

**FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZO NO DESEADO EN MUJERES EN EDAD
REPRODUCTIVA EN COLOMBIA 2010**

AUTORES

**LAURA MARCELA HERNÁNDEZ BOHÓRQUEZ
DIANA MARISOL RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ**

**UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO
UNIVERSIDAD CES
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA
BOGOTÁ, 2016**



**FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZO NO DESEADO EN MUJERES EN EDAD
REPRODUCTIVA EN COLOMBIA 2010**

AUTORES

**LAURA MARCELA HERNÁNDEZ BOHÓRQUEZ
DIANA MARISOL RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ**

Trabajo de grado para optar al título de: Especialista en Epidemiología

ASESOR DE PROYECTO

Dra. Ángela María Pinzón Rondón

**UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO
UNIVERSIDAD CES
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA
BOGOTÁ, 2016**

FICHA TÉCNICA

AUTORES:

Laura Marcela Hernández Bohórquez. Enfermera de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud FUCS. Estudiante de la Especialización en Epidemiología, Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario en convenio con el CES. hernandezbo.laura@urosario.edu.co

Diana Marisol Rodríguez Rodríguez. Química Farmacéutica de la Universidad Nacional de Colombia. Estudiante de la Especialización en Epidemiología, Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario en convenio con el CES. d.marisolrodriguez@gmail.com

Ángela María Pinzón Rondón. Médico, Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Especialización Prevención de Violencia Intrafamiliar Massachusetts Society. Maestría en Salud Pública, Universidad de Harvard. PhD Universidad de Maryland, Profesor Asociado Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. angela.pinzon@urosario.edu.co

INSTITUCIONES PARTICIPANTES:

Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

Universidad CES de Medellín

AGRADECIMIENTOS:

Dr. Gabriel Ojeda

PROFAMILIA

NOTA DE SALVEDAD DE RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

“Las Universidades del Rosario y CES no se hacen responsables de los conceptos emitidos por los investigadores en el trabajo, solo velarán por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la Justicia”.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	7
INTRODUCCIÓN	9
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	10
1.1 Planteamiento del problema.....	10
1.2. Justificación de la propuesta.....	10
1.3. Pregunta de investigación.....	11
2. MARCO TEÓRICO.....	11
2.1. Antecedentes históricos en salud sexual y reproductiva.....	11
2.2. Salud sexual y reproductiva.....	13
2.2.1. Principios orientadores de la salud sexual y reproductiva.....	14
2.2.2. Derechos sexuales y reproductivos.....	15
2.3. Definición de Embarazo no Intencionado/no Planeado/no Deseado.....	16
2.4. Panorama mundial “Embarazo no deseado”	18
2.5. Situación nacional de Embarazo no Deseado	20
2.6. Consecuencias del Embarazo No Deseado	22
2.7 Factores Asociados a Embarazo No Deseado	25
3. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.....	26
4. OBJETIVOS.....	27
4.1. Objetivo general.....	27
4.2. Objetivos Específicos.....	27
5. METODOLOGÍA.....	27
5.1. Tipo de estudio.....	27
5.2. Población.....	27
5.3. Diseño muestral.....	28
5.4 Selección de los sujetos a estudio	28
5.4.1 Criterio de inclusión.....	28
5.4.2 Criterios de exclusión.....	28
5.5. Descripción de las variables.....	28
5.5.1 Tabla de variables.....	29
5.5.2 Diagrama de variables.....	30
5.6 Recolección de la información.....	31
5.6.1 Instrumento de recolección de información	31
5.6.2 Proceso de obtención de información	31
5.7 Control de errores y sesgos.....	31
5.8 Técnicas de Procesamiento y Análisis de los datos.....	31
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	32
7. RESULTADOS	32
7.1 Análisis Descriptivo.....	32

7.2 Análisis Bivariado.....	35
7.3 Análisis Por Grupo De Edad.....	39
8. DISCUSIÓN.....	43
9. CONCLUSIONES.....	46
10. BIBLIOGRAFIA.....	47

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Descripción de la variable dependiente.....	29
Tabla 2. Descripción de las variables independientes.....	29
Tabla 3. Control de errores y sesgos.....	31
Tabla 4. Caracterización demográfica.....	33
Tabla 5. Caracterización de variables de fecundidad.....	34
Tabla 6. Análisis bivariado por factor sociodemográfico.....	35
Tabla 7. Análisis bivariado por factor de fecundidad.....	38
Tabla 8. Comparativo de variables sociodemográficas por grupo de edad.....	39
Tabla 9. Comparativo de variables de fecundidad por grupo de edad.....	39
Tabla 10. Regresión logística binomial.....	40
Tabla 11. Regresión logística binomial por grupo de edad.....	41

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Tasa de embarazo no planeado, mujeres 15-44 años, 2008.....	21
Figura 2. Diagrama de variables.....	30
Figura 3. Deseo de embarazo por grupo de edad.....	36
Figura 4. Embarazo no deseado por región.....	36
Figura 5. Intencionalidad de embarazo por quintiles de riqueza.....	37

RESUMEN

Introducción: Los embarazos no deseados, definidos como embarazos que ocurren de forma inoportuna, prematura o cuando ya no se querían más hijos, pueden tener serias consecuencias adversas para la madre y el hijo. Su alta incidencia, continúa siendo una de las principales preocupaciones en salud pública.

Objetivo: Identificar factores sociodemográficos y de fecundidad, asociados a la ocurrencia de embarazo no deseado en mujeres colombianas en edad reproductiva en el año 2010.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de corte transversal, basado en los datos de la ENDS Colombia-2010, sobre el total de mujeres en edad fértil (13-49 años) que al momento de la encuesta se encontraban en embarazo. La variable de interés fue embarazo no deseado, se describió la población a estudio y se evaluó la posible asociación con variables de tipo sociodemográfico y de fecundidad, a través de análisis bivariado y multivariado. Adicionalmente, se realizaron los mismos análisis haciendo segmentación por grupo de edad (adolescentes vs adultas).

Resultados: La prevalencia de embarazo no deseado en las mujeres colombianas en el 2010 fue de 61,4 %. De acuerdo con el modelo de regresión logística, no estar en unión a una pareja (OR: 4,01 IC95%: 3,066-5,269), tener hijos (OR: 2,040 IC95%: 1,581 – 2,631), estar en el quintil de menor riqueza (OR: 2,137 IC95%: 1,328-3,440), y ser adolescente (OR: 1,599 IC95%: 1,183-2,162), son factores que aumentan la probabilidad de tener un embarazo no deseado. Además, se encontraron diferencias en los factores asociados al realizar segmentación por edad.

Conclusiones: La prevalencia de embarazo no deseado permanece alta en Colombia respecto a años anteriores y a otros países. Los resultados de este estudio pueden ser de utilidad para el desarrollo y ajuste de políticas en salud sexual y reproductiva teniendo en cuenta los factores asociados identificados priorizando a población adolescente y de menor estatus socioeconómico, para la prevención de embarazo no deseado en Colombia.

Palabras clave: embarazo no deseado, embarazo no planeado, embarazo no intencionado, factores asociados

SUMMARY

Introduction: Unintended pregnancy, defined as pregnancies that occurs mistimed/premature or when no/ no more children were desired, could have serious adverse outcomes for mother and child. Its high incidence, remains as a major public health concerns.

Objective: Identify socio-demographic and fertility factors, associated with the occurrence of unintended pregnancy in Colombian women of reproductive age in 2010.

Methods: A retrospective cross-sectional study, based on data ENDS Colombia 2010 on the total number of women of childbearing age (13-49 years) that at the time of the survey were in pregnancy was performed. The main outcome was unintended pregnancy, it was described the study population and the possible association with sociodemographic and fertility variables, through bivariate and multivariate analyses. Additionally, were performed the same analysis stratified by age group (adolescents vs. adults).

Results: The prevalence of unintended pregnancy in Colombian women in 2010 was 61.4%. . According to the logistic regression model, not be with a partner (OR: 4.01 95% CI: 3.066 to 5.269), having previous children (OR: 2.040, 95% CI: 1.581 to 2.631), being in quintile 1 wealth (OR: 2.137, 95% CI: 1.328 to 3.440), and being a teenager (OR: 1.599, 95% CI: 1.183 to 2.162) are factors that increase the likelihood of having an unintended pregnancy. In addition, differences in the associated factors were found when stratified analyses were performed by age.

Conclusions: The prevalence of unintended pregnancy in Colombia remains high compared to previous years and other countries. The results of this study may be useful for developing and setting policies of sexual and reproductive health taking into account the associated factors identified giving priority to adolescent and low socioeconomic status in order to prevent the unintended pregnancy in Colombia.

Key words: unwanted pregnancy, unplanned pregnancy, unintended pregnancy, associated factors.

INTRODUCCIÓN

El embarazo no deseado, corresponde a embarazos que ocurren de forma inoportuna (antes de lo planeado), cuando no se querían hijos o cuando no se querían más hijos; considerándose una de las principales preocupaciones en salud pública, que a pesar de los esfuerzos de los gobiernos por disminuir su prevalencia, continúan presentándose en altos porcentajes tanto en países desarrollados como Estados Unidos con 48% (20), Canadá 27% (8) e Irlanda con 41% (19) y en países en vía de desarrollo, como Brasil donde la incidencia de embarazo no deseado es del 46% (29), en Paraguay 33,3% (24) y Perú 53% (23), afectando especialmente a grupos de población vulnerables como las mujeres más jóvenes y de menor nivel socioeconómico.

Las consecuencias del embarazo no deseado impactan en todos los ámbitos, desde lo personal, la relación de pareja y las dinámicas familiares hasta la comunidad en que se presenta, ya que al tratarse de una situación inesperada los planes cambian abruptamente, causando el abandono o retraso de los estudios, la unión a una pareja motivada únicamente por la presencia del embarazo que conlleva a separaciones tempranas o situaciones de violencia de pareja, igualmente impacta de forma negativa la economía familiar, sin contar el estrés emocional en los diferentes actores por todos los cambios suscitados (9)(17), entre otros. También se han documentado las implicaciones a nivel de salud física, psicológica y emocional para el hijo que llega a nacer, causada por un tardío inicio de los cuidados prenatales, difícil establecimiento de la relación madre-hijo, donde el embarazo no deseado puede traducirse finalmente a un hijo no deseado, con todas las implicaciones afectivas y sociales que ello puede tener (4)(16)(29).

Casi todas las mujeres están en riesgo de un embarazo no deseado a través de los años de su vida reproductiva (37), sin embargo se han identificado factores relacionados en el aumento de la probabilidad de ocurrencia de embarazos no deseados como son: ser adolescente (9) (17)(29)(37), tener un bajo nivel educativo (8)(20), bajo estatus socioeconómico (3)(19)(29) (37), prácticas inadecuadas de planificación familiar (18)(19)(29), falta de educación sexual (19)(29), ausencia de un compañero estable (8) (21) (33), ser de raza negra o latina (19)(20), tener 1 o más hijos (8)(20)(21), entre otros. Por lo anterior, entender esta problemática en Colombia a través del análisis de estos factores proporciona a los actores de políticas en salud sexual y reproductiva un conocimiento de la situación real que permita realizar un abordaje enfocado y efectivo.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha calculado que a escala mundial ocurren aproximadamente 211 millones de embarazos anuales, de los cuales 87 millones suceden de manera no planeada, lo que corresponde al 41% (1). Se estima que en Colombia dos terceras partes (67%) de todos los embarazos son no planeados, lo que se traduce en una tasa anual de 89 embarazos no planeados por 1000 mujeres; esta tasa es 25% más alta que el promedio para toda América Latina y el Caribe donde la estimación es de 72 embarazos no planeados por cada 1000 mujeres en edad reproductiva (2).

Ante un embarazo no deseado, las mujeres y las parejas se enfrentan a optar por una de dos opciones: continuar con el embarazo no deseado, o intentar interrumpirlo a través de aborto inducido. Cualquiera de estas decisiones tiene consecuencias sobre la salud, la situación social y económica de la mujer, su pareja, su familia, y el desarrollo de las sociedades (3).

Cuando los embarazos no planeados terminan en nacimientos, suelen ser de elevado riesgo social, económico y en salud tanto para la madre como para el hijo, éstos se asocian con retraso en el cuidado prenatal, conductas de riesgo durante el embarazo como el continuar fumando, consumo de bebidas alcohólicas y sustancias psicoactivas, o la falta de una nutrición adecuada incluyendo el suministro adicional de ácido fólico, ausencia o disminución de lactancia materna, alteraciones en el estado de salud durante la niñez, y un pobre desenlace de la relación madre-hijo (4).

De otro lado, el 52,8% de los embarazos no deseados a nivel mundial finalizan en aborto (1), de los cuales el 13% son atribuibles a complicaciones médicas por aborto en condiciones peligrosas. De acuerdo con datos de la OMS, anualmente 19 millones de abortos se consideran inseguros y casi su totalidad (más de 96%) ocurre en países en desarrollo (5), como es el caso de Colombia.

1.2. Justificación de la propuesta

Como se explicó arriba, el embarazo no deseado afecta a un amplio porcentaje de la población; acarrea graves consecuencias para la salud de la mujer particularmente cuando la opción es el aborto en condiciones de ilegalidad, y para la salud del hijo al contar con tardío inicio de los cuidados prenatales.

La atención de los embarazos no deseados consume importantes recursos financieros (29), y se distribuyen desigualmente en la población, al afectar sobre todo a los más vulnerables, mujeres jóvenes (9)(17), de bajo poder adquisitivo (19)(29), con poca educación o ausencia

de ella (8)(19). En pocas palabras, el embarazo no deseado cumple con los criterios para ser considerado un grave problema de salud pública. (7)

Se han realizado investigaciones alrededor del mundo sobre la prevalencia y los factores asociados a embarazo no deseado, principalmente en países desarrollados (8), sin embargo, los estudios para población Latinoamericana (21)(23)(24)(29) y particularmente para Colombia son bastante limitados (27).

Es necesario disponer de datos que faciliten la caracterización de los factores y riesgos asociados a embarazos no deseados en la población colombiana, identificando y diferenciando las poblaciones y entornos más vulnerables con el fin de fortalecer la articulación entre los diferentes entes nacionales, gubernamentales y municipales que permitan planear, realizar y ajustar acciones, políticas, programas y/o estrategias que promuevan el empoderamiento de las mujeres, su participación y la corresponsabilidad del hombre en la salud sexual y reproductiva. Se logrará así, que las entidades de salud pública puedan estar mejor equipadas para enfocar las intervenciones que buscan prevenir los embarazos no deseados en las mujeres colombianas con mayor probabilidad de tener un embarazo no deseado y así reducir el riesgo en salud pública tanto para la madre y el hijo, el impacto social, contribuyendo a disminuir los costos elevados de salud y mejorar la calidad de vida de la población.

1.3. Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores sociodemográficos y de fecundidad, asociados a la ocurrencia de embarazos no deseados en las mujeres colombianas en edad reproductiva en el año 2010?

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes históricos en salud sexual y reproductiva

Las expresiones y conceptos de salud sexual y reproductiva se empezaron a documentar a partir de los años 1930 y 1945 con la aplicación de las estrategias para controlar el crecimiento acelerado de la población “explosión demográfica”, sin decir que desde años anteriores estos conceptos no se contemplaron en la sociedad, encontrando que a partir de la III Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas realizada en el año 1994 se generalizó el concepto y su interpretación se ha venido fortaleciendo en los últimos veinte años. (9)

En el año 1948 se fundó la Organización Mundial de la Salud, contemplando dentro de sus funciones el promover la salud y la asistencia materna e infantil y fomentar la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente (11). En la década de los 70 se realizó la I Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1974), en el cual algunos

países iniciaron la aplicación de políticas de “control de la natalidad” en consideración a que se sostenía que el crecimiento demográfico obstaculiza el desarrollo. (9)

En el año 1994, durante la realización de la III Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, se presenta un hito en el reconocimiento de los derechos reproductivos, como derechos humanos; allí se inscriben los asuntos de la sexualidad y la reproducción en las personas como sujetos morales y seres autónomos con capacidad para decidir, sin presiones, incentivos o violencia. Se superó así el enfoque netamente demográfico y se visibilizó la estrecha relación entre las políticas de población y el desarrollo económico, social, medioambiental y de los derechos humanos.. Considerando que no es pertinente usar expresiones como “explosión demográfica” y “control de la natalidad” las cuales, bajo el enfoque de derechos, resultaban inadecuadas. Un año más tarde, en la IV Conferencia de la Mujer en Beijing (1995), se permitió ampliar mucho más la dimensión de la salud sexual y reproductiva, no sólo como parte de los derechos humanos en general reconocidos en la Conferencia de El Cairo, sino como parte del derecho específicamente de las mujeres a decidir sobre su salud sexual y reproductiva. Es por ello que en la segunda mitad de los 90, las políticas y programas se definieron bajo la perspectiva de género y se documentó la necesidad de integrar en la salud pública aspectos del desarrollo humano como la educación y la nutrición, entre otros. (10) (11)

Para el año 1999, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se concretaron metas e hitos para acelerar la implementación del Programa de Acción sobre suministro a los jóvenes servicios de salud reproductiva; acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos y a servicios esenciales de atención obstétrica por parte de personal especializado; prevención de enfermedades transmitidas sexualmente (ETS), incluidos el VIH/SIDA. Además, los gobiernos acordaron capacitar y equipar a proveedores de servicios de salud para asegurar el acceso a servicios de aborto en condiciones adecuadas. (9)

Esta preocupación mundial también trasciende en el país, y es así como en 1959 se crea la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME, primera institución en promover la planificación familiar, vinculándose en el año 1964 la División de Estudios de Población (DEP), estas dos entidades privadas preocupadas por la situación internacional en cuanto al crecimiento de la población y sus desafíos inició la formación de personal en diversas disciplinas para adquirir conocimientos sobre población y planificación familiar, apoyado por los países de México, Chile y Estados Unidos. (9)

En 1965 nace la Asociación ProBienestar de la Familia Colombiana - Profamilia la cual inició prestando servicios a los pobres, vulnerables y marginados, desarrollando investigaciones sociodemográficas que contribuyan al bienestar de la población, respetando los derechos del individuo y la pareja dentro del marco normativo vigente en el momento. En 1969 se incluyen actividades de planificación familiar en los programas de protección materna e infantil del Ministerio de Salud. (9)

En la Constitución Política de 1991 se consagran los derechos fundamentales, los cuales permiten avanzar en la eliminación de la discriminación y por ende el reconocimiento de la

diversidad, por razones étnicas, culturales, religiosas, sexuales, entre otras. Siendo así reconocidos el desarrollo de la vida sexual y las decisiones sobre la reproducción como derechos humanos íntimamente relacionados con el ejercicio del derecho a la vida, a la libertad, a la igualdad, a la intimidad personal y familiar, al desarrollo de la personalidad, a la libertad de conciencia, pensamiento y opinión, a formar una familia, a la atención en salud y a la educación. Por medio de la ley 100 de 1993 el Plan de Atención Básica, conocido desde el año 2007 por la Ley 1122 como Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y el Plan Obligatorio de Salud (POS), contemplan acciones y servicios destinados a atender las necesidades de salud sexual y salud reproductiva de la población, sin ningún tipo de discriminación, cubriendo en la actualidad: Inmunizaciones, atención integral a las ITS -VIH/ Sida, atención de embarazo y parto, detección temprana de las alteraciones del desarrollo de los jóvenes, cáncer de cuello uterino, cáncer de seno y cánceres en el aparato reproductivo masculino, consejería y suministro de métodos anticonceptivos para hombres y mujeres e interrupción voluntaria del embarazo (sentencia C-355 de 2006). (9)

El Ministerio de Salud de Colombia en el año 1992 promulgó la política “Salud para las mujeres, mujeres para la salud” cuyo propósito era la reducción de las desventajas existentes entre hombres y mujeres, como una forma de mejorar su calidad de vida y responder de manera integral a su problemática de salud mediante un enfoque integrador, en el mismo año mediante la resolución 1531 se conmemora el día internacional de la mujer como reconocimiento a su salud, vida, cuerpo y sexualidad. (12)

Con el fin de emitir directrices sobre planificación familiar en el país el Ministerio de Salud de Colombia con la participación del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Asociación Voluntaria para la Contracepción Quirúrgica (AVSC), y Profamilia desarrollaron la Resolución 412 de 2000 la cual contiene las normas técnicas y guías de atención integral relacionadas con los métodos de Planificación Familiar para hombres y mujeres, la atención del embarazo, parto y al recién nacido, la detección temprana de alteraciones de desarrollo de adolescentes, las ITS-VIH/SIDA, el cáncer de cuello uterino y de seno, así como la atención a la mujer y niño maltratado. (9)

En 2003 el Ministerio de la Protección Social adoptó la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003 – 2007 mediante la cual se fijaron las prioridades para guiar la intervención del Estado en seis áreas de intervención: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de la población adolescente, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual y VIH/Sida y violencia doméstica y sexual. (9)

2.2. Salud sexual y reproductiva

La salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR). (13)

Un buen estado de SSR implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital. (13)

2.2.1. Principios orientadores de la salud sexual y reproductiva

Los principios que orientan la política son la concepción de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, la equidad social y de género, el empoderamiento de las mujeres y la cualificación de la demanda, la focalización y la calidad para la prestación de los servicios. A continuación se presenta una breve descripción de cada uno de ellos:

- **Derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos:** La concepción de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos implica el reconocimiento de su carácter de universales, intransferibles e inalienables y la obligación del Estado de garantizar las condiciones para su pleno ejercicio. (13)
- **Equidad:** Los factores de inequidad más claramente asociados a la SSR tienen que ver con la situación de desventaja que muestran los elementos del diagnóstico para los sectores de la población más pobre, de menor nivel de escolaridad, sin cobertura del SGSSS, habitantes de las zonas rurales, mujeres y, muy especialmente, para las personas en situación de desplazamiento o habitantes de las zonas de conflicto. Para estas personas todos los riesgos asociados con la sexualidad y la reproducción son mucho mayores que para el resto de la población. (13)
- **Empoderamiento:** Se entiende en dos sentidos: por un lado, el empoderamiento de las mujeres encaminado hacia la construcción de relaciones entre los sexos más equitativas que permitan la toma de decisiones autónomas y en igualdad de condiciones con los hombres. El empoderamiento de las mujeres debe ir acompañado del estímulo a la participación de los hombres en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción y, en general, con las responsabilidades domésticas y frente a la crianza de los hijos. El segundo sentido del empoderamiento se refiere a la cualificación de la demanda, es decir, a los mecanismos para dotar a las/os usuarios de los servicios de salud de las herramientas necesarias para exigir y hacer cumplir sus derechos y para asumir la responsabilidad individual y social frente al cuidado de la salud. (13)
- **Intervención focalizada:** implementación de acciones que tengan en cuenta las características y necesidades específicas de las zonas donde los indicadores

muestran condiciones de vida más precarias, como las zonas rurales, las zonas de conflicto armado y las zonas marginales urbanas. Así mismo, las intervenciones deben priorizar a las personas con menores niveles de escolaridad, las desplazadas, los jóvenes y, en general, la población en condiciones de pobreza. (13)

- **Salud como servicio público prestado con criterios de calidad:** la calidad en la prestación de servicios de SSR debe considerar elementos tales como la confidencialