes de 18 a 19 años informaron con mayor frecuencia que estaban casados o que vivían con una pareja(77).

Al analizar el nivel educativo, se encontraron varios estudios que exploraban su asociación con el tipo de desenlace. En primera instancia y teniendo en cuenta que el embarazo no deseado termina en una importante proporción en interrupciones voluntarias, se encontró en un estudio en Barcelona que las mujeres con educación primaria incompleta, tenían un mayor riesgo de embarazo no deseado frente a aquellas con estudios universitarios (OR 7,22)(42). Ya en 2001 en un estudio realizado en toda España, se demostró que a menor nivel educativo, las mujeres tenían un riesgo relativo mayor de presentar aborto inducido, siendo mayor para aquellas que tenían una escolaridad menor de primaria (RRa 2,25 comparado con mujeres con estudios universitarios) (73).

La baja escolaridad también ha sido encontrada como factor asociado presentar aborto repetitivo. En un estudio longitudinal llevado a cabo en Finlandia durante 1975 a 2010, se evidenció que las mujeres con escolaridad baja tuvieron abortos poco después del aborto anterior, y eran más solteras, jóvenes y con familias más grandes en el momento del aborto que las mujeres con mayor nivel educativo(78). Por esta misma línea y teniendo en cuenta a las mujeres inmigrantes, un estudio cross-sectional llevado a cabo en España entre 2011 y 2013, mostró que las mujeres inmigrantes tenían mayor probabilidad de tener aborto inducido (RP 5.31) y aborto inducido repetido (RP 7.23) que las mujeres nacidas en España. Se observó que las probabilidades eran más altas para todos los resultados entre las mujeres con

educación primaria o menor en comparación con aquellas con una educación superior (aborto inducido RP 2.51; repetido RP 6.00)(79). Sin embargo, en un estudio cross-sectional realizado en Brasil que evaluó la asociación entre el nivel educativo y el acceso al aborto seguro, se encontró que en comparación con las mujeres con educación universitaria, aquellas con un nivel educativo más bajo tenían menos probabilidades de interrumpir un embarazo no deseado y de que el aborto fuera realizado por un médico, por lo que tenían más probabilidades de tener complicaciones asociadas(80).

### 3.2 Factores ginecológicos

En un estudio descriptivo realizado en Cuba en adolescentes que habían presentado interrupciones voluntarias del embarazo, se exploraron variables ginecológicas observado que la edad de primera relación sexual fue en mayor proporción a los 15 años (40,6%), seguido de los 14 años (27,3%). Adicionalmente casi la mitad de las adolescentes encuestadas (49,2%) refirieron haber tenido 3 ó más compañeros sexuales al momento de la interrupción. El 39,6% de las mujeres tenían algún aborto previo y el 17,9% tenía uno o más partos anteriores. Otro dato importante fue que el 76,5% no usó ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual y solo el 43,7 % lo utilizaba en la actualidad(81).

Casi la mitad de todos los abortos ocurridos en Ghana y Nigeria ocurrieron en Nulíparas, en contraste con el Congo y Gabón donde tan solo un cuarto de los abortos fue en nulíparas. En el resto de los países africanos la mayor proporción se presentó en múltiparas. En 11 de 12 países asiáticos estudiados, la mayor proporción de interrupciones ocurrieron en múltiparas (73-85%), caso contrario a Ucrania en donde casi la mitad se presentaron en mujeres con una sola paridad(71).

En Gran Bretaña y Francia, se compararon los adolescentes en función de variables relacionadas con la sexualidad. Se encontró que, en ambos países, las mujeres con un nivel educativo más alto tenían menos probabilidad de presentar relaciones sexuales antes de los 16 años. (Gran Bretaña, mujeres: ORa 0,4; Francia, mujeres: ORa 0,5). Así mismo, las mujeres con mayor nivel educativo eran menos propensas a reportar el no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual (Gran Bretaña, las mujeres: ORa 0,6; Francia, las mujeres: ORa 0,3)(82).

En un estudio retrospectivo realizado en Italia con 1782 mujeres que habían presentado interrupción voluntaria del embarazo, se estableció que un 81% de las mujeres habían usado algún tipo de método anticonceptivo. Tan solo un 15% usaba condón al momento del embarazo. El no uso de anticoncepción fue más prevalente entre las que tenían bajo nivel educativo vs alto nivel (22.2% vs. 14.2%;  $P < 0.02$ ), pero no se encontró relación con el estado civil(83).

Con respecto al uso de anticoncepción de emergencia no hay muchos estudios que comparen las diferencias en su uso entre mujeres que hayan abortado y mujeres que hayan llevado su embarazo a término, sin embargo, en un estudio descriptivo

realizado en Hungría en un hospital universitario, se compararon las características entre las mujeres que habían usado anticoncepción de emergencia luego de una relación sin protección y aquellas que habían buscado interrupción voluntaria del embarazo. Se determinó que solo 13 de las 1592 mujeres que recurrieron al aborto la usaron. Menos de un tercio (32%) de las solicitantes de aborto habían usado este método anteriormente, y solo una quinta parte sabía cómo obtenerlo(84).

En un estudio observacional llevado a cabo la India con mujeres que presentaron interrupción voluntaria del embarazo, se encontró que, de los 784 casos un 2.9% eran nulíparas, un 38,3% primíparas y un 57,2% multíparas. Un 36% de las mujeres no había usado ningún método anticonceptivo. Tan solo 57 mujeres de las 784 había escuchado sobre la anticoncepción de emergencia y solo 9 la había usado previamente(85). En el estudio con adolescentes que habían accedido a interrupción voluntaria del embarazo, se estableció que el promedio de edad en el momento de la menarquia fue de 12 años. Las adolescentes tuvieron su primera relación sexual en promedio 3 años después. La mayoría que no utilizó ningún método anticonceptivo al momento del embarazo, no identificó la razón para el no uso (85%)(77).

### 3.3 Prácticas violentas

En Italia, se llevó a cabo un estudio cross-sectional que pretendía investigar el impacto de la violencia de pareja en el riesgo de presentar aborto inducido repetido. Se encuestaron 1030 mujeres que asistieron a centros de aborto en Italia, encontrando que un 60% de ellas ya habían tenido una interrupción voluntaria previamente. Violencia de pareja actual o previa fue reportada por 19% de las encuestadas. Un 7% manifestó violencia sexual, un 11% violencia física y un 12% violencia psicológica. Cualquier tipo de abuso fue más frecuente en mujeres con aborto repetido que en mujeres sin aborto previo, al analizarse por separado. En el análisis multivariado se estableció que, el ORa para violencia sexual y violencia psicológica en función del aborto repetido fue de 1,88 (IC95%: 1,02-3,44) y 1,64 (IC95%: 1,04-2,59), respectivamente. No fue estadísticamente significativo para violencia física (86).

En un estudio longitudinal realizado en la India y publicado en 2016, sobre la violencia doméstica y el aborto entre las mujeres de zonas rurales; se tuvo como objetivo evaluar si la violencia doméstica física llevaba al aumento de las probabilidades de presentar aborto (espontáneo o inducido) y si la experiencia de un aborto (espontáneo o inducido) conducía a un aumento de las probabilidades de experimentar violencia doméstica física, sexual o verbal. Un 67% de las mujeres no tenían ningún tipo de educación y casi el 89% de ellas nunca habían usado un método anticonceptivo. Las mujeres que reportaron violencia física en los 12 meses anteriores a la encuesta de base tuvieron más probabilidades de presentar aborto inducido (RR 2,13; IC95%: 1,06-4,24). Finalmente al aplicar el análisis multivariado, se estableció que las mujeres que tuvieron un aborto inducido tenían más probabilidades de enfrentar violencia sexual (OR 2,17; IC95%: 1,34-3,51) y verbal (OR 1,54; IC95%: 1,04-2,29) por parte de sus maridos(87).

Hallazgos similares fueron reportados en un estudio cross-sectional realizado en Tanzania, en donde se estableció que las mujeres que habían experimentado alguna vez violencia de pareja tenían 1,3 veces (IC95%: 1,06-1,60) la probabilidad de reportar una pérdida y 1,9 veces (IC95%: 1,30-2,89) la probabilidad de reportar un aborto inducido(88). Por otra parte, un metaanálisis publicado en 2014 con relación a la asociación entre violencia de pareja y terminación del embarazo demostró que el hecho de que el hombre no supiera de la terminación del embarazo por parte de la mujer estaba asociado de manera significativa con la violencia de pareja (OR 2,97; IC95%: 2,39-3,69). Así mismo, las mujeres en relaciones violentas tenían más probabilidades de haber ocultado la terminación del embarazo a su pareja que aquellas que no lo estaban(89).

En Suecia, se estimó la prevalencia de violencia de pareja entre las mujeres que buscan la interrupción del embarazo en comparación con las mujeres que buscan asesoramiento anticonceptivo. Las mujeres que buscaban la IVE eran más propensas a reportar violencia física (ORa 1,6; IC95%: 1,2-2,1) y situaciones de violencia durante el año anterior (ORa 2,3; IC95%: 1,1-4,8)(90). Curiosamente en África los hallazgos van en la misma línea. En 2004, en un estudio realizado en Camerún, se administró a 2570 mujeres una encuesta sobre violencia doméstica. Se encontró que el 4.9% habían tenido al menos 1 aborto inducido. Se reportó violencia física en un 38.7%; violencia emocional en un 30.7%; y violencia sexual en un 14.8%. Al realizar el análisis multivariado, se encontró que la violencia de pareja tanto física como sexual aumentaron el riesgo de aborto inducido, mientras que la asociación entre violencia emocional y el aborto inducido no fue significativa en el modelo(91).

### 3.4 Factores educativos

El Ministerio de salud publicó en 2014, un estudio con mujeres que habían presentado aborto inseguro y en donde se indagó por factores de educación sexual. Respecto a la información sobre salud sexual y reproductiva, el 87,9 % manifestó haberla recibido. De esas mujeres que recibieron información, el 50% la recibieron en la escuela o colegio, el 26,3% en un servicio de salud, el 13,8% en sus casas, el 5,5% por parte de las y los amigos, el 3,8% a través de los medios de comunicación y el 27% en otras instancias tales como familiares, brigadas informativas, el trabajo, entre otras. Con respecto al uso de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual, solo el 56% de las mujeres manifestó no haber utilizado ninguno. Del mismo modo, apenas el 50% de las mujeres tenían conocimiento sobre la interrupción del embarazo y un 57% había recibido información sobre la anticoncepción de emergencia. Una de las conclusiones del estudio fue que aquellas mujeres que tenían alguna información acerca de los métodos de anticoncepción antes de la interrupción del embarazo no sabían cómo usarlos, tenían ideas equivocadas sobre su uso, habían padecido diversas dificultades al usarlos o tenían temor de las consecuencias adversas si los llegaban a usar (47).

En Curaçao, que es uno de los países con alta incidencia de embarazo no deseado y aborto inducido, se publicó en 2011 un estudio para evaluar los conocimientos

respecto a salud sexual y reproductiva de las mujeres que consultaban al médico. Participaron 146 mujeres y un 82% de ellas reportó que su educación sobre sexualidad y anticoncepción era de buena calidad. Sin embargo, el conocimiento sobre métodos anticonceptivos confiables parece ser, en casi el 50% de los casos, información falsa, juicios erróneos o puntos de vista erróneos sobre la posibilidad de quedar embarazada con coito interrumpido y sobre la confiabilidad y los efectos en salud de los anticonceptivos orales. Casi un 50% de las mujeres tenían conocimientos incorrectos o nulos sobre la confiabilidad del uso del condón y el DIU. El 42% de ellas se arriesgó por sus comportamientos, a un embarazo no planificado. Finalmente, la mayoría consideró el aborto como un procedimiento de emergencia, no como un anticonceptivo. Casi dos tercios experimentaron problemas emocionales, físicos o sociales después del aborto(92).

En un estudio realizado en 2012 en Estados Unidos entre hombres y mujeres, se examinaron por medio de encuestas online, los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva. Se encontraron niveles más altos de conocimiento percibido sobre la salud sexual y reproductiva en general (81%), seguido de embarazo y parto (53%), anticoncepción (48%) y con un porcentaje mucho más bajo sobre el aborto (35%). Los encuestados que consideraban que el aborto debía ser permitido en algunas circunstancias, tuvieron más probabilidad de acertar respecto a la seguridad y las consecuencias de la anticoncepción y la interrupción voluntaria del embarazo. Entre las características asociadas a tener altos niveles de conocimientos respecto al aborto, se encontró tener creencias menos restrictivas sobre la interrupción del embarazo(93).

Con respecto a la opinión frente al aborto, en 1997 se realizó un estudio en Brasil, que encontró que, del total de 1456 entrevistas, el 30% respaldó la legalización, independientemente de las circunstancias; este porcentaje se asoció directamente con la edad, la escolaridad, el ingreso familiar y el aborto inducido previo ( $p < 0.01$ ). Posterior a aplicar una regresión logística, se evidenció un efecto significativo de la escolaridad y la interrupción voluntaria previa en una opinión favorable sobre la legalización(94). Curiosamente, estos hallazgos son contrarios a los encontrados en un estudio realizado en México con mujeres que habían accedido a la interrupción voluntaria del embarazo, donde también se les preguntó por su opinión en torno a la legalización del aborto. Al analizar la información, se encontró que, el 38.3% de las mujeres consideraban que el aborto debería legalizarse, un 12.8% sólo bajo algunas circunstancias, mientras que el 42.6% de ellas consideraban que esta práctica no debería ser legalizada, a pesar de que ellas mismas se habían sometido a un aborto. Adicionalmente se encontró que la edad de la mujer tenía significancia estadística. Aquellas a favor de la legalización tenían una edad promedio de 34,8 años, y las que estaban en contra tenían un promedio de 27,2 años. La escolaridad, el ingreso, el conocimiento de la legislación sobre aborto, y la interrupción previa, no fueron variables significativas, por lo que no influían sobre la opinión de las en torno a la legalización del aborto(95).

El concepto frente a la interrupción voluntaria también parece variar según la profesión. En un estudio sobre las actitudes hacia esta práctica, que fue realizado en la universidad de Oviedo en España con 1025 estudiantes de once carreras; se encontró que los estudiantes de medicina, psicología y enfermería tenían las actitudes más antiabortistas, mientras que los estudiantes de historia, filología y física se mostraron más favorables a esta práctica. Con respecto a los conocimientos, los estudiantes de derecho, medicina y enfermería mostraron tener lo mejores conocimientos sobre el aborto, mientras que los de ingeniería y filología tuvieron los peores resultados(96).

### 3.5 Autonomía

No se encontraron estudios que establecieran la influencia de las variables de autonomía en la decisión de presentar la interrupción voluntaria. Si bien se han explorado características de población respecto a la decisión de la mujer frente a la última relación sexual, el cuidado de la salud y las compras en el hogar; estas no se han analizado bajo el contexto del embarazo no deseado con la consecuente interrupción voluntaria del mismo.

### 3.6 Factores económicos

Los hallazgos respecto a los factores económicos que inciden en la presentación de interrupción voluntaria del embarazo no son iguales en todos los países y parecen depender en buena medida del nivel de ingreso de estos y las condiciones sociales que tengan. En el estudio transversal realizado en países de mediano y bajo ingreso, se observó que las mujeres más ricas (ubicadas en los dos quintiles más altos) tenían mayor probabilidad de reportar un aborto en 12 países (tres en África, siete en Asia, uno en Europa y uno en Centroamérica y el Caribe). En Armenia y Azerbaiyán, una mayor proporción de abortos ocurrió entre mujeres en el quintil de riqueza más bajo. En los países restantes (Albania, Ucrania, Nigeria, Filipinas y Vietnam), no se observó un patrón asociado al quintil de la riqueza(71).

En un estudio transversal que se llevó a cabo en Irán sobre de los determinantes de la interrupción voluntaria del embarazo, se observó que de 3000 mujeres casadas que fueron encuestadas; un 3,8% de ellas habían presentado este evento en algún momento de la vida. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre mujeres que estuvieran trabajando vs desempleadas ( $P=0,136$ ). Al realizar el análisis multivariado, se encontró que la incidencia de aborto estuvo más fuertemente asociada a la escolaridad, tipo de anticoncepción, nivel de ingreso familiar al ajustar por variables confusoras. Mujeres con alto nivel de ingresos tuvieron más probabilidad de reportar un aborto inducido (ORa 2,33; IC95% :1,31-4,17)(97).

En 2016 se publicó un estudio en Brasil, donde se realizó un análisis econométrico sobre la influencia de factores socioeconómicos en la tasa de interrupción voluntaria del embarazo. Se encontró que el parámetro estimado de la tasa de empleo femenino (-4.2911;  $p=0.00001$ ) indicaba un efecto inversamente proporcional y significativo

sobre el desenlace (aborto inducido). Las mejores condiciones laborales y socioeconómicas para las mujeres disminuyen la tasa de aborto(98).

Hallazgos contrarios se evidenciaron en Haití, país con la tasa más alta de mortalidad materna del hemisferio occidental. Este año se publicó un estudio *Cross-sectional* que se llevó a cabo a partir de la Encuesta de Demografía y Salud 2012, y el cual pretendió establecer los factores demográficos asociados a la presentación de la interrupción voluntaria del embarazo, encontrando que las mujeres que se ubicaban en los niveles de riqueza alto (OR 7,4; IC95%: 4,4-12,3) y medio (OR 3,3; IC95%: 2,0-5,6), tenían más probabilidad de abortar que aquellas en el nivel inferior de riqueza(99). De manera similar, en 2016 se publicó un artículo que estudiaba las variaciones socioeconómicas con relación al aborto inducido en Turquía. Después de analizar 15480 mujeres, se encontró que altos niveles de riqueza y educación, estaban asociados con altas tasas de aborto(100).

Finalmente en el estudio de casos y controles que evaluaba la relación de las características de la formación familiar con el aborto inseguro, se encontró que la mujer con empleos de poca capacitación, tenía más riesgo de presentar aborto inseguro (ORa 2,3; IC95%: 1,4-3,6); así como no completar la educación secundaria, también aumentaba el riesgo de presentar el evento (ORa 1,5; IC95%: 1,1-2,4)(101).

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo General**

Determinar los factores asociados a la interrupción voluntaria del embarazo en las mujeres de 13-49 años de Colombia a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015.

### **4.2 Objetivos Específicos**

- 1.** Describir las características sociodemográficas, ginecológicas, de violencia, educativas, de autonomía y económicas de la población de estudio.
- 2.** Representar la distribución geográfica de la interrupción voluntaria del embarazo en las mujeres entre 13-49 años en Colombia.
- 3.** Analizar las diferencias respecto a las variables sociodemográficas, gineco-obstétricas y económicas, entre las mujeres que presentaron interrupción voluntaria del embarazo y aquellas que tuvieron embarazo con nacido vivo.
- 4.** Identificar los patrones diferenciales respecto a los tipos de violencia, autonomía y educación, entre las mujeres que presentaron interrupción voluntaria del embarazo y aquellas que tuvieron embarazo con nacido vivo.
- 5.** Estimar las medidas de impacto para las variables asociadas con la interrupción voluntaria del embarazo.
- 6.** Establecer las variables que más se asocian a la presentación de la interrupción voluntaria del embarazo en las mujeres de 13-49 años en Colombia.

## 5. METODOLOGÍA

### 5.1 Enfoque del estudio

Estudio cuantitativo. Se clasifica de esta manera dado que utilizando estimaciones numéricas y a través de métodos estadísticos, se pretende dar respuesta a la pregunta de investigación y establecer variables que explican un fenómeno, en este caso, la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia.

### 5.2 Tipo de estudio

La presente investigación es un estudio observacional, analítico, de tipo transversal y retrospectivo. Observacional ya que no se realizó ninguna intervención en la población de estudio, sino que se analizaron solamente, los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Analítico porque no se establecieron únicamente medidas de frecuencia sino también, medidas de asociación, con el fin de dar explicación al problema de investigación. Transversal retrospectivo, ya que la información tanto para las variables dependiente como independientes corresponde a un punto determinado en el tiempo, que fue tomado de la ENDS 2015.

### 5.3 Tipo de población

#### 5.3.1 Población de referencia

Mujeres colombianas entre 13-49 años.

#### 5.3.2 Población de estudio

Mujeres colombianas entre 13-49 años que fueron encuestadas en la ENDS 2015.

#### 5.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

##### a) Criterios de inclusión

Grupo con el evento de interés

- Mujeres encuestadas de 13-49 años en la ENDS 2015
- Mujeres que referían haber presentado interrupción voluntaria del embarazo a partir de mayo del año 2006.

Grupo de comparación:

- Mujeres que refirieran haber estado embarazadas y hubieran terminado con nacido vivo a partir de mayo del 2006.
- En el caso de haber tenido varios embarazos, mujeres que en ninguno de ellos hubiera manifestado tener un desenlace diferente a nacido vivo (aborto espontáneo, embarazo extrauterino, mortinato).

b) Criterios de exclusión:

- Mujeres que manifestaron en la encuesta el deseo de haber tenido una interrupción voluntaria del embarazo, pero que finalmente no hubieran tenido acceso al procedimiento.

## 5.4 Diseño muestral

### 5.4.1 Tipo de muestreo y tamaño de muestra

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015 se aplicó en una muestra representativa de mujeres entre 13 a 49 años. Se visitaron los 32 departamentos de país y las cuatro ciudades principales (Bogotá, Medellín, Barranquilla, Cali); se trabajaron 295 municipios y 4.878 segmentos. La muestra maestra, configurada en función de los requerimientos del conjunto de estudios poblacionales en salud, fue probabilística, de conglomerados, estratificada y polietápica, y a partir de ella se seleccionan las submuestras probabilísticas requeridas por los diferentes estudios(102).

Para la presente investigación, se tomó como universo a todas las mujeres entre 13-49 años que fueron encuestadas en el capítulo de salud sexual y reproductiva de las ENDS 2015 -38.718 en total- y posteriormente, se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión. Se observó una prevalencia del problema menor del 2%, por lo que se realizó un diseño de tipo caso y control. Para esto, se incluyeron en la muestra final, a todas las mujeres que presentaron el evento -318 en total- y se compararon con el grupo de mujeres que no tuvieron este desenlace. Sin embargo, con el fin de evitar que las diferencias observadas se debieran al tamaño de la muestra tan grande, (las mujeres sin IVE eran más de 6000), se decidió realizar un muestreo aleatorio estratificado dentro del grupo de control por edad y por departamento del país, teniendo finalmente una razón caso/control de 1:3. La muestra final quedó conformada por un total de 1273 mujeres (318 en el grupo con IVE y 955 en el grupo sin IVE).

## 5.5 Descripción de variables

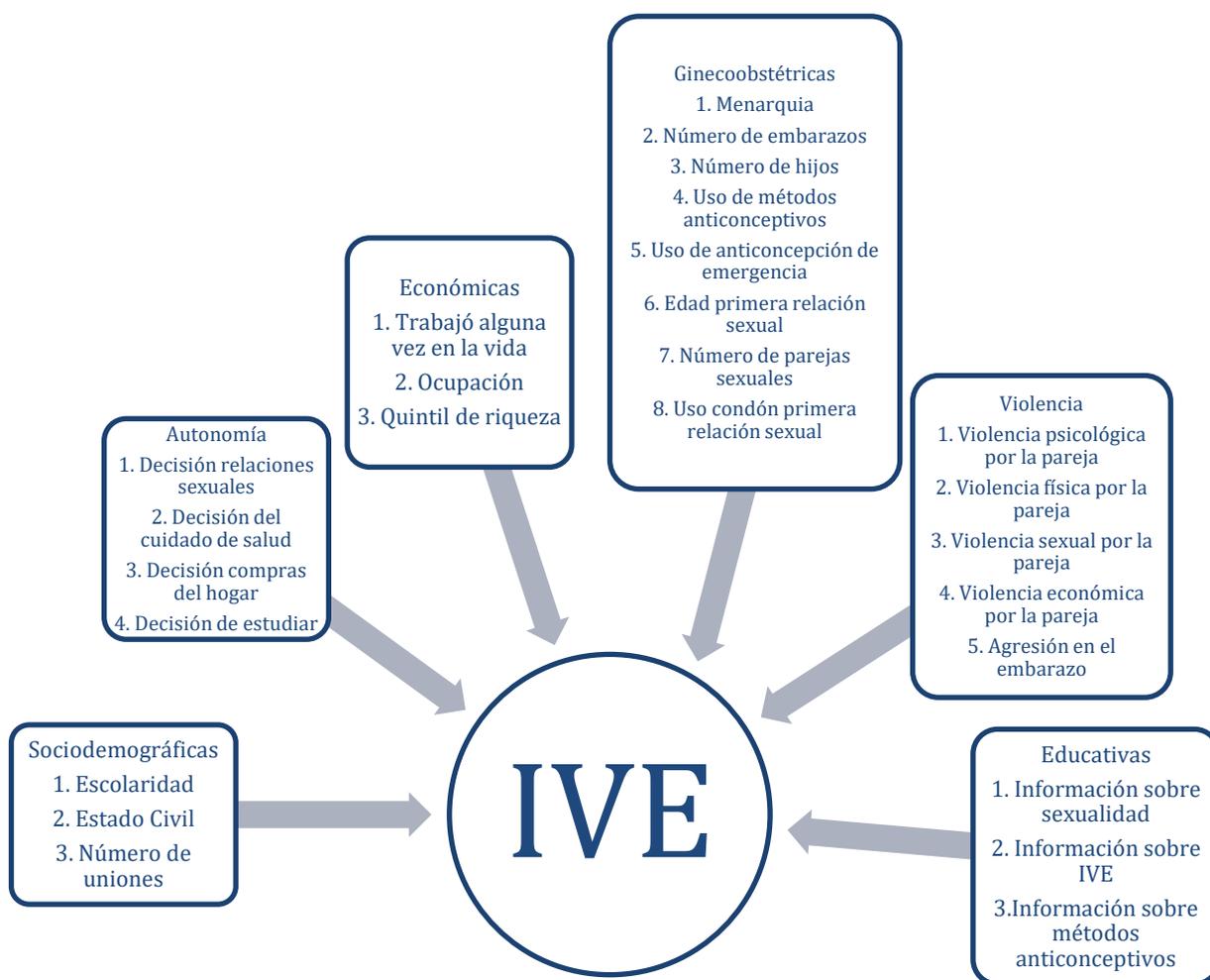
### 5.5.1 Variables

- Variable dependiente: Interrupción voluntaria del embarazo (a partir de mayo de 2006)
- Variables Independientes
  - a) Sociodemográficas: Escolaridad, Estado Civil, Número de uniones.
  - b) Ginecológicas: Menarquia, Número de embarazos, Número de hijos, Uso de métodos anticonceptivos, Uso de anticoncepción de

emergencia, Edad primera relación sexual, Número de parejas sexuales, Uso condón primera relación sexual.

- c) Prácticas violentas: Violencia psicológica por la pareja, Violencia física por la pareja, Violencia sexual por la pareja, Violencia económica, Agresión en el embarazo.
- d) Educación: Información sobre sexualidad, Información sobre IVE, Información sobre métodos anticonceptivos.
- e) Autonomía: Decisión relaciones sexuales, Decisión del cuidado de salud, Decisión compras del hogar, Decisión de estudiar.
- f) Económicas: Trabajó alguna vez en la vida, Ocupación, Quintil de riqueza.

### 5.5.2 Diagrama de variables



### 5.5.3 Tabla de variables

Nombre de la variable	Definición	Naturaleza	Nivel de Medición	Unidad de medida	Categorías de respuesta
<b>Sociodemográficas</b>					
Escolaridad*	Nivel de estudio máximo que ha alcanzado la persona.	Cualitativa	Ordinal		1. Sin educación o preescolar 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Universitaria
Estado Civil*	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Cualitativa	Nominal		1. Casada 2. Unión libre 3. Viuda 4. Separada 5. Divorciada 6. Soltera
Número de uniones	Número de parejas con la que ha estado casada o en unión libre	Cuantitativa	Discreta	Uniones	(1,2,3...n)
<b>Ginecológicas</b>					
Menarquia	Edad de primera menstruación	Cuantitativa	Continua	Años	(1,2,3...n)
Número de embarazos	Números de veces que la mujer ha estado embarazada	Cuantitativa	Discreta	Embarazos	(1,2,3...n)
Número de hijos	Número de nacidos vivos que ha tenido la mujer	Cuantitativa	Discreta	Hijos	(1,2,3...n)
Uso de métodos anticonceptivos	Uso alguna vez de métodos anticonceptivos	Cualitativa	Nominal		Sí / No
Uso de anticoncepción de emergencia	Uso alguna vez de anticoncepción de emergencia	Cualitativa	Nominal		Sí / No
Edad primera relación sexual	Edad en años en la que la mujer tuvo primera relación sexual	Cuantitativa	Continua	Años	(1,2,3...n)
Número de parejas sexuales	Números de personas distintas con las que la mujer tuvo relaciones sexuales durante toda su vida	Cuantitativa	Discreta	Parejas	(1,2,3...n)
Uso condón primera relación sexual	Uso de condón en la primera relación sexual de la mujer	Cualitativa	Nominal		Sí / No / No sabe - No recuerda
<b>Prácticas violentas</b>					
Violencia psicológica por la pareja**	Agresión psicológica por parte de pareja y/o expareja	Cualitativa	Nominal		Sí / No

Violencia física por la pareja**	Agresión física por parte de pareja y/o expareja	Cualitativa	Nominal	Sí / No
Violencia sexual por la pareja	Agresión sexual por parte de pareja y/o expareja	Cualitativa	Nominal	Sí / No
Violencia económica por la pareja**	Agresión económica por parte de pareja y/o expareja	Cualitativa	Nominal	Sí / No
Agresión en el embarazo	La mujer fue agredida alguna vez mientras estaba en embarazo	Cualitativa	Nominal	Sí / No
<b>Educación</b>				
Información sobre sexualidad	Alguna vez en la vida ha recibido u obtenido información sobre temas o asuntos relacionados con la sexualidad?	Cualitativa	Nominal	Sí / No
Información sobre IVE	Ha recibido información sobre Derecho a la Interrupción voluntaria del Embarazo- IVE	Cualitativa	Nominal	Sí / No
Información métodos anticonceptivos	Alguna vez en la vida ha recibido u obtenido información sobre temas o asuntos relacionados con métodos anticonceptivos?	Cualitativa	Nominal	Sí/No
<b>Autonomía*</b>				
Decisión relación sexual	Persona que tiene la última palabra respecto a la decisión de tener relaciones sexuales	Cualitativa	Nominal	1. Entrevistada 2. Pareja 3. Ambos 4. Alguien más 5. Entre alguien más y entrevistada 6. Nadie
Decisión del cuidado de salud	Persona que tiene la última palabra respecto a la decisión del cuidado de la salud de la encuestada	Cualitativa	Nominal	1. Entrevistada 2. Pareja 3. Ambos 4. Alguien más 5. Entre alguien más y entrevistada 6. Nadie
Decisión compras del hogar	Persona que tiene la última palabra respecto a la decisión de las compras grandes del hogar	Cualitativa	Nominal	1. Entrevistada 2. Pareja 3. Ambos 4. Alguien más 5. Entre alguien más y entrevistada 6. Nadie

Decisión de estudiar	Persona que tiene la última palabra respecto a la decisión de estudiar	Cualitativa	Nominal	1. Entrevistada 2. Pareja 3. Ambos 4. Alguien más 5. Entre alguien más y entrevistada 6. Nadie
<b>Económicas*</b>				
Trabajó alguna vez en la vida	Haber trabajado con remuneración económica alguna vez durante la vida	Cualitativa	Nominal	Sí / No
Ocupación	Actividad laboral en la que trabajó o trabaja	Cualitativa	Nominal	1. Profesional, técnica, trabajadora asimilada 2. Directora, funcionaria pública superior 3. Personal administrativo, trabajadora asimilada 4. Comerciante, vendedora 5. Trabajadora de los servicios 6. Trabajadora agropecuaria, forestal, pescadora, cazadora 7. Trabajadora, operaria no agrícola, conductora de máquina, vehículo de transporte, trabajadora asimilada. 8. Trabajadora que no puede ser clasificada según ocupación y FFAA
Quintil de riqueza	Quintil de riqueza en que se ubicaba la entrevistada	Cualitativa	Ordinal	1. Más bajo 2. Bajo 3. Medio 4. Alto 5. Más alto

\*Las categorías de respuesta presentadas son según las establecidas por la ENDS 2015 para estas variables.

\*\*Para violencia psicológica, física y económica; la ENDS 2015 preguntaba a través de varios ítems, si se había presentado o no cada uno de estos tipos de violencia. Por lo tanto, si la respuesta era positiva en algunos de los ítems de cada variable, la categoría de respuesta para la variable en este estudio es *sí*.

## 5.6 Técnicas de recolección

### 5.6.1 Fuente de la información

La fuente de información en este caso correspondió a una secundaria, ya que los datos fueron recolectados previamente por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2015.

## 5.6.2 Proceso de recolección

<b>¿Qué?</b>	Se realizó una revisión de los datos obtenidos en la ENDS 2015 de forma desagregada con el fin de incluir a las mujeres que cumplan los criterios de inclusión y exclusión establecidos.
<b>¿Quién?</b>	Esta revisión se llevó a cabo por los investigadores en conjunto con Profamilia.
<b>¿Cómo?</b>	Se estableció un cronograma de reuniones en Profamilia en donde el objetivo fue revisar las bases de datos, y se obtuvo finalmente información de calidad y de forma discriminada para llevar a cabo el análisis.
<b>¿Cuándo?</b>	Este proceso de recolección y análisis de datos se llevó a cabo entre noviembre de 2018 y abril de 2019.

## 5.7 Prueba Piloto

La prueba piloto se desarrolló previo al procesamiento de los datos. Dado que este estudio fue a partir de una fuente secundaria, este proceso estuvo orientado a garantizar la calidad de los datos obtenidos y a evaluar que el desenlace de interés hubiera sido correctamente registrado teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Finalmente, por medio de esta revisión se logró establecer que el número de interrupciones era ligeramente menor al reportado en la ENDS 2015.

## 5.8 Control de sesgos y errores

- **Selección:** La ENDS 2015 incluyó para la sección de salud sexual y reproductiva, a mujeres entre 13 a 49 años de zonas rurales y urbanas de las diferentes regiones del país.

Dado que el estudio se deriva de esos datos obtenidos, para evaluar correctamente los factores asociados a la interrupción voluntaria del embarazo, se establecieron unos criterios de inclusión y exclusión que pretendieron conformar una muestra con mujeres que cumplieran con condiciones estrictas que hicieran factible establecer comparaciones y por ende, darle validez al estudio. Así mismo, para evitar que las asociaciones fueran secundarias a un tamaño de muestra muy grande, se realizó un aleatorio estratificado dentro del grupo de control, con razón 1:3 entre las mujeres con el desenlace y aquellas sin este.

Dicho muestreo aleatorio fue estratificado por rangos de edad y por departamento. Por rangos de edad debido a que la ENDS no proporcionaba la edad de la mujer al momento de la interrupción sino al momento de la encuesta, por lo cual, podría incurrirse en un sesgo si se comparaban mujeres muy jóvenes frente a aquellas de mayor edad, pues su condición y deseo reproductivo podía ser muy diferente en el momento en que se aprobó la sentencia C-355. Y por departamento con el fin de que las diferencias que se establecieran, no se debieran a la sobre representación de una región o ciudad del país. Con estos criterios para constitución de la

muestra, se controlaron los sesgos de selección y se le dio mayor rigurosidad metodológica al estudio.

- Información

Para controlar los sesgos de información, la ENDS 2015 utilizó en su encuesta, instrumentos de investigación que pasaron por 18 mesas consultivas con las y los investigadores, los referentes temáticos del Ministerio de Salud y Protección Social, el equipo de investigaciones de Profamilia y con el acompañamiento del DANE. Todo con el fin de lograr que las encuestadas respondieran de forma precisa, a la información que se quería conocer. Así mismo, se capacitó a los encuestadores durante 30 días, en temas de técnicas de entrevista, conceptos, diligenciamiento y aspectos administrativos, con el fin de estandarizar los procesos de recolección de la información. Por último, hubo también una sensibilización sobre las mujeres encuestadas con el fin de reflejar de la manera más objetiva y precisa, las respuestas a cada una de las variables evaluadas.

Con respecto al presente estudio, existe un sesgo potencial inherente a todas las investigaciones que utilizan fuentes secundarias, en este caso, el sesgo de memoria, el cual es característicos en los estudios de encuestas. Sin embargo, con el fin de controlar estos riesgos y garantizar un adecuado uso de la información disponible, dar consistencia al análisis y evitar sesgos de contenido con los datos obtenidos; se realizó una revisión exhaustiva y discriminada de la información de las mujeres de la muestra y de cada una de las variables a explorar. Así mismo, se excluyeron del análisis las variables con gran cantidad de datos perdidos o de no respuesta que pudieran generar algún tipo de distorsión; todo con el fin de evitar resultados que fueran producto de inconsistencias que derivaran en conclusiones e interpretaciones erróneas.

- Confusión: Pudieron existir variables que se comportaran como factores confusores y, por lo tanto, hubieran podido alterar la validez de los resultados encontrados y su interpretación. Para evitar que esta situación se presentara, se realizó una revisión completa del marco teórico y los antecedentes alrededor del problema. Así mismo, se realizaron análisis de colinealidad entre variables que pudieran expresar información redundante para finalmente, a través del análisis multivariado -en este caso la regresión logística- controlar las otras posibles variables confusoras que no hubieran sido identificadas previamente.

Por medio de todo lo expuesto respecto al control de sesgos, se pretendió garantizar la validez interna del estudio y que sus resultados fueran consistentes. Así mismo con las técnicas de procesamiento de datos, se buscó obtener una fiabilidad (precisión) y una validez externa que permitieran realizar inferencias a la población de mujeres colombianas.

## 5.9 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

### 5.9.1 Procesamiento de los datos

Para la recolección de los datos y el procesamiento de la información durante las distintas fases del proyecto de investigación, se utilizaron los siguientes programas:

Microsoft Excel (Licencia Universidad del Rosario): Los datos de la ENDS 2015 para las mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, se ingresaron en una nueva base de datos dado que la base original era demasiado grande, por lo que, por facilidad de manejo, se ingresó la información completamente depurada e incluyendo únicamente las variables de interés para el estudio.

SPSS versión 25 (Licencia Universidad El Rosario): Con los datos diligenciados en Microsoft Excel, se utilizó este programa para llevar a cabo los diferentes análisis estadísticos (univariado, bivariado y multivariado) y responder la pregunta de investigación de este estudio.

Microsoft Word: Simultáneamente al procesamiento de datos estadísticos, se realizó toda la construcción del informe del proyecto de investigación con sus respectivos hallazgos, la discusión de estos y las conclusiones que se establecieron.

### 5.9.2 Análisis estadístico

Para este estudio, se tomó como evento de interés la interrupción voluntaria del embarazo a partir del año 2006. Si bien era un estudio transversal pues no se podía garantizar que las exposiciones precedieran al evento de interés, se realizó un análisis de tipo caso y control en función de diversas variables independientes. Esto fue posible a través de las siguientes estrategias:

En primer lugar, se realizó un análisis univariado con el fin de obtener medidas de frecuencia descriptivas, en este caso la prevalencia de las variables independientes en cada uno de los grupos (mujeres con IVE y mujeres sin IVE). Posteriormente, se realizaron pruebas de normalidad para las variables cuantitativas del estudio con el fin de determinar el tipo de análisis estadístico que se iba a llevar a cabo en el siguiente paso.

Algunas de las variables fueron recategorizadas a partir del análisis univariado en función de la frecuencia observada de sus categorías de respuesta. Así mismo, se excluyeron variables que tuvieran más del 20% de datos perdidos o más del 20% de 'No aplica' como categoría de respuesta a la pregunta.

Posteriormente, se realizó el análisis bivariado que permitió establecer diferencias entre ambos grupos a partir de las variables independientes estudiadas; lo cual permitió establecer relaciones de asociación frente al desenlace. Se calculó como medida de asociación el *Odds Ratio* (OR). Si bien se reitera que fue un estudio transversal, al ser tan baja la prevalencia del evento (menor del 2%) y con el tipo de análisis propuesto, esta medida era la más indicada y la que mayor potencia daba, por lo que sirvió para determinar en qué forma las variables independientes estaban asociadas a la variable dependiente y en qué medida aumentaban o disminuían la probabilidad de ocurrencia del evento. Dada la relación descrita de 1:3 entre las mujeres con el desenlace y las que no lo tenían; las pruebas chi-cuadrado de asociación  $X^2$  y sus respectivos ORs, fueron ajustados por el método de Mantel-Haenszel.

En tercer lugar, como medida de impacto, se calculó el porcentaje de riesgo atribuible poblacional (%RAP), que permitió establecer a nivel poblacional, el peso que tenían ciertos factores con el desenlace de interés y el impacto que por ende tendría controlarlos.

Finalmente se realizó un análisis multivariado incluyendo los factores que mostraron significancia estadística en el paso anterior, con el fin de obtener un modelo que permitan dar una explicación al problema de investigación (por medio de una regresión logística), controlando al mismo tiempo las posibles variables de confusión. Se obtuvieron OR ajustados con sus respectivos intervalos de confianza del 95%.

<b>Objetivo</b>	<b>Variable</b>	<b>Medida estadística</b>	<b>Medida epidemiológica</b>	<b>Representación</b>
Describir las características sociodemográficas, ginecológicas, de violencia, educativas, de autonomía y económicas de la población de estudio.	Escolaridad	Proporción	Prevalencia	Tabla de frecuencias
	Estado Civil	Proporción	Prevalencia	Tabla de frecuencias
	Número de uniones	Mediana	Prevalencia	Tabla de frecuencias
Representar la distribución geográfica de la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres entre 13-49 años en Colombia.	Departamento	Proporción	Prevalencia	Mapa
Analizar las diferencias	Escolaridad	Chi-Cuadrado	OR/ %RAP	Tabla de asociación
	Estado Civil	Chi-Cuadrado	OR/ %RAP	Tabla de asociación
	Número de uniones	U Mann-Whitney	OR/ %RAP	Tabla de asociación
	Menarquia	U Mann-Whitney	OR/ %RAP	Tabla de asociación
	Número de embarazos	U Mann-Whitney	OR/ %RAP	Tabla de asociación
	Número de hijos	U Mann-Whitney	OR/ %RAP	Tabla de asociación
	Uso de métodos anticonceptivos	Chi-Cuadrado	OR/ %RAP	Tabla de asociación

respecto a las variables sociodemográficas, gineco-obstétricas y económicas, entre las mujeres que presentaron interrupción voluntaria del embarazo y aquellas que tuvieron embarazo con nacido vivo.	Uso de anticoncepción de emergencia	Chi-Cuadrado	OR/ %RAP	Tabla de asociación	
	Edad primera relación sexual	U Mann-Whitney	OR/ %RAP	Tabla de asociación	
	Número de parejas sexuales	U Mann-Whitney	OR/ %RAP	Tabla de asociación	
	Uso condón primera relación sexual	Chi-Cuadrado	OR/ %RAP	Tabla de asociación	
	Trabajó alguna vez en la vida	Chi-Cuadrado	OR/ %RAP	Tabla de asociación	
	Ocupación	Chi-Cuadrado	OR/ %RAP	Tabla de asociación	
	Quintil de riqueza	Chi-Cuadrado	OR/ %RAP	Tabla de asociación	
	Identificar los patrones diferenciales respecto a los tipos de violencia, autonomía y educación, entre las mujeres que abortaron y aquellas que tuvieron embarazo con nacido vivo.	Violencia psicológica por la pareja	Chi-Cuadrado	OR/ %RAP	Tabla de asociación
		Violencia física por la pareja	Chi-Cuadrado	OR/ %RAP	Tabla de asociación
Violencia sexual por la pareja		Chi-Cuadrado	OR/ %RAP	Tabla de asociación	
Violencia económica por la pareja		Chi-Cuadrado	OR/ %RAP	Tabla de asociación	
Agresión en el embarazo		Chi-Cuadrado	OR/ %RAP	Tabla de asociación	
Información sobre sexualidad		Chi-Cuadrado	OR/ %RAP	Tabla de asociación	
Información sobre IVE		Chi-Cuadrado	OR/ %RAP	Tabla de asociación	
Información sobre métodos anticonceptivos		Chi-Cuadrado	OR/ %RAP	Tabla de asociación	
Decisión relación sexual		Chi-Cuadrado	OR/ %RAP	Tabla de asociación	
Decisión del cuidado de salud		Chi-Cuadrado	OR/ %RAP	Tabla de asociación	
Decisión compras del hogar		Chi-Cuadrado	OR/ %RAP	Tabla de asociación	
Establecer las variables que explican la interrupción voluntaria del embarazo en las mujeres entre 13-49 años en Colombia.		Se incluyen todas las variables que, en los análisis previos, hayan tenido significancia estadística ( $p < 0,05$ )	Regresión logística binaria	OR ajustados	

## 5.10 Plan de divulgación de resultados

Los resultados de la presente investigación serán divulgados en diferentes niveles. En primer lugar, la universidad del Rosario y Profamilia, serán las primeras instituciones que conocerán los hallazgos y las conclusiones alrededor del problema de investigación. Es fundamental para ambas, conocer los factores

que se asocian a este problema de salud pública, pues la política pública en torno a los derechos sexuales y reproductivos es uno de los pilares de los objetivos de desarrollo sostenible, así que los resultados del presente estudio pueden ayudar en la elaboración de intervenciones y proyectos.

En segundo lugar, se someterá un artículo científico a publicación en una revista internacional. La revista será especializada en temas de salud sexual y reproductiva con enfoque en salud pública; dado que el tema de la interrupción voluntaria del embarazo es un fenómeno que se presenta a nivel mundial e impacta directamente a todos los sistemas de salud.

En tercer lugar, se espera que los resultados de esta investigación sean compartidos en congresos nacionales que estén relacionados con esta problemática y que permita aportar a la discusión científica sobre los derechos reproductivos de todas las mujeres. El tema de la interrupción voluntaria del embarazo sigue teniendo un protagonismo claro en la agenda legislativa y continuar protegiendo la autonomía de las mujeres, es uno de los propósitos de este estudio.

#### 5.11 Consideraciones éticas

La presente investigación estuvo enmarcada bajo principios éticos claramente definidos que tienen como fin, garantizar que todo el estudio sea ejecutado de la manera más transparente, responsable, libre y autónoma posible; promoviendo el mayor y mejor beneficio para las mujeres del país (103).

Según los principios universales bioéticos, este estudio cumplió con el principio de beneficencia porque por medio de la comprensión sobre los factores que se asocian a la interrupción voluntaria del embarazo, se pueden establecer estrategias a nivel de salud sexual y reproductiva que impacten directamente en la reducción del embarazo no deseado; así como también a través del marco jurídico y normativo, garantizar los derechos de las mujeres respecto a la interrupción voluntaria del embarazo.

Con respecto a la no maleficencia, esta investigación al ser de fuente secundaria no realizó ningún tipo de intervención sobre las mujeres encuestadas que pudiera representar un potencial riesgo. Así mismo, los objetivos planteados bajo ningún escenario tienen una finalidad diferente que la de preservar y consolidar los derechos sexuales de las mujeres en Colombia; por lo que la metodología de la investigación no tiene posibilidad de exacerbar el problema de salud estudiado.

El principio de justicia va de la mano con el de beneficencia ya que todas las intervenciones que se deriven de los hallazgos de este estudio van a ir orientadas a mejorar la salud reproductiva de todas las mujeres de Colombia y el respeto por el derecho al acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. Dado que es un problema nacional, el beneficio va en la misma línea y, por lo tanto, no excluye

ninguna mujer independiente de su condición de vulnerabilidad, región geográfica, edad, quintil de riqueza u otras condiciones particulares.

Teniendo en cuenta que se tomaron los datos de la ENDS 2015 y no se encuestaron directamente a las mujeres estudiadas, el principio de autonomía se aplica parcialmente en este estudio. Si bien se logró el consentimiento de todas para participar en la recolección de la encuesta nacional, así mismo hay una autonomía desde Profamilia como institución, para proporcionar los datos para llevar a cabo estudios complementarios que aporten en el diagnóstico de salud de las poblaciones del país; todo esto sin ningún tipo de presión o contraprestación que no sea únicamente, la producción de conocimiento científico en favor de las mujeres colombianas.

Frente al marco legal colombiano, este proyecto de investigación cumplió con los lineamientos establecidos por el ministerio de salud en la resolución No. 8430 de 1993; por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, específicamente con el título II (investigación en seres humanos) capítulos 1, 2 y 3 (104). Se puede afirmar que la actual investigación sin duda pretendió aportar en el conocimiento de los factores asociados a la interrupción voluntaria del embarazo, tema que ha estado históricamente ligado a una profunda estigmatización y sanción social, por lo que ha vuelto a estar en la agenda legislativa del país promovido por el actual gobierno.

Continuando con las directrices de la resolución, se considera que según el artículo 11, el presente estudio se clasifica dentro de la categoría de investigación sin riesgo, teniendo en cuenta que es de fuente secundaria y no se tendrá ningún tipo de contacto con las mujeres de las cuales se obtuvieron los datos. Si bien es un tema sensible socialmente, metodológicamente este proyecto no emplea técnicas que intervienen o modifican intencionalmente, variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales.

Por último, se respetó en todo momento el principio de validez científica, dado que la metodología se estableció de forma coherente y con una rigurosidad técnica que permitió responder a los objetivos de la investigación de forma clara y completa, controlando en su mayor medida los potenciales errores y sesgos que se pudieran presentar. Todo esto con el fin de garantizar la validez interna y externa del proyecto de investigación.

## 6. RESULTADOS

Al realizar el análisis, se encontraron los siguientes datos perdidos en estas variables:

**Tabla 1. Distribución de datos perdidos por variables cuantitativas.**

		Variables		
		Número de uniones *	Edad primera relación sexual	Número de parejas sexuales
<b>Mujeres con IVE</b>	Válido	252	311	304
	Perdidos	<b>66</b>	<b>7</b>	<b>14</b>
<b>Mujeres sin IVE</b>	Válido	794	943	945
	Perdidos	<b>161</b>	<b>12</b>	<b>10</b>

\* Pérdida mayor del 20%

### Análisis univariado

6.1 Describir las características sociodemográficas de la población de estudio.

#### Variables sociodemográficas

- Escolaridad, estado civil y número de uniones

La tabla 2 nos muestra un resumen de los hallazgos. Con respecto a la escolaridad, las mujeres que presentaron interrupción voluntaria del embarazo presentan mayor proporción hasta la secundaria completa. Sin embargo, las mujeres sin IVE tiene mayor proporción de escolaridad universitaria (43,9% vs 36,8%). Las mujeres sin educación o con educación solo preescolar fue inferior al 1% en ambos grupos. Por otra parte, se observó que las mujeres que presentaron IVE, tenían mayor proporción de estado civil sin pareja (separada, nunca unida, viuda). La mayor proporción de mujeres casadas y unidas estuvo en el grupo de las mujeres sin IVE (20,1% vs 13,2% y 47,6% vs 41,5%; respectivamente). Las mujeres divorciadas presentaron igual distribución en ambos grupos.

Finalmente, el promedio de uniones para ambos grupos fue similar (1,13 para las mujeres con IVE y 1,43 para aquellas sin IVE). Así mismo, los valores máximos presentaron grandes diferencias entre grupos; siendo cuatro, el máximo número de uniones reportadas (mujeres sin IVE).

#### Variables ginecológicas

- Menarquia y edad de primera relación sexual

Tal y como confirma la tabla 3, la mediana de la menarquia fue 13 años para ambos grupos; mientras que la edad más temprana evidenciada para el grupo de mujeres con IVE fue de 8 años. Por su parte, en el grupo de las mujeres sin IVE, la

edad más tardía de este evento fue 19 años. Con respecto a la edad de primera relación sexual, se establecieron diferencias entre ambos grupos. En las mujeres con IVE la edad promedio fue de 15,77 años; mientras que el promedio de edad para las mujeres sin IVE fue de 17,74 años. Es de resaltar que la edad más baja encontrada de inicio de relaciones sexuales fue de 8 años y se ubicó en el grupo de mujeres con IVE.

- Uso de métodos anticonceptivos y uso de anticoncepción de emergencia

El uso alguna vez en la vida de métodos anticonceptivos tuvo una prevalencia alta en ambos grupos; siendo del 99,4% para las mujeres con IVE y 97,3% para las mujeres sin IVE (ver tabla 2). Al evaluar el uso alguna vez en la vida de anticoncepción de emergencia, se evidenció que las mujeres con IVE reportaban un mayor uso que aquellas sin IVE (razón de 1,7:1). Casi la mitad de las mujeres sin IVE no habían usado nunca este método, sin embargo, un porcentaje importante en ambos grupos no tuvo respuesta (NA).

- Uso de condón en primera relación sexual

Las mujeres sin IVE presentaron una proporción ligeramente mayor de uso de condón en la primera relación sexual frente a aquellas con IVE (14,9% vs 11,6%). Sin embargo, no se encontró respuesta en más de dos tercios de las mujeres de cada grupo (NA).

- Número de embarazos, número de hijos y número de parejas sexuales durante la vida

Se encontró en las mujeres con IVE una mediana de 3 embarazos, mientras que, en las mujeres sin este desenlace, la mediana fue de 1. El número de hijos para ambos grupos tuvo promedios similares (1,56 para IVE vs 1,42 para sin IVE) y medianas iguales (1 hijo). Se encontró un valor máximo de 11 hijos en el grupo de mujeres sin el desenlace estudiado (ver tabla 3).

El promedio de parejas sexuales para las mujeres con IVE fue de 6,69 personas, mientras que la mediana fue de 4. Se encontraron un valor máximo de 95 parejas sexuales. Por otra parte, en el grupo sin IVE, el promedio de compañeros sexuales fue de 2,87 con una mediana de 2. El valor máximo encontrado en este grupo fue de 50 parejas.

**Tabla 2. Características sociodemográficas y ginecológicas, de las mujeres entre 13-49 años, según desenlace.**

Variables	Mujeres con IVE		Mujeres sin IVE	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
<b>Escolaridad</b>				
Sin educación o preescolar	1	0,30%	8	0,80%

Primaria incompleta	18	5,70%	40	4,20%
Primaria completa	24	7,50%	61	6,40%
Secundaria incompleta	61	19,20%	160	16,80%
Secundaria completa	97	30,50%	267	28,00%
Universitaria	117	36,80%	419	43,90%
<b>Estado Civil</b>				
Casada	42	13,20%	192	20,10%
Divorciada	1	0,30%	3	0,30%
Separada	75	23,60%	137	14,30%
Unida	132	41,50%	455	47,60%
Nunca unida	64	20,10%	161	16,90%
Viuda	4	1,30%	7	0,70%
<b>Uso de métodos anticonceptivos</b>				
No	2	0,60%	26	2,70%
Sí	316	99,40%	929	97,30%
<b>Uso de anticoncepción de emergencia*</b>				
No	125	39,30%	474	49,60%
Sí	136	42,80%	239	25,00%
NA	57	17,90%	242	25,30%
<b>Uso de condón primera relación sexual*</b>				
No	56	17,60%	145	15,20%
Sí	37	11,60%	142	14,90%
No sabe/No recuerda	1	0,30%	1	0,10%
NA	224	70,40%	667	69,80%

\* Variables excluidas del análisis bivariado por pérdida mayor del 20%

**Tabla 3. Medidas de resumen variables sociodemográficas y ginecológicas de las mujeres entre 13-49 años, según desenlace.**

Desenlace	Estadísticos	Variables					
		Número de uniones	Menarquia	Edad primera relación sexual	Número de embarazos	Número de hijos	Número de parejas sexuales
<b>Mujeres con IVE</b>	Media	1,43	12,73	15,77	3,1	1,56	6,69
	SD	0,685	1,536	2,847	1,807	1,465	11,178
	Mediana	1	13	15	3	1	4
	Rango	1	2	3	2	2	4
	Máximo	4	17	41	12	9	95
	Mínimo	1	8	8	1	0	1

	Media	1,13	12,98	17,74	1,42	1,42	2,87
	SD	0,361	1,619	3,663	0,705	0,705	2,937
<b>Mujeres sin IVE</b>	Mediana	1	13	17	1	1	2
	Rango	0	2	4	1	1	2
	Máximo	3	19	38	11	11	50
	Mínimo	1	9	10	1	1	1

#### Variables de tipos de violencia

- Violencia psicológica, violencia física y violencia económica por la pareja

La tabla 4 nos muestra que casi dos tercios de las mujeres que habían presentado IVE, reportaron haber presentado violencia psicológica por la pareja (60,4%); mientras que menos de la mitad de las mujeres sin IVE la habían presentado. Adicionalmente, se encontró que independiente del desenlace, más de la mitad de las mujeres no había sufrido violencia física por parte de la pareja, sin embargo, la mayor proporción de mujeres que sí presentó este evento se encontró en el grupo de las de IVE (razón de 1,7:1).

Casi el 80% de las mujeres sin IVE no habían presentado ningún tipo de violencia económica por parte de la pareja, sin embargo, más de un tercio de las mujeres con IVE, sí reportaban esta situación (34,9%).

- Violencia sexual por la pareja y agresión durante el embarazo

La mayoría de las mujeres de ambos grupos reportó no haber presentado violencia sexual por parte de la pareja (65,7% para IVE y 78,6% para sin IVE). Sin embargo, llama la atención que un 13% de las mujeres con IVE sí manifiestan haber sufrido de este tipo de violencia frente a tan solo un 3% en aquellas que no tuvieron interrupción. Hay una pérdida de datos de aproximadamente de un 20% en ambos grupos. Por otra parte, cerca de una quinta parte de las mujeres con IVE, manifestó haber presentado algún tipo de agresión durante el embarazo, mientras que este porcentaje fue mucho menor en el grupo de mujeres sin IVE (5,8%).

**Tabla 4. Descripción de las variables de tipos de violencia y educativas de las mujeres entre 13-49 años, según desenlace.**

Variables	Mujeres con IVE		Mujeres sin IVE	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
<b>Violencia psicológica por la pareja</b>				
No	126	39,60%	512	53,60%
Sí	192	60,40%	443	46,40%
<b>Violencia física por la pareja</b>				
No	203	63,80%	757	79,30%
Sí	115	36,20%	198	20,70%

<b>Violencia económica por la pareja</b>				
No	207	65,10%	757	79,30%
Sí	111	34,90%	198	20,70%
<b>Violencia sexual por la pareja*</b>				
No	209	65,70%	751	78,60%
Sí	42	13,20%	29	3,00%
NA	67	21,10%	175	18,30%
<b>Agresión en el embarazo</b>				
No	259	81,40%	888	93,00%
Sí	56	17,60%	51	5,30%
NA	3	0,90%	16	1,70%

\* Variable excluida del análisis bivariado por pérdida mayor del 20%

#### Variables educativas

- Información sobre sexualidad, interrupción voluntaria del embarazo y métodos anticonceptivos

Cerca del 95% de las mujeres de ambos grupos, manifestó haber recibido información sobre sexualidad. Con respecto a la información sobre IVE, las mujeres que tuvieron este desenlace manifestaron en una proporción ligeramente mayor, haber recibido esta información frente a aquellas sin IVE (61,9% vs 59,5%). Finalmente, más del 90% de las mujeres de ambos grupos, refirió haber recibido en alguna ocasión, información sobre métodos anticonceptivos (tabla 5).

#### Variables asociadas a la autonomía

- Decisión del cuidado de la salud, compras en el hogar y decisión de estudiar

Tal y como lo muestra la tabla 5, la decisión del cuidado de la salud recaía exclusivamente en las entrevistadas, en una mayor proporción en el grupo de aquellas que presentaron IVE (81,8% vs 77,9%). Mientras que la decisión recaía en ambos (pareja y entrevistada), en una mayor proporción en el grupo de las mujeres sin IVE (12% vs 8,8%). Con relación a las compras del hogar, las mujeres con IVE manifestaron en una razón mayor que esa decisión recaía exclusivamente sobre ellas (1,3:1). Finalmente, la decisión de estudiar en ambos grupos recaía de forma exclusiva en las mujeres entrevistadas en una mayor proporción (más del 60%).

- Decisión relaciones sexuales

Se observó en las mujeres con IVE, que la decisión de las relaciones sexuales recaía exclusivamente en ellas en un 57,5%; mientras que la mayor proporción de mujeres sin IVE, manifestaron que dicha decisión recaía en ambos (51,7%).

**Tabla 5. Distribución porcentual de las variables educativos, de autonomía de las mujeres entre 13-49 años, según desenlace.**

Variables	Mujeres con IVE		Mujeres sin IVE	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
<b>Información sobre sexualidad</b>				
No	13	4,10%	55	5,80%
Sí	305	95,90%	900	94,20%
<b>Información sobre IVE</b>				
No	108	34,00%	332	34,80%
Sí	197	61,90%	568	59,50%
NA	13	4,10%	55	5,80%
<b>Información sobre métodos anticonceptivos</b>				
No	13	4,10%	35	3,70%
Sí	292	91,80%	865	90,60%
NA	13	4,10%	55	5,80%
<b>Decisión cuidado de la salud</b>				
Alguien más	16	5,00%	49	5,10%
Ambos	28	8,80%	115	12,00%
Entrevistada	260	81,80%	744	77,90%
Entrevistada y alguien más	5	1,60%	13	1,40%
Pareja	9	2,80%	34	3,60%
<b>Decisión compras del hogar</b>				
Alguien más	60	18,90%	154	16,10%
Ambos	85	26,70%	352	36,90%
Entrevistada	124	39,00%	279	29,20%
Entrevistada y alguien más	18	5,70%	63	6,60%
Nadie	5	1,60%	5	0,50%
Pareja	26	8,20%	102	10,70%
<b>Decisión de estudiar</b>				
Alguien más	8	2,50%	24	2,50%
Ambos	42	13,20%	211	22,10%
Entrevistada	222	69,80%	602	63,00%
Entrevistada y alguien más	5	1,60%	27	2,80%

Nadie	35	11,00%	62	6,50%
Pareja	6	1,90%	29	3,00%
<b>Decisión relaciones sexuales</b>				
Alguien más			5	0,50%
Ambos	118	37,10%	494	51,70%
Entrevistada	183	57,50%	406	42,50%
Entrevistada y alguien más	2	0,60%	5	0,50%
Nadie	5	1,60%	7	0,70%
Pareja	10	3,10%	38	4,00%

### Variables económicas

- Trabajó alguna vez, ocupación y quintil de riqueza

Tan solo el 15% de las mujeres con IVE, manifestaron haber trabajado alguna vez en la vida; mientras que este porcentaje fue ligeramente mayor en el grupo de las mujeres sin IVE, siendo del 18,6. No se encontró respuesta en más de un 70% de las encuestadas de ambos grupos. Con respecto a la ocupación, la mayoría de las mujeres con IVE manifestaron ser trabajadoras de servicios y comerciantes (32,1% y 29,9%; respectivamente). En el grupo de las mujeres sin IVE, se evidenció un comportamiento similar, siendo el 27% trabajadoras de servicios y el 22% comerciantes. Menos del 2% de las mujeres de ambos grupos, se desempeñaban como funcionarias públicas superiores (ver tabla 6).

Finalmente, la mayor proporción de mujeres de ambos grupos, se ubican en el quintil de riqueza bajo teniendo una razón de 1,24:1 a favor de las de IVE.

**Tabla 6. Caracterización de las variables económicas de las mujeres entre 13-49 años, según desenlace.**

Variables	Mujeres con IVE		Mujeres sin IVE	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
<b>Trabajó alguna vez*</b>				
No	17	5,30%	86	9,00%
Sí	49	15,40%	178	18,60%
NA	252	79,20%	691	72,40%
<b>Ocupación</b>				
Comerciante, vendedora	95	29,90%	210	22,00%
Directora, funcionaria pública superior	6	1,90%	11	1,20%
Personal administrativo, trabajadora asimilada	22	6,90%	114	11,90%
Profesional, técnica, trabajadora asimilada	33	10,40%	152	15,90%
Trabajadora agropecuaria, forestal, pescadora, cazadora	9	2,80%	57	6,00%

Trabajadora de los servicios	102	32,10%	258	27,00%
Trabajadora que no puede ser clasificada según ocupación y FF AA	23	7,20%	47	4,90%
Trabajadora, operaria no agrícola, conductora de máquina, vehículo de transporte, trabajadora asimilada	11	3,50%	20	2,10%
NA	17	5,30%	86	9,00%
<b>Quintil de riqueza</b>				
Más bajo	49	15,40%	224	23,50%
Bajo	118	37,10%	286	29,90%
Medio	83	26,10%	206	21,60%
Alto	41	12,90%	139	14,60%
Más alto	27	8,50%	100	10,50%

\* Variable excluida por pérdida mayor del 20%

### Pruebas de normalidad

Después de realizar el análisis descriptivo de las variables del estudio, se obtuvo la prueba de normalidad para las variables cuantitativas. Se observó por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov; que el número de uniones, menarquia, edad de la primera relación sexual, número de embarazos, número de hijos y número de parejas sexuales; no tenían distribución normal ( $p < 0,000$ ).

### Evaluación colinealidad

Con el fin de identificar posibles interacciones entre variables, se realizó un análisis de colinealidad y se logró establecer por medio de una prueba de  $X^2$ , que la variable *uso de métodos anticonceptivos* y *uso de anticoncepción de emergencia* están asociadas entre ellas ( $p < 0,025$ ); por lo cual, ofrecían información similar. Se decidió para el análisis bivariado, incluir solamente el uso de anticoncepción de métodos anticonceptivos, debido a que el uso de anticoncepción de emergencia tenía más de un 20% de datos perdidos.

## 6.2 Representación geográfica de la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres entre 13-49 años en Colombia.

Al evaluar la distribución porcentual de la IVE según departamentos, se pudo evidenciar que Bogotá presenta la mayor proporción de interrupciones del país con un 11%, seguido llamativamente del Chocó con 7,9% y San Andrés y Providencia con 7,2%. Posteriormente aparecen departamentos como el Valle del Cauca y Antioquia. Por otra parte, la menor proporción de este evento se observó en los departamentos de Caldas y Putumayo con 0,3%.

**Tabla 7 Distribución porcentual de la interrupción voluntaria del embarazo, según departamentos.**

<b>Departamento</b>	<b>%</b>	<b>Departamento</b>	<b>%</b>
Amazonas	2,8%	Huila	1,9%
Antioquia	6,6%	La Guajira	4,1%
Arauca	2,2%	Magdalena	0,6%
Atlántico	6,6%	Meta	0,9%
Bogotá	11,0%	Nariño	1,9%
Bolívar	2,8%	Norte de Santander	1,6%
Boyacá	2,2%	Putumayo	0,3%
Caldas	0,3%	Quindío	1,3%
Caquetá	0,9%	Risaralda	2,8%
Casanare	0,6%	San Andrés y Providencia	7,2%
Cauca	3,5%	Santander	2,5%
Cesar	4,7%	Sucre	0,9%
Chocó	7,9%	Tolima	1,6%
Córdoba	1,9%	Valle del Cauca	6,9%
Cundinamarca	2,2%	Vaupés	2,2%
Guainía	1,9%	Vichada	1,9%
Guaviare	3,1%		

# Distribución porcentual de la IVE según departamento



Powered by Bing  
© GeoNames, HERE, Microsoft, Wikipedia

## Análisis bivariado

Antes de llevar a cabo las pruebas de asociación, se debe aclarar que se decidió excluir del análisis, a todas aquellas respuestas en las diferentes variables que tuvieran como categoría de respuesta "No aplica" (NA); esto debido a que no proporcionaban ninguna información relevante y que pudiera ser analizada respecto al factor explorado, por lo que se las tomó como datos perdidos. Adicionalmente, aquellas variables que tuvieran más de un 20% de respuesta como NA o de datos perdidos, no se incluyeron en las pruebas de asociación pues era muy alta la pérdida y podría conducir a sesgos de información.

Teniendo en cuenta lo anterior, las variables uso de anticoncepción de emergencia (NA del 17% para mujeres con IVE y del 25% para mujeres sin IVE), uso de condón en primera relación sexual (NA del 70% para ambos grupos), ha trabajado alguna vez en la vida (NA del 79% para mujeres con IVE y del 72% para mujeres sin IVE) y violencia sexual por la pareja (NA del 21% para mujeres con IVE y del 18% para mujeres sin IVE); se excluyeron del análisis bivariado por su alta proporción de 'No aplica'. Del mismo modo, la variable número de uniones fue excluida por tener más del 20% de los datos perdidos.

Por otro lado, las variables información sobre interrupción voluntaria del embarazo (NA del 4,1% para mujeres con IVE y del 5,8% para mujeres sin IVE), información sobre métodos anticonceptivos (NA del 4,1% para mujeres con IVE y del 5,8% para mujeres sin IVE), y agresión durante el embarazo (NA del 0,9% para mujeres con IVE y del 1,7% para mujeres sin IVE); fueron analizadas en función de las categorías de respuesta diferentes a 'NA'.

Del mismo modo, dadas las frecuencias observadas en algunas variables durante el análisis descriptivo, se decidió recategorizar las mismas, con el fin de realizar un análisis más claro y con mayor capacidad de asociación. Finalmente se estableció lo siguiente:

- Estado civil: fue recategorizada en *sin pareja* y *con pareja*.
- Escolaridad: fue recategorizada en *no universitaria* y *universitaria*.
- Decisión del cuidado de la salud, decisión última relación sexual, decisión compras en el hogar y decisión de estudiar: fue recategorizada en *decisión exclusiva de la entrevistada* y *decisión no exclusiva de la entrevistada*.
- Quintil de riqueza: fue recategorizada en una nueva variable llamada 'Nivel económico' con las categorías de respuesta *bajo*, *medio* y *alto*.

Finalmente, con respecto a la variable ocupación, dadas las múltiples categorías de respuesta que tenía y por su dificultad de agrupación para recategorizar, se decidió excluirla del presente análisis bivariado.

### 6.3 Analizar las diferencias respecto a las variables sociodemográficas, gineco-obstétricas y económicas, entre las mujeres que presentaron interrupción voluntaria del embarazo y aquellas que tuvieron embarazo con nacido vivo

Con respecto a la escolaridad, se evidenció que las mujeres que alcanzaron estudios universitarios tenían 26% menos probabilidad de presentar IVE, frente a aquellas que no tenían estudios universitarios (ORa 0,74; IC95% 0,57 – 0,96). Así mismo al analizar el desenlace por estado civil, se observó que las mujeres que manifestaban no haber tenido pareja tenían 1,73 veces la probabilidad de presentar IVE, frente a aquellas que referían haber tenido alguna.

Al analizar las variables ginecológicas, se determinó que la edad de la primera relación sexual (p 0,000), el número de parejas sexuales (p 0,000) y el número total de embarazos (p 0,000) mostraron diferencias estadísticamente significativas en las medianas según el desenlace. Las mujeres que manifestaron no haber usado métodos anticonceptivos, tenían 78% menos probabilidad de presentar el desenlace con respecto a aquellas que sí los habían usado (IC95% 0,05-0,95). Por otra parte, la menarquia (p 0,088) y el número de hijos (p 0,797); no mostraron ser variables asociadas con el desenlace en este estudio.

Al evaluar la variable nivel económico, no se encontró asociación entre los distintos niveles y el desenlace (p 0,174).

### 6.4 Identificar los patrones diferenciales respecto a los tipos de violencia, autonomía y educación; entre las mujeres que presentaron interrupción voluntaria del embarazo y aquellas que tuvieron embarazo con nacido vivo

Frente a las prácticas violentas que habían sufrido las mujeres del estudio durante su vida, se determinó que aquellas que habían presentado violencia psicológica, tenían 76% más riesgo que presentar IVE que aquellas que no habían presentado (IC 95% 1,36-2,28). Así mismo, para la violencia física, el OR fue de 2,16 (IC95% 1,64-2,85), lo que sin duda muestra ser una variable con mayor influencia en el desenlace. Para violencia económica, se encontró que aquellas mujeres que la habían presentado tenían 1,05 veces más riesgo, que aquellas que nunca habían sufrido este tipo de práctica (IC 95% 1,55-2,70).

Finalmente, al evaluar la agresión en el embarazo, se observó que las mujeres que fueron agredidas tenían 3,76 veces la probabilidad de presentar IVE frente a aquellas que no fueron agredidas durante el embarazo (IC95% 2,51-5,63).

Con respecto a la autonomía, se observó que las mujeres que manifestaban que la decisión de las relaciones sexuales recaía exclusivamente en ellas, tenían 83% mayor probabilidad de presentar IVE frente a aquellas en que la decisión no era exclusiva de ellas (IC95% 1,41-2,36). Con respecto a la decisión de las compras en el hogar, se encontró asociación positiva con el desenlace para aquellas mujeres

que manifestaban que la decisión recaía exclusivamente en ellas (OR 1,54; IC95% 1,18-2,01). Al evaluar la autonomía frente a la decisión de estudiar, las mujeres que manifestaron que la decisión era exclusiva de ellas, tenían 35% más probabilidades de presentar IVE que aquellas en las que dicha decisión recaía en más personas (IC95% 1,03-1,78). Finalmente, no hubo asociación entre la decisión del cuidado de la salud y el desenlace estudiado (p 0,168).

Los factores educativos no mostraron asociación estadísticamente significativa con la presentación de IVE. De este modo, haber recibido información sobre sexualidad (p 0,316), información sobre IVE (p 0,693) e información sobre métodos anticonceptivos (p 0,905); no muestran ser variables determinantes para este estudio.

**Tabla 8. Asociación entre las características sociodemográficas, ginecológicas, de violencia, autonomía y económicas; con la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia.**

Variables	IVE	No IVE	$\chi^2$	Valor P	OR	IC 95%
<b>Escolaridad</b>						
Universitaria	117	419	4,61	<b>0,032</b>	0,74	0,57 - 0,96
No universitaria	201	536			1	
<b>Estado Civil</b>						
Sin pareja	144	308	17,1	<b>0,000</b>	1,73	1,34 - 2,25
Con pareja	174	647			1	
<b>Uso de métodos anticonceptivos</b>						
No	2	26	3,93	<b>0,047</b>	0,22	0,05 - 0,95
Si	316	929			1	
<b>Nivel económico</b>						
						<i>p 0,174</i>
Bajo	167	510	0,73	0,391	1,15	0,83 - 1,58
Medio	83	206	3,38	0,066	1,41	0,97 - 2,05
Alto	68	239			1	
<b>Violencia psicológica</b>						
Sí	192	443	18,1	<b>0,000</b>	1,76	1,36 - 2,28
No	126	512			1	
<b>Violencia física</b>						
Sí	115	198	29,7	<b>0,000</b>	2,16	1,64 - 2,85
No	203	757			1	
<b>Violencia económica</b>						
Sí	111	198	25,2	<b>0,000</b>	2,05	1,55 - 2,70
No	207	757			1	
<b>Agresión durante el embarazo</b>						
Sí	56	51	44,4	<b>0,000</b>	3,76	2,51 - 5,63
No	259	888			1	

<b>Decisión cuidado de la salud</b>						
Exclusivamente entrevistada	260	744	1,90	0,168	1,27	0,92 - 1,75
No exclusiva entrevistada	58	211			1	
<b>Decisión relaciones sexuales</b>						
Exclusivamente entrevistada	183	406	21,0	<b>0,000</b>	1,83	1,41 - 2,36
No exclusiva entrevistada	135	549			1	
<b>Decisión estudiar</b>						
Exclusivamente entrevistada	222	602	4,50	<b>0,034</b>	1,35	1,03 - 1,78
No exclusiva entrevistada	96	353			1	
<b>Decisión compras en el hogar</b>						
Exclusivamente entrevistada	124	279	10,0	<b>0,001</b>	1,54	1,18 - 2,01
No exclusiva entrevistada	194	676			1	
<b>Información sobre sexualidad</b>						
No	13	55	1,00	0,316	0,69	0,37 - 1,29
Si	305	900			1	
<b>Información sobre IVE</b>						
No	108	332	0,15	0,693	0,93	0,71 - 1,23
Si	197	568			1	
<b>Información sobre métodos anticonceptivos</b>						
No	13	35	0,01	0,905	1,10	0,57 - 2,10
Si	292	865			1	

**Tabla 9. Asociación de las variables cuantitativas ginecológicas con la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia.**

Variable	IVE	Sin IVE	Valor p
Número de hijos	1	1	0,797
Menarquia	13	13	0,088
Edad primera relación sexual	15	17	<b>0,000</b>
Número de parejas sexuales	4	2	<b>0,000</b>
Número total de embarazos	3	1	<b>0,000</b>

## 6.5 Medidas de impacto para los factores asociados a la interrupción voluntaria del embarazo

Teniendo en cuenta las variables que previamente se describieron y que presentaban alguna asociación estadísticamente significativa con el desenlace, se establecieron las medidas de impacto para las mismas, obteniendo en este caso, el porcentaje de riesgo atribuible poblacional (%RAP) a partir de la siguiente fórmula:

$$\%RAP: \frac{Pe(RD-1)}{1+Pe(RD-1)} \times 100$$

**Tabla 10. Resumen de medidas de impacto para los factores asociados a la interrupción voluntaria del embarazo**

Variable	%RAP
Escolaridad	17,6%
Estado civil	24,7%
Violencia psicológica por parte de la pareja	31,3%
Violencia física por parte de la pareja	29,4%
Violencia económica por parte de la pareja	26,7%
Agresión durante el embarazo	32,7%
Decisión última relación sexual	32,2%
Decisión estudiar	19,6%
Decisión compras del hogar	17,3%

De acuerdo con la tabla, se puede afirmar que la agresión durante el embarazo aparece como el factor que mayor influye en el desenlace, por lo que se puede establecer que, si se controla la exposición a este tipo de violencia durante la gestación, se estaría disminuyendo la presentación de este evento en un 32%.

## Análisis multivariado

### 6.6 Factores que explican la presentación de la interrupción voluntaria del embarazo en las mujeres de 13-49 años en Colombia

Después de identificar las variables que estaban asociadas estadísticamente a la interrupción voluntaria del embarazo, se llevó a cabo una regresión logística binaria. Por medio del método de *forward wald*, se establecieron los modelos que mejor explicaban el problema de investigación y daban respuesta al objetivo propuesto.

Las variables incluidas en el análisis final fueron:

- Cuantitativas: edad de la primera relación sexual, número de parejas sexuales y número total de embarazos.
- Cualitativas: escolaridad, estado civil, uso de métodos anticonceptivos, violencia psicológica, violencia física, violencia económica, agresión durante el

embarazo, decisión última relación sexual, decisión compras en el hogar, decisión estudiar.

Después de correr la regresión logística binaria se obtuvo el siguiente modelo:

$$P(\text{IVE} = 1) = \frac{1}{1 + e^{2,38 - 1,02(\text{Estado Civil}) - 0,394(\text{Escolaridad}) - 1,41(\# \text{ total embarazos}) - 0,09(\# \text{ parejas sexuales}) + 0,14(\text{Edad primera relación sexual})}}$$

La tabla 11 resume los ORa con sus respectivos IC para las variables que ingresaron en el modelo final. Se logró establecer que las mujeres que estaban sin pareja tenían 1,77 veces más probabilidad de presentar IVE, frente a aquellas que manifestaban tener pareja (ORa 2,77; IC95% 1,91-4,02); al ajustar por escolaridad, número total de embarazos, número de parejas sexuales y edad de primera relación sexual.

Adicionalmente, este estudio demostró que las mujeres que tenían un grado de escolaridad universitario tenían 48% más probabilidad de presentar IVE, frente a aquellas que no tenían educación universitaria (ORa 1,48; IC95% 1,02-2,14); al ajustar por estado civil, número total de embarazos, número de parejas sexuales y edad de primera relación sexual.

Con respecto al número de embarazos, se puede afirmar que por cada embarazo adicional que tiene la mujer, las probabilidades de presentar IVE aumentan 3 veces (ORa 4,09; IC95% 3,37-4,98); al ajustar por al ajustar por estado civil, escolaridad, número de parejas sexuales y edad de primera relación sexual.

La probabilidad de tener una interrupción voluntaria del embarazo es 10% mayor por cada pareja sexual adicional que tiene la mujer (ORa 1,10; IC95% 1,05-1,15); al ajustar por estado civil, escolaridad, número total de embarazos y edad de primera relación sexual.

Del mismo modo, la probabilidad de tener una interrupción voluntaria de embarazo disminuye casi un 14% por cada año que aumenta la edad de la primera relación sexual en las mujeres (ORa 0,86; IC95% 0,80-0,92); al ajustar por estado civil, escolaridad, número total de embarazos y número de parejas sexuales.

#### *Bondad de ajuste del modelo*

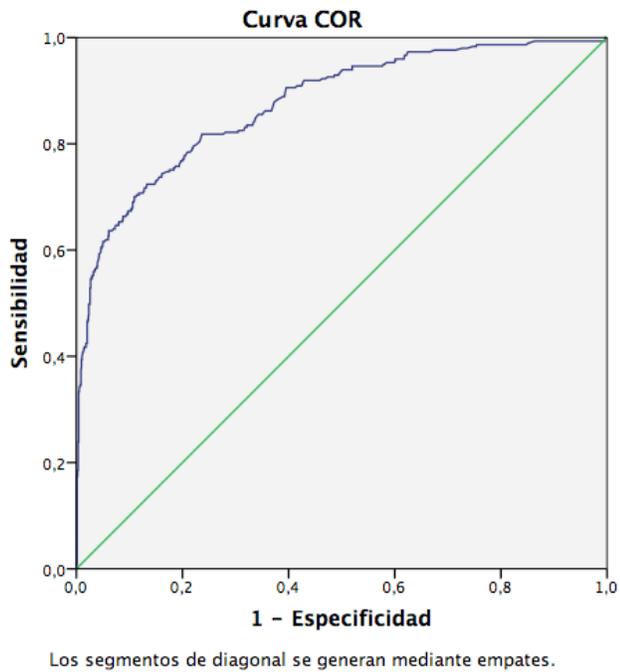
Con el fin de establecer que tan bien ajusta este modelo, se estableció la siguiente prueba de hipótesis:

H0: el modelo es perfecto (ajusta bien) Ha: el modelo no es perfecto (no ajusta bien)

Se corrió la prueba de Hosmer y Lemeshow obteniendo  $p=0,906$  por lo cual no se rechazó H0 y se pudo afirmar que el modelo es perfecto.

### *Discriminación del modelo*

Como el fin de determinar que la capacidad de discriminación del modelo final, se realizó una curva ROC que mostró:



Curva ROC = 0,875. Se pudo afirmar que el modelo tiene muy buena discriminación.

**Tabla 11. Regresión logística explicativa con OR e IC crudos y ajustados para la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres entre 13-49 años.**

Variables	Valor P	OR	IC 95%	Valor P	ORa	IC 95%
<b><i>Escolaridad</i></b>						
Universitaria	<b>0,032</b>	0,74	0,57 - 0,96	<b>0,036</b>	<b>1,48</b>	<b>1,02 - 2,14</b>
No universitaria		1			<b>1</b>	
<b><i>Estado Civil</i></b>						
Sin pareja	0,000	1,73	1,34 - 2,25	<b>0,000</b>	<b>2,77</b>	<b>1,91 - 4,02</b>
Con pareja		1			<b>1</b>	
<b><i>Uso de métodos anticonceptivos</i></b>						
No	0,047	0,22	0,05 - 0,95	0,093	0,25	0,05 - 1,25
Sí		1			1	
<b><i>Violencia psicológica</i></b>						
Sí	0,000	1,76	1,36 - 2,28	0,213	0,74	0,47 - 1,18
No		1			1	
<b><i>Violencia física</i></b>						
Sí	0,000	2,16	1,64 - 2,85	0,924	1,02	0,62 - 1,68
No		1			1	
<b><i>Violencia económica</i></b>						
Sí	0,000	2,05	1,55 - 2,70	0,335	0,77	0,46 - 1,30
No		1			1	
<b><i>Agresión durante el embarazo</i></b>						
Sí	0,000	3,76	2,51 - 5,63	0,375	1,31	0,71 - 2,41
No		1			1	
<b><i>Decisión relaciones sexuales</i></b>						
Exclusivamente entrevistada	0,000	1,83	1,41 - 2,36	0,635	1,14	0,64 - 2,03
No exclusiva entrevistada		1			1	
<b><i>Decisión estudiar</i></b>						
Exclusivamente entrevistada	0,034	1,35	1,03 - 1,78	0,069	1,48	0,97 - 2,28
No exclusiva entrevistada		1			1	
<b><i>Decisión compras en el hogar</i></b>						
Exclusivamente entrevistada	0,001	1,54	1,18 - 2,01	0,259	0,79	0,53 - 1,18
No exclusiva entrevistada		1			1	
Edad primera relación sexual	0,000			<b>0,000</b>	<b>0,86</b>	<b>0,80 - 0,92</b>
Número de parejas sexuales	0,000			<b>0,000</b>	<b>1,10</b>	<b>1,05 - 1,15</b>
Número total de embarazos	0,000			<b>0,000</b>	<b>4,09</b>	<b>3,37 - 4,98</b>

## 7. DISCUSIÓN

La interrupción voluntaria del embarazo es un tema ampliamente estudiado y debatido a nivel mundial. Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres han sido reivindicados de manera significativa en los últimos 50 años, motivo por el cual, esta práctica se ha legitimado progresivamente en los países de medianos ingresos. Sin embargo, a pesar de estos avances y de contar con marcos legales que despenalizan parcialmente el aborto, todavía existen enormes desigualdades en el acceso efectivo a la interrupción en las distintas partes del mundo e incluso, entre las diferentes regiones que componen un país. Más allá de la legalización del aborto que es un paso muy importante, es necesario identificar los factores que se asocian con este desenlace pues dichos factores pueden reflejar condiciones de inequidad que requieren ser intervenidas para garantizar un mejor desarrollo social.

En gran parte de los países europeos, asiáticos y africanos se han llevado a cabo múltiples estudios que describen el panorama de la interrupción voluntaria del embarazo; sin embargo, no todos han tenido como finalidad explicar sus causas o mostrar asociaciones con condiciones demográficas, sociales, económicas, etc. En lo que respecta a Latinoamérica, México ha aportado alguna evidencia importante respecto a este problema de salud pública. En Colombia, son pocas las publicaciones que han abordado el fenómeno con la rigurosidad técnica suficiente y algunos datos obtenidos son resultado de modelos económicos predictivos que no pretenden establecer asociaciones que analicen con mayor profundidad la problemática.

En el presente estudio, se exploraron diferentes factores que pueden estar asociados con la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia. La novedad de esta investigación está dada por el uso de los datos de una fuente oficial como lo es la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015. Así mismo, se intentó innovar en el abordaje del problema incluyendo variables sociodemográficas, ginecológicas, de violencia, autonomía y económicas; esto, con el fin de hacer un análisis más completo y tener una visión más amplia a la hora de establecer asociaciones entre cada una de las variables y el desenlace; situación que no se había llevado a cabo hasta el momento en ninguna de las publicaciones llevadas a cabo en el país en torno al tema.

- *Principales hallazgos*

Al analizar los resultados obtenidos, se logró determinar que el número total de embarazos, el estado civil, la escolaridad, la edad de la primera relación sexual y el número de parejas sexuales; aparecen como los factores que más se asocian con la interrupción voluntaria del embarazo en las mujeres entre 13-49 años en Colombia.

El número de embarazos de la mujer aparece como el factor que mayor asociación muestra con la interrupción voluntaria del embarazo. Por cada embarazo adicional que tiene la mujer, las probabilidades de presentar IVE aumentan 3 veces; por lo que un embarazo no deseado en una mujer con paridad satisfecha constituye un factor que puede predisponer a la terminación de este.

El uso de métodos anticonceptivos modernos en Colombia ha mostrado un incremento de 20 puntos porcentuales entre 1990 y el 2015 (54,6% vs 75,9%). Este hecho demuestra que el acceso a métodos de planificación ha mejorado significativamente y este hecho va de la mano con la disminución en la tasa global de fecundidad para la población que según los datos del Banco Mundial, era de 1,83 hijos por mujer para el año 2017(105). Es evidente que las mujeres cada vez desean menos hijos y, por ende, un embarazo no deseado puede significar una alteración en el proyecto de vida, ante lo cual, la interrupción de éste aparece como una posible salida. Si bien el uso de anticonceptivos ha mejorado, no deja de ser un hecho preocupante que según la ENDS 2015, un 19,1% de las mujeres que se encontraban unidas y un 17,5% de las no unidas pero que eran sexualmente activas no usaban métodos anticonceptivos, lo que significa que casi un quinto de la población femenina sexual activa está expuesta a un embarazo no planeado. Es primordial garantizar que las mujeres que tengan una paridad satisfecha usen algún método moderno de forma efectiva y adecuada; pues de esta manera se evitarán una mayor cantidad de interrupciones y de forma consecuente, experiencias emocionalmente dolorosas y que en algunos casos pueden generar traumas importantes en la persona.

A pesar de que el conocimiento sobre métodos anticonceptivos en Colombia es universal, se observan diferencias importantes frente a la comprensión de los derechos que se tienen en torno a estos. Según la ENDS 2015, tan solo el 59,5% de las mujeres entre 13-49 años sabían que las EPS proporcionan gratuitamente métodos temporales. Esto da cuenta de una necesidad insatisfecha que se relaciona con el no uso constante de métodos y el consecuente aumento del riesgo de tener mayor número de embarazos. Asegurar que las mujeres que no deseen más embarazos puedan materializar esta intención, es uno de los retos que afronta el país y el sistema de salud en la actualidad, pues de lo contrario, se asocia tal y como lo muestra este estudio, con la presentación interrupciones voluntarias del embarazo.

Existe alguna evidencia adicional que podría ser interpretada a favor de estos resultados obtenidos. En un estudio llevado a cabo por el CDC sobre vigilancia del aborto en Estados Unidos en 2015, si bien no se exploró el número total de embarazos, se logró determinar al comparar varios años que el porcentaje de mujeres que tuvieron abortos sin nacimientos vivos anteriores fue estable; en contraste, el porcentaje disminuyó 3% para las mujeres que tuvieron uno o dos nacimientos vivos anteriores y aumentó 13% para las mujeres con tres o más nacimientos vivos anteriores(106). Por otra parte, en Nepal se observó que del total de mujeres que presentaron IVE (2367), el 84% eran multigrávidas, lo que sin duda alguna, va en la misma línea de los resultados arrojados por este estudio(107). Sin embargo, es necesario destacar que no en todas las regiones se observa el mismo fenómeno, pues en el caso de Etiopía, la evidencia ha mostrado que el número total de embarazos no encuentra asociación con la interrupción de estos (108).

Es importante resaltar que a medida que los países alcanzan un mayor nivel de desarrollo y las mujeres acceden a un nivel de educación más alto con mejores posiciones en el mercado laboral, las expectativas reproductivas cambian (109).

Colombia se encuentra actualmente viviendo dicha transición económica en la que este fenómeno se presenta cada vez de forma más generalizada en la población, por lo tanto, múltiples embarazos pueden significar un obstáculo en el desarrollo personal. La formulación y la elaboración de un proyecto de vida conducente a la realización personal basado en la autonomía de la mujer, es parte esencial de los derechos sexuales y reproductivos de la población. Así mismo, decidir libremente la posibilidad de ser madre y el número de hijos deseados deben ser condiciones de las que gocen todas las mujeres. Dicho proyecto cada día está menos relacionado de forma exclusiva con la maternidad y proteger el plan que cada una tenga hace parte de la lucha por la equidad de género.

La escolaridad apareció como otro factor que influye en el desenlace estudiado. En la presente investigación, las mujeres que alcanzaron nivel universitario muestran mayor probabilidad de presentar la interrupción voluntaria del embarazo, frente a aquellas que tienen un grado de escolaridad menor. El desarrollo profesional puede ser un factor determinante en las mujeres con mayor escolaridad a la hora de decidir por la interrupción del embarazo. Parece que este hallazgo es variable según las características de la región que sea analizada. En Brasil, se observó un comportamiento similar en donde las mujeres con mayor escolaridad tenían mayor probabilidad de tener una interrupción y llevarla a cabo en condiciones seguras (80). Otro fenómeno sin embargo ocurre en Europa, en donde algunas publicaciones muestran que este desenlace está más asociado a mujeres con escolaridad baja debido al buen acceso a métodos de planificación que tienen las mujeres con mayor escolaridad y por otra parte, a la alta inmigración hacia estos territorios en donde la gran mayoría de las mujeres tienen una baja escolaridad pero pueden acceder a estos procedimientos que son prohibidos en sus países de origen (79)(110)(111).

Teniendo en cuenta el contexto de Colombia, es posible que las mujeres con mayor escolaridad sean las que mejor ejercen efectivamente sus derechos reproductivos y, por lo tanto, las que menos brechas muestran entre la familia deseada y la familia real. Los derechos contemplados en la constitución de Colombia se aplican a todas las mujeres independiente de sus ingresos, etnia, lugar de residencia, escolaridad u otra característica. Sin embargo, la realidad es que hay aún enormes desigualdades dentro del país que pueden generar diferencias frente a la obtención de información respecto a la interrupción voluntaria del embarazo, por lo que muchas mujeres pueden ver vulnerada la posibilidad de llevar a cabo esta.

La capacidad para ejercer los derechos reproductivos está en buena parte ligado al nivel de estudios, ya que aquellas mujeres que tienen baja escolaridad posiblemente deban enfrentar obstáculos de carácter informativo, social e institucional mucho más difíciles de superar que aquellas mujeres con educación superior; lo que traducirá en un pobre control de la fecundidad y en consecuencia en una disminución de la posibilidad de desarrollar el proyecto de vida deseado (112). Trabajar para que todas las mujeres tengan independiente de la escolaridad, la misma capacidad de acceso tanto a la anticoncepción como al derecho de la interrupción, debe ser una prioridad

desde la política pública ya que, de lo contrario, se estará perpetuando formas de discriminación e inequidad en la población.

Con relación al estado civil, las mujeres sin ningún tipo de unión tienen 1,77 veces más probabilidad de tener IVE, respecto a aquellas que si la tienen. Este hallazgo sugiere que el entorno familiar y el vínculo afectivo con la pareja, puede ser decisivo a la hora afrontar un embarazo –más aún no deseado- por lo que las mujeres que no tienen una pareja estable pueden ser más vulnerables a la situación y ver en la interrupción del embarazo una salida ante la posible incapacidad de asumir la maternidad de forma solitaria. Resultados similares se observaron en Estados Unidos y en Brasil, en donde los abortos inducidos estuvieron asociados a mujeres solteras (76)(113). No obstante, otros estudios muestran que hay países de bajos y medianos ingresos en donde el mayor número de intervenciones se generaron en mujeres casadas o con algún tipo de unión (71)(77).

Otro de los hallazgos importantes de este estudio es que el número de parejas sexuales durante la vida está asociado positivamente con la interrupción voluntaria del embarazo. Se determinó que por cada pareja sexual adicional que la mujer tiene, la probabilidad del presentar desenlace aumenta en un 10%. Una posible explicación a este hallazgo podría radicar en que, a mayor número de parejas sexuales, la probabilidad de que un método anticonceptivo de barrera falle es mayor, motivo por el cuál, el riesgo de un embarazo no deseado es alto. Así mismo, es probable que una mujer desee interrumpir su embarazo, si este es producto de una conducta sexual que involucra múltiples parejas en donde no existe un vínculo afectivo definido y sólido, dado que no tener una relación estable tal y como se evidenció previamente, puede significar un reto agobiante y un obstáculo frente al proyecto de vida.

Varios estudios apoyan y van en la misma línea de los resultados obtenidos. En Letonia se exploraron los factores de riesgo para embarazos no deseados y abortos posteriores entre mujeres de 16 a 25 años. Finalmente se logró determinar que el número de parejas sexuales durante la vida fue significativamente mayor en las mujeres que habían presentado un primer aborto, en comparación con aquellas que no habían tenido ( $p < 0.05$ ). Así mismo, un número menor de parejas sexuales estuvo asociado de forma estadísticamente significativa con la disminución del riesgo de embarazo no deseado(114). Por otra parte en un estudio entre trabajadoras de lugares de entretenimiento en Camboya, se encontró que el haber tenido más parejas sexuales en los últimos 12 meses (OR 1,86; IC 95% 1,02-1,54) estaba asociado directamente con el desenlace(115).

Múltiples parejas sexuales constituyen un factor de riesgo para presentar un embarazo no deseado y terminar en interrupción. Es necesario trabajar en esta conducta pues en el fondo, puede dar razón de una condición de vulnerabilidad. Tal como establece el Ministerio de salud en Colombia, una de las claves de una vida feliz y saludable es el disfrute de nuestra sexualidad y la toma de decisiones libres e informadas sobre nuestro cuerpo. Cualquier situación que limite este ejercicio o presione la autonomía de la mujer debe ser entendida como una desigualdad

susceptible de intervención. Es necesario reconocer y defender la libertad para decidir sobre el cuerpo y disfrutar las relaciones sexuales, pero proporcionando también herramientas que fortalezcan el criterio para la toma de esas decisiones.

Por último, la edad de la primera relación sexual de la mujer también está asociada con la interrupción voluntaria del embarazo. En el presente estudio la probabilidad de presentar el desenlace disminuye casi un 14% por cada año que aumenta la edad de la primera relación sexual en las mujeres (IC95% 0,78-0,95). Este hallazgo es consistente con el resultado obtenido en otro estudio realizado en Perú, en donde la probabilidad de aborto inducido disminuía un 13% por cada año en que se retrasaba la edad de la primera relación sexual(116)(117).

Es posible que esta situación se deba a que a medida en que las mujeres tienen relaciones sexuales más jóvenes, éstas no sean completamente planificadas y, por tanto, no se dimensionen realmente las consecuencias como puede ser un embarazo no deseado. Desde un punto de vista formativo, una mujer que inicia relaciones sexuales desde muy temprana edad probablemente no tiene la misma identidad, madurez y educación sexual para vivir responsablemente su vida sexual, si se compara con aquella que inicia más tarde. Así mismo, las mujeres más jóvenes pudieran no tener un acceso a métodos anticonceptivos tan efectivo como las mujeres de mayor edad (118)(109).

Una edad temprana de inicio de relaciones sexuales parece también correlacionarse con mayor número de parejas sexuales. Así lo demuestra una revisión sistemática publicada en 2014 (119), lo que también favorecería la presentación de interrupción voluntaria del embarazo a partir de los hallazgos del presente estudio. Finalmente esta revisión encontró reporte de mayores prevalencias de aborto entre las primeras iniciadoras de relaciones sexuales. Así mismo, se encontraron estudios en jóvenes británicas y finlandesas que mostraban aumento en la notificación de abortos en aquellas que experimentaron la primera relación sexual temprana (120). Por último, un estudio que analizó encuestas a mujeres en Rusia, Estonia y Finlandia; concluyó que las mujeres que tuvieron su primera relación sexual antes de los 18 años y habían tenido cuatro o más parejas sexuales durante su vida tenían más probabilidades de haber abortado(121).

Es importante insistir en la educación sexual. Si bien más del 90% de las mujeres en este estudio referían haber recibido información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos, en la práctica, esto no se traduce en una conducta totalmente adoptada y menos aún, en su correcto uso. Es fundamental, por lo tanto, presionar por programas que promuevan conductas sexuales responsables y el uso efectivo de métodos de planificación modernos, con el fin de disminuir el fenómeno del embarazo no deseado que conlleva a interrupciones voluntarias del mismo.

- Variables que no mostraron impacto

En el presente estudio, variables sociodemográficas como el quintil de riqueza; no mostraron asociación con el desenlace. Esta es un factor que tiene un comportamiento variable en el desenlace estudiado. En algunos países, son las mujeres de los quintiles más altos las que presentan mayor cantidad de interrupciones, no obstante, en otros lugares este fenómeno está más asociado a mujeres ubicadas en los quintiles de riqueza más bajos. Los contextos de cada país asociados a algunos procesos migratorios significativos (como en el caso de Europa) van a determinar qué tipo de mujeres son las que acceden en mayor proporción a este procedimiento (71). Para el presente estudio, esta variable no mostró ser influyente en el desenlace, lo cual sugiere que en Colombia el ingreso de una persona constituye un factor decisivo a la hora de llevar a cabo una interrupción del embarazo. Sin embargo, es importante seguir en futuros estudios seguir explorando esta variable y analizar en qué línea va su comportamiento respecto al resto de países de medianos y altos ingresos.

Llama la atención que los diferentes tipos de violencia que mostraron tener asociación significativa en el análisis bivariado hubieran perdido su peso estadístico y su asociación posterior a correr la regresión logística final. Ha sido ampliamente documentado que la violencia psicológica, física y sexual; están asociadas a mayores tasas de interrupciones del embarazo (86)(87)(88)(90). Una posible explicación a esto es que, en la mayoría de los estudios, los factores asociados a los tipos de violencia son analizados de manera más independiente y sin incluir otras variables como se realizó en la presente investigación, motivo por el cual, al estudiarlas dentro de un contexto más amplio y complejo, pueden perder su protagonismo en la toma de decisión de interrupción. Así mismo, este tipo de condiciones por su connotación asociada al machismo y el estigma moral que tienen, son difíciles de abordar desde las encuestas y, por lo tanto, sus respuestas pueden no mostrar una verdadera representación del problema.

- Limitaciones

Las limitaciones que tuvo este estudio fueron varias. En primer lugar, si bien tuvo un diseño de tipo caso y control, al ser en realidad un estudio transversal, no se pueden determinar que las variables asociadas sean factores de riesgo, pues es imposible asegurar que estas exposiciones precedieran al desenlace, en este caso, la interrupción voluntaria del embarazo. En segundo lugar, al utilizar una fuente secundaria, hubo variables según la revisión bibliográfica realizada mostraban ser importantes para determinar la IVE, pero debido al diseño de la ENDS 2015, no pudieron ser abordadas correctamente y de ahí el alto porcentaje de no respuesta (No Aplica) que se evidenció en algunas de estas y que no permitió que fueran analizadas. Por último, no se tenía el dato directo de la edad de la mujer al momento de la interrupción del embarazo, hecho que hubiera sido fundamental para determinar qué grupo de edad estaba más expuesto a este problema de investigación y que hubiera servido para establecer otras asociaciones.

- Conflicto de intereses

Se declara que no existe ningún tipo de conflicto de interés por parte del autor de este proyecto de investigación.

- Financiamiento

Este proyecto de investigación fue financiado exclusivamente por el autor.

## 8. CONCLUSIONES

La interrupción voluntaria del embarazo tuvo una prevalencia del 2% en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015. Casi dos tercios de las mujeres con interrupción voluntaria del embarazo manifestaron haber presentado violencia psicológica, mientras que, un poco más de un tercio de estas sufrieron violencia física. Este hallazgo reitera la necesidad de continuar promoviendo la equidad de género y la lucha frente a la violencia contra la mujer, ya que muchas de ellas aún continúan perpetuándose y normalizándose en algunos contextos y en ciertos grupos poblacionales. Por lo anterior, es primordial involucrar a los diversos actores políticos y sociales que trabajen por dar cumplimiento a la agenda establecida por los objetivos de desarrollo sostenible y de esta forma, garantizar el desarrollo social del país.

Por otra parte, el uso de métodos anticonceptivos alguna vez en la vida fue mayor del 97% para toda la muestra, lo cual demuestra que el acceso a métodos de planificación ha ido mejorando durante los últimos 20 años y tiene un comportamiento casi universal, sin embargo, el reto actualmente se debe enfocar en estimular en su uso rutinario, adecuado y responsable; con el fin de dar garantía al cumplimiento pleno de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer.

Bogotá continúa siendo la zona del país donde mayor proporción de interrupciones voluntarias del embarazo se presentan, sin embargo, Chocó y San Andrés y Providencia mostraron prevalencias del 7%; cifras significativas que deben ser analizadas con mayor profundidad y que ameritan futuros estudios teniendo en cuenta las características geográficas, demográficas y socioeconómicas de las zonas. Queda la duda si en los departamentos en los cuales la proporción fue menor del 1% (Casanare, Caquetá, Caldas, Meta, Putumayo, Sucre), esos valores representan realmente el fenómeno o está dando cuenta de problemas frente al acceso al procedimiento.

La autonomía de las mujeres medida en este estudio por quién tomaba la decisión del cuidado de la salud, las relaciones sexuales, estudiar y las compras en el hogar; mostró que en la medida en que las decisiones recaen exclusivamente en ella, la probabilidad de interrupción voluntaria del embarazo es mayor; hecho que sugiere que la libertad en el ejercicio de los derechos sexuales de la mujer está muy ligada a su empoderamiento, autonomía y libertad en la toma de decisiones frente a diferentes aspectos de su vida.

Es fundamental insistir en la práctica de una sexualidad responsable, conciente y plena. Si bien la menarquia y el número total de hijos no mostraron ser variables asociadas al desenlace; la edad de primera relación sexual, el número de parejas sexuales y el número total de embarazos si mostraron diferencias entre los grupos analizados. Por lo tanto, se debe continuar fortaleciendo las políticas de educación sexual y reproductiva desde temprana edad, con el fin de asegurar que las nuevas generaciones gocen de una vida sexual satisfactoria y disfrutando de su cuerpo de una forma responsable y con el criterio suficiente para disminuir las conductas de riesgo que puedan derivar en embarazos no deseados.

Se debe resaltar que a pesar de lo que la evidencia muestra en varios países con ingresos similares en Colombia, en este estudio la interrupción voluntaria del embarazo no estuvo asociada al quintil de riqueza de la población, la violencia económica o la educación sexual. Esto en principio puede tener una connotación positiva respecto al acceso que las mujeres tiene al procedimiento y que lo establecido desde el marco legal se está haciendo efectivo en la práctica. Así mismo, se debe destacar que, según este estudio, la decisión de interrupción no parece estar determinada por una desigualdad con relación al conocimiento de la existencia de este procedimiento como derecho; pero esto debe ser explorado con mayor cuidado ya que es necesario establecer si en realidad existe un conocimiento efectivo de los derechos reproductivos.

Finalmente se pudo determinar en este estudio, que al analizar conjuntamente variables sociodemográficas, ginecológicas, de autonomía, de violencia y económicas; la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia parece estar asociada tanto a factores conductuales como la edad de la primera relación sexual, el número de parejas sexuales durante la vida y el número total de embarazos; como a factores sociales como la escolaridad y el estado civil.

La interrupción voluntaria del embarazo se constituye como uno de los logros más importantes en lo que respecta a la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Colombia. La sentencia C-355 de 2006 marcó un hito y se convirtió en un pilar fundamental en la persecución de la equidad de género, por lo que debe protegerse no solo desde el marco legal sino aún más importante, desde el ámbito social. Aún continúa existiendo una gran estigmatización en torno al tema y en algunas regiones del país, las mujeres que optan por esta decisión siguen siendo víctimas de discriminación y de una sanción social importante. En muchos lugares sigue primando una educación soportada en conceptos machistas y valores religiosos que solo generan mayor discriminación y amplían la brecha entre género; limitando el goce efectivo de la sexualidad y la autonomía frente a los deseos reproductivos.

Educar desde temprana edad, a todos los actores y en todos los niveles sociales es determinante para continuar avanzando como país. Se debe evitar que, por desigualdades en el acceso, así como por el miedo al rechazo social, las mujeres recurran a interrupciones del embarazo bajo condiciones inseguras que ponen en riesgo su vida. El valor social que tiene una muerte materna por no ofrecer

mecanismos para la garantía de sus derechos reproductivos es incalculable e intolerable, sin olvidar también, el impacto económico que produce en su núcleo familiar y a mayor escala en la productividad general del país. Las mujeres no pueden seguir siendo concebidas como un objeto reproductivo ni su proyecto de vida debe estar asociado exclusivamente a la maternidad.

En Colombia no se habían desarrollado estudios previos de estas características. Algunos trabajos publicados se habían enfocado en temas descriptivos o con abordajes incipientes de unos ciertos factores sociales. Al tomar los datos de la ENDS 2015, se pretendió tener datos de calidad y con una representatividad de la población; para posteriormente mediante el diseño metodológico, dar una validez interna que permitiera tener confiabilidad en los resultados. El gran valor está en la innovación de incluir diversos factores que por revisión bibliográfica han estado asociados a la interrupción voluntaria del embarazo y evaluar cómo se comportaban en Colombia al analizarlos en conjunto, con el fin de establecer el perfil epidemiológico de base de las mujeres que acceden a este procedimiento.

Se espera que este trabajo pueda estimular a otros actores a generar intervenciones que estén orientadas tanto a prevenir algunos factores que conllevan a tener embarazos no deseados, como a corregir situaciones de desigualdad que garanticen que unas mujeres no tengan más obstáculos que otras en el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. Dichas barreras independiente de su índole, solo generan mayor inequidad y limitan la autonomía y el ejercicio libre de los derechos de las mujeres, revictimizándolas frente a una situación que tiene un fuerte impacto emocional y traumático para muchas de ellas.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ipas | When Abortion is a Crime: The threat to vulnerable women in Latin America [Internet]. [citado 11 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/When-Abortion-is-a-Crime-The-threat-to-vulnerable-women-in-Latin-America.aspx>
2. Ganatra B, Tunçalp Ö, Johnston HB, Johnson Jr BR, Gülmezoglu AM, Temmerman M. From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion. *Bull World Health Organ*. 1 de marzo de 2014;92(3):155-155.
3. OMS | Del concepto a la medición: la aplicación práctica de la definición de aborto peligroso utilizada en la OMS [Internet]. WHO. [citado 11 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/3/14-136333/es/>
4. Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet Lond Engl*. 16 de julio de 2016;388(10041):258-67.
5. ESHRE Capri Workshop Group, Cameron S, Glasier A, Lohr PA, Moreau C, Munk-Olsen T, et al. Induced abortion. *Hum Reprod*. 1 de junio de 2017;32(6):1160-9.
6. Åhman E, Shah IH, World Health Organization, Special Programme of Research D and Research Training in Human Reproduction (World Health Organization). *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2011.
7. Prevención del aborto peligroso [Internet]. World Health Organization. [citado 11 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>
8. AbouZahr C. New estimates of maternal mortality and how to interpret them: choice or confusion? *Reprod Health Matters*. enero de 2011;19(37):117-28.
9. Berer M. Abortion Law and Policy Around the World. *Health Hum Rights*. junio de 2017;19(1):13-27.
10. Gerds C, Tunçalp O, Johnston H, Ganatra B. Measuring abortion-related mortality: challenges and opportunities. *Reprod Health* [Internet]. 16 de septiembre de 2015 [citado 11 de septiembre de 2018];12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4572614/>
11. Boddu R. A review of abortion in Ireland. *R Coll Surg Irel Stud Med Journa*. 2011;4(1):78-81.
12. National Services Scotland. Termination of Pregnancy Statistics [Internet]. National Services Scotland; 2017. Disponible en: <http://www.isdscotland.org/Health-Topics/Sexual-Health/Publications/2017-05-30/2017-05-30-Terminations-2016-Report.pdf>
13. En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año

[Internet]. World Health Organization. [citado 25 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/detail/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>

14. Organisation mondiale de la santé. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2012.

15. Shah I, Åhman E. Unsafe Abortion: Global and Regional Incidence, Trends, Consequences, and Challenges. *J Obstet Gynaecol Can.* diciembre de 2009;31(12):1149-58.

16. Singh Susheela RL Sedgh G, Kwok L, Onda T. Abortion Worldwide 2017. Uneven progress and unequal access [Internet]. Guttmacher Institute; 2017. Disponible en: [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report\\_pdf/abortion-worldwide-2017.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/abortion-worldwide-2017.pdf)

17. OMS | Objetivos de Desarrollo Sostenible: Metas [Internet]. WHO. [citado 23 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/>

18. Zane S, Creanga AA, Berg CJ, Pazol K, Suchdev DB, Jamieson DJ, et al. Abortion-Related Mortality in the United States: 1998–2010. *Obstet Gynecol.* agosto de 2015;126(2):258-65.

19. Bartlett LA, Berg CJ, Shulman HB, Zane SB, Green CA, Whitehead S, et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstet Gynecol.* abril de 2004;103(4):729-37.

20. Organisation mondiale de la santé. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2012.

21. Singh S. Global Consequences of Unsafe Abortion. *Womens Health.* noviembre de 2010;6(6):849-60.

22. Sundaram A, Vlassoff M, Mugisha F, Bankole A, Singh S, Amany L, et al. Documenting the Individual- and Household-Level Cost of Unsafe Abortion in Uganda. *Int Perspect Sex Reprod Health.* diciembre de 2013;39(04):174-84.

23. Corte Constitucional de Colombia [Internet]. [citado 11 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>

24. Ganatra B, Faundes A. Role of birth spacing, family planning services, safe abortion services and post-abortion care in reducing maternal mortality. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* octubre de 2016;36:145-55.

25. Moloney A. Unsafe abortions common in Colombia despite law change. *The Lancet.* febrero de 2009;373(9663):534.

26. Prada E, Singh S, Remez L, Villarreal C. Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia. :40.

27. Rubio M. El mito de los 400 mil abortos en Colombia. *Rev Econ Inst* [Internet]. 11 de diciembre de 2015 [citado 11 de septiembre de 2018];17(33). Disponible en:

<http://revistas.uexternado.edu.co/index.php/ecoins/article/view/4313>

28. ¿Qué es Profamilia? [Internet]. Profamilia - Entidad privada sin ánimo de lucro especializada en salud sexual y salud reproductiva que ofrece servicios médicos, educación y venta de productos a la población colombiana. [citado 11 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://profamilia.org.co/quienes-somos/que-es-profamilia/>

29. FR334.2.pdf [Internet]. [citado 11 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR334/FR334.2.pdf>

30. aborto | Definición de aborto - Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario [Internet]. [citado 5 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=aborto>

31. Williams, Hoffman BL, Pérez Tamayo Ruiz AM. Ginecología. México: McGrawHillEducation; 2014.

32. Da Costa Leiva M. El problema del aborto y el infanticidio en los filósofos griegos. Rev Latinoam Bioét. 22 de enero de 2011;11(20):100-1.

33. EL PROBLEMA MORAL DEL ABORTO. :12.

34. El juramento hipocrático [Internet]. [citado 5 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.bioetica.org/cuadernos/contenidos/hipocrates.htm>

35. González SMP. El aborto. La bioética como principio de vida. En: La responsividad ética [Internet]. Plaza y Valdés; 2010 [citado 5 de noviembre de 2018]. p. 263-76. Disponible en: <http://plazayvaldes.metapress.com/openurl.asp?genre=article&id=doi:10.5211/9788492751327.ch5>

36. Ganatra B, Gerdts C, Rossier C, Johnson BR, Tunçalp Ö, Assifi A, et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. The Lancet. noviembre de 2017;390(10110):2372-81.

37. Calvert C, Owolabi OO, Yeung F, Pittrof R, Ganatra B, Tunçalp Ö, et al. The magnitude and severity of abortion-related morbidity in settings with limited access to abortion services: a systematic review and meta-regression. BMJ Glob Health. junio de 2018;3(3):e000692.

38. Sama CB, Aminde LN, Angwafo FF. Clandestine abortion causing uterine perforation and bowel infarction in a rural area: a case report and brief review. BMC Res Notes [Internet]. diciembre de 2016 [citado 11 de septiembre de 2018];9(1). Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/9/98>

39. White K, Carroll E, Grossman D. Complications from first-trimester aspiration abortion: a systematic review of the literature. Contraception. noviembre de 2015;92(5):422-38.

40. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Prevención del Aborto Inseguro en Colombia. Protocolo para el Sector Salud. 2014.

41. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Int J Health Serv.

1992;22:429-45.

42. Font-Ribera L, Pérez G, Salvador J, Borrell C. Socioeconomic Inequalities in Unintended Pregnancy and Abortion Decision. *J Urban Health*. enero de 2008;85(1):125-35.

43. Helström L, Odland V, Zätterström C, Johansson M, Granath F, Correia N, et al. Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden. *Scand J Public Health*. diciembre de 2003;31(6):405-10.

44. Rasch V, Gammeltoft T, Knudsen LB, Tobiassen C, Ginzel A, Kempf L. Induced abortion in Denmark: effect of socio-economic situation and country of birth. *Eur J Public Health*. 7 de diciembre de 2007;18(2):144-9.

45. Márquez-Calderón S, Rodríguez Rodríguez M. Influencia de la población inmigrante en la variabilidad de la tasa de abortos entre comunidades autónomas. *Gac Sanit*. diciembre de 2009;23:72-3.

46. Sedgh G, Bankole A. Niveles y tendencias del aborto legal por edad de la mujer al momento de la terminación del embarazo. 2013;12.

47. Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Determinantes del aborto inseguro y barreras de acceso para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres colombianas. 2014.

48. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Ginebra: Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, Organización Mundial de la Salud; 2012.

49. Métodos anticonceptivos modernos [Internet]. [citado 5 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Metodos-anticonceptivos-modernos.aspx>

50. Anticoncepción de urgencia [Internet]. [citado 5 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>

51. Krug EG, Weltgesundheitsorganisation, editores. *World report on violence and health*. Geneva; 2002. 346 p.

52. Sarkar NN. The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. *J Obstet Gynaecol*. enero de 2008;28(3):266-71.

53. Pallitto CC, Campbell JC, O'Campo P. Is Intimate Partner Violence Associated with Unintended Pregnancy? A Review of the Literature. *Trauma Violence Abuse*. 2005;6(3):217-235.

54. Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia : resumen del informe. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2005.

55. Fourth World Conference on Women, Beijing 1995 [Internet]. [citado 15 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/health.htm#object1>
56. Marsal CG. Sexualidad y aborto, ¿cuestión de salud?, ¿cuestión de derechos? 2009;10:45.
57. Labrador IG, Pieiga EM. ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL ABORTO. LA EDUCACIÓN SEXUAL COMO UNA ALTERNATIVA EN SU PREVENCIÓN. :6.
58. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Peñaranda Ospina CB. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. Rev Chil Obstet Ginecol. junio de 2016;81(3):243-53.
59. Thimeos JA. EDUCACIÓN SEXUAL PREVENTIVA EN ADOLESCENTES. 2013;18.
60. Derechos-Sexuales-1997.pdf [Internet]. [citado 1 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://www.espill.org/wp-content/uploads/2016/01/Derechos-Sexuales-1997.pdf>
61. Cottingham J, Fonn S, García-Moreno C, Gruskin S, Klugman B, Mwau AN, et al. Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva. (3):499.
62. Planificación familiar [Internet]. [citado 5 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
63. Gómez-Dávila JG. El aborto: una mirada desde la salud pública, los derechos y la justicia social. Rev Colomb Obstet Ginecol. 28 de marzo de 2018;69(1):53.
64. Flórez CE, Soto VE. Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. :67.
65. Sarriegui ML, Miguel CE. Actividad laboral femenina en España e igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres. :17.
66. Orjuela-Ramírez ME. Aborto voluntario y actividad laboral. Reflexiones para el debate. Rev Salud Pública. junio de 2012;14:112-21.
67. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. 2013;237.
68. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Profamilia, Organización Internacional para las Migraciones, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. 2015.
69. Ruiz-Ramos M, Ivañez-Gimeno L, García León FJ. Características sociodemográficas de la interrupción voluntaria del embarazo en Andalucía: diferencias entre población autóctona y extranjera. Gac Sanit. noviembre de 2012;26(6):504-11.
70. Dickson KS, Adde KS, Ahinkorah BO. Socio - economic determinants of abortion among women in Mozambique and Ghana: evidence from demographic and health survey. Arch Public Health [Internet]. diciembre de 2018 [citado 12 de noviembre de 2018];76(1).

Disponible en: <https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13690-018-0286-0>

71. Chae S, Desai S, Crowell M, Sedgh G, Singh S. Characteristics of women obtaining induced abortions in selected low- and middle-income countries. Gebhardt S, editor. PLOS ONE. 29 de marzo de 2017;12(3):e0172976.

72. Juárez F, Singh S. Incidence of Induced Abortion by Age and State, Mexico, 2009: New Estimates Using a Modified Methodology. *Int Perspect Sex Reprod Health*. junio de 2012;38(02):058-67.

73. Perez G, Ruiz-Munoz D, Gotsens M, Cases MC, Rodriguez-Sanz M. Social and economic inequalities in induced abortion in Spain as a function of individual and contextual factors. *Eur J Public Health*. 1 de febrero de 2014;24(1):162-9.

74. Quintero-Roa EM, Ortiz-Serrano R, Ochoa-Vera ME, Consuegra-Rodríguez MP, Oliveros CA. Características socio demográficas de las mujeres con abortos inducidos en un Hospital Público de Bucaramanga. *Rev Salud Pública*. agosto de 2010;12(4):570-9.

75. Font-Ribera L, Pérez G, Espelt A, Salvador J, Borrell C. Determinantes del retraso de la interrupción voluntaria del embarazo. *Gac Sanit*. septiembre de 2009;23(5):415-9.

76. Cote BL, Bejarano D, Koob V, Paton S. SOCIO-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF PREGNANT ABORTION-MINDED CLIENTS VERSUS PREGNANT NON-ABORTION-MINDED CLIENTS AT A PREGNANCY CRISIS CENTER. *Pers Bioét*. 2009;13(2):15.

77. Pereira J, Pires R, Araújo Pedrosa A, Vicente L, Bombas T, Canavarro MC. Sociodemographic, sexual, reproductive and relationship characteristics of adolescents having an abortion in Portugal: a homogeneous or a heterogeneous group? *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2 de enero de 2017;22(1):53-61.

78. Väisänen H. EDUCATIONAL INEQUALITIES IN REPEAT ABORTION: A LONGITUDINAL REGISTER STUDY IN FINLAND 1975–2010. *J Biosoc Sci*. noviembre de 2016;48(06):820-32.

79. González-Rábago Y, Rodríguez-Alvarez E, Borrell LN, Martín U. The role of birthplace and educational attainment on induced abortion inequalities. *BMC Public Health [Internet]*. diciembre de 2017 [citado 12 de noviembre de 2018];17(1). Disponible en: <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3984-y>

80. Tábata Z, Dias, Renato Passini Jr., Graciana A. Duarte, Maria H. Sousa, Aníbal Faúndes. Association between educational level and access to safe abortion in a Brazilian population. *Int J Gynecol Obstet*. 2015;128(3):224-7.

81. Donis NID. Aborto en la adolescencia un problema de salud. :13.

82. Scott RH, Bajos N, Slaymaker E, Wellings K, Mercer CH. Understanding differences in conception and abortion rates among under-20 year olds in Britain and France: Examining the contribution of social disadvantage. Dalby AR, editor. PLOS ONE. 16 de octubre de 2017;12(10):e0186412.

83. Cagnacci A, Carluccio A, Piacenti I, Olena B, Arangino S, Volpe A. Use of contraception by women with induced abortion in Italy. *Minerva Ginecol.* 2014;66(6):521-5.
84. Kozinszky Z, Devosa I, Fekete Z, Szabó D, Sikovanyecz J, Pásztor N, et al. Knowledge of Emergency Contraceptive Pills among Hungarian Women Presenting for Induced Abortion or Seeking Emergency Contraception. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 22 de septiembre de 2016;76(09):978-82.
85. Kathpalia SK. Emergency contraception: Knowledge and practice among women and the spouses seeking termination of pregnancy. *Med J Armed Forces India.* abril de 2016;72(2):116-9.
86. Citernes A, Dubini V, Uglietti A, Ricci E, Cipriani S, Parazzini F, et al. Intimate partner violence and repeat induced abortion in Italy: A cross sectional study. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 3 de septiembre de 2015;20(5):344-9.
87. Stephenson R, Jadhav A, Winter A, Hindin M. Domestic Violence and Abortion Among Rural Women in Four Indian States. *Violence Women.* noviembre de 2016;22(13):1642-58.
88. Stöckl H, Filippi V, Watts C, Mbwambo JK. Induced abortion, pregnancy loss and intimate partner violence in Tanzania: a population based study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. diciembre de 2012 [citado 12 de noviembre de 2018];12(1). Disponible en: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-12-12>
89. Hall M, Chappell LC, Parnell BL, Seed PT, Bewley S. Associations between Intimate Partner Violence and Termination of Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. Mills EJ, editor. *PLoS Med.* 7 de enero de 2014;11(1):e1001581.
90. Öberg M, Stenson K, Skalkidou A, Heimer G. Prevalence of intimate partner violence among women seeking termination of pregnancy compared to women seeking contraceptive counseling. *Acta Obstet Gynecol Scand.* enero de 2014;93(1):45-51.
91. Amina P, Alio, Hamisu M, Salihu, Philip N, Nana, Heather B, Clayton, Alfred K, Mbah, Phillip J, Marty. Association between intimate partner violence and induced abortion in Cameroon. *Int J Gynecol Obstet.* 2011;112(2):83-7.
92. van den Brink MJ, Boersma AA, Meyboom-de Jong B, de Bruijn JG. Attitude toward contraception and abortion among Curaçao women. Ineffective contraception due to limited sexual education? *BMC Fam Pract* [Internet]. diciembre de 2011 [citado 14 de noviembre de 2018];12(1). Disponible en: <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-12-55>
93. Kavanaugh ML, Bessett D, Littman LL, Norris A. Connecting knowledge about abortion and sexual and reproductive health to belief about abortion restrictions: findings from an online survey. *Womens Health Issues.* 2013;4(23):239-47.
94. César JA, Gomes G, Horta BL, Oliveira AK de, Saraiva AK de O, Pardo DO, et al. Opinião de mulheres sobre a legalização do aborto em município de porte médio no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública.* diciembre de 1997;31(6):566-71.
95. Valverde BR, Vallejos PFS, Valverde GR. OPINIÓN DE MUJERES CON INTERRUPCIÓN

VOLUNTARIA DE EMBARAZO SOBRE LA LEGALIZACIÓN DEL ABORTO. CUESTIONARIO APLICADO EN LA CIUDAD DE PUEBLA, MÉXICO. :22.

96. Alvargonzález D. Knowledge and attitudes about abortion among undergraduate students. *Psicothema*. noviembre de 2017;(29.4):520–526.
97. Hosseini H, Erfani A, Nojomi M. Factors associated with incidence of induced abortion in Hamedan, Iran. *Arch Iran Med*. 2017;20(5):282-7.
98. Llorente-Marrón, M, Díaz-Fernández M,, Méndez-Rodríguez P. Contextual determinants of induced abortion: a panel analysis. *Rev Saude Publica*. 2016;50(8).
99. Meffen K, Burkhardt G, Bartels S. Abortion care in Haiti: A secondary analysis of demographic and health data. Hanson C, editor. *PLOS ONE*. 8 de noviembre de 2018;13(11):e0206967.
100. Ankara HG. SOCIOECONOMIC VARIATIONS IN INDUCED ABORTION IN TURKEY. *J Biosoc Sci*. enero de 2017;49(01):99-122.
101. Arambepola C, Rajapaksa LC, Attygalle D, Moonasinghe L. Relationship of family formation characteristics with unsafe abortion: is it confounded by women's socio-economic status? - A case-control study from Sri Lanka. *Reprod Health* [Internet]. diciembre de 2016 [citado 11 de septiembre de 2018];13(1). Disponible en: <http://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-016-0173-5>
102. ENDS TOMO I.pdf [Internet]. [citado 11 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>
103. Ferro M, Molina Rodríguez L, Rodríguez G WA. La bioética y sus principios. *Acta Odontológica Venez*. junio de 2009;47(2):481-7.
104. RESOLUCION-8430-DE-1993.pdf [Internet]. [citado 23 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
105. Tasa de fertilidad, total (nacimientos por cada mujer) | Data [Internet]. [citado 1 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN?locations=CO>
106. Jatlaoui TC, Boutot ME, Mandel MG, Whiteman MK, Ti A, Petersen E, et al. Abortion Surveillance — United States, 2015. 2018;67(13):48.
107. Sayami JT. Trends in Comprehensive Abortion Care (CAC) and characteristics of women receiving abortion care in a tertiary hospital in Nepal. *BMC Womens Health*. diciembre de 2019;19(1):41.
108. Beyene GA. Prevalence of unintended pregnancy and associated factors among pregnant mothers in Jimma town, southwest Ethiopia: a cross sectional study. *Contracept Reprod Med*. diciembre de 2019;4(1):8.

109. Langer A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública*. marzo de 2002;11(3):192-205.
110. Väisänen H. The association between education and induced abortion for three cohorts of adults in Finland. *Popul Stud*. 2 de septiembre de 2015;69(3):373-88.
111. Hegelund ER, Poulsen GJ, Mortensen LH. Educational Attainment and Pregnancy Outcomes: A Danish Register-Based Study of the Influence of Childhood Social Disadvantage on Later Socioeconomic Disparities in Induced Abortion, Spontaneous Abortion, Stillbirth and Preterm Delivery. *Matern Child Health J*. junio de 2019;23(6):839-46.
112. Unfpa. *Mundos aparte. Estado de la población mundial 2017*. New York: Unfpa; 2017 p. 140.
113. Silva R de S e, Andreoni S. Aborto induzido: uma comparação entre mulheres casadas e solteiras residentes na cidade de São Paulo em 2008. *Ciênc Saúde Coletiva*. julio de 2012;17(7):1725-33.
114. Lidaka L, Viberga I, Stokenberga I. Risk factors for unwanted pregnancy and subsequent abortion among women aged 16 to 25 years in Latvia. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 4 de mayo de 2015;20(3):201-10.
115. Yi S, Tuot S, Chhoun P, Pal K, Tith K, Brody C. Factors associated with induced abortion among female entertainment workers: a cross-sectional study in Cambodia. *BMJ Open*. julio de 2015;5(7):e007947.
116. Bernabe-Ortiz A, White PJ, Carcamo CP, Hughes JP, Gonzales MA, Garcia PJ, et al. Clandestine induced abortion: prevalence, incidence and risk factors among women in a Latin American country. *Can Med Assoc J*. 3 de febrero de 2009;180(3):298-304.
117. Regushevskaya E, Dubikaytis T, Laanpere M, Nikula M, Kuznetsova O, Karro H, et al. The determinants of sexually transmitted infections among reproductive age women in St. Petersburg, Estonia and Finland. *Int J Public Health*. diciembre de 2010;55(6):581-9.
118. Olinto MTA, Moreira-Filho D de C. Fatores de risco e preditores para o aborto induzido: estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*. febrero de 2006;22(2):365-75.
119. Heywood W, Patrick K, Smith AMA, Pitts MK. Associations Between Early First Sexual Intercourse and Later Sexual and Reproductive Outcomes: A Systematic Review of Population-Based Data. *Arch Sex Behav*. abril de 2015;44(3):531-69.
120. Barrett G, Peacock J, Victor C. Are women who have abortions different from those who do not? A secondary analysis of the 1990 national survey of sexual attitudes and lifestyles. :8.
121. Regushevskaya E, Dubikaytis T, Laanpere M, Nikula M, Kuznetsova O, Haavio-Mannila E, et al. Risk factors for induced abortions in St Petersburg, Estonia and Finland. Results from surveys among women of reproductive age. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. enero de 2009;14(3):176-86.

## **ANEXO 1**

Bogotá, noviembre 26 de 2018

**Dirección investigación**  
**Profamilia**

Muy Buenos días.

Por medio de la presente y luego de haber presentado la semana pasada en su sede el proyecto titulado “FACTORES ASOCIADOS A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN COLOMBIA: ANÁLISIS A PROFUNDIDAD A PARTIR DE LA ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD 2015”; deseo solicitar formalmente la base de datos de la ENDS 2015 para el cuestionario individual de mujer (apéndice B). Agradezco de antemano los aportes realizados durante mi presentación y toda la colaboración en el desarrollo de este proyecto de intervención que espero, pueda brindar importante información en lo que respecta al respeto por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Cordialmente,

## DESCRIPCIÓN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**Título:** Factores asociados a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia: Análisis a profundidad a partir de la encuesta nacional de demografía y salud 2015

**Pregunta de investigación:** ¿Cuáles son los factores asociados a la interrupción voluntaria del embarazo en las mujeres de 13-49 años de Colombia a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015?

**Objetivo general:** Determinar los factores asociados a la interrupción voluntaria del embarazo en las mujeres de 13-49 años de Colombia a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015.

### Objetivos específicos.

1. Describir las características sociodemográficas, ginecológicas, de violencia, educativas, de autonomía y económicas de la población de estudio.
2. Representar la distribución geográfica de la interrupción voluntaria del embarazo en las mujeres entre 13-49 años en Colombia.
3. Analizar las diferencias respecto a las variables sociodemográficas, gineco-obstétricas y económicas, entre las mujeres que presentaron interrupción voluntaria del embarazo y aquellas que tuvieron embarazo con nacido vivo.
4. Identificar los patrones diferenciales respecto a los tipos de violencia, autonomía y educación, entre las mujeres que presentaron interrupción voluntaria del embarazo y aquellas que tuvieron embarazo con nacido vivo.
5. Estimar las medidas de impacto para las variables asociadas con la interrupción voluntaria del embarazo.
6. Establecer las variables que explican la presentación de la interrupción voluntaria del embarazo en las mujeres de 13-49 años en Colombia.

**Metodología:** Estudio Cross-Sectional. La población de estudio son las mujeres colombianas entre 13 a 49 años encuestadas en la ENDS 2015.

Criterios de inclusión:

- Para el grupo con el evento de interés: Mujeres que habían presentado IVE a partir de mayo del 2006.
- Para el grupo de comparación: Mujeres que haya tenido embarazo con nacido vivo y en el caso de haber tenido varios embarazos, mujeres que en ninguno de ellos tuvieron un desenlace diferente a nacido vivo, a partir de mayo de 2006.

Se obtendrán medidas descriptivas (prevalencias), de asociación (OR crudos), de impacto (%Riesgo atribuible poblacional) y finalmente se correrá una regresión logística binaria para obtener los OR ajustados para las variables que ingresen en el modelo.

## ANEXO 2



Bogotá, 6 de diciembre de 2018

Doctor  
**Juan Camilo Urrego Reyes**  
Candidato a Magíster Epidemiología  
Universidad del Rosario  
Ciudad

**Asunto: Respuesta Solicitud Base de Datos Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2015.**

Estimado Dr. Juan Camilo,

En primer lugar, agradecemos mucho la presentación del protocolo de investigación titulado "FACTORES ASOCIADOS A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN COLOMBIA: ANÁLISIS A PROFUNDIDAD A PARTIR DE LA ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD 2015" en Profamilia el pasado 21 de noviembre de 2018. En segundo lugar, confirmar que hemos recibido su solicitud de información para acceder a los datos del Cuestionario Individual de Mujer (Apéndice B) de la ENDS 2015. Esperamos entregar ésta información a más tardar el 4 de Enero del 2019.

Saludos,

Juan Carlos Rivillas  
Director de Investigaciones  
Correo electrónico: [juan.rivillas@profamilia.org.co](mailto:juan.rivillas@profamilia.org.co)  
Calle 34 No. 14-52  
Teléfono. (57)13390900 extensión 630  
Bogotá-Colombia  
[www.profamilia.org.co](http://www.profamilia.org.co)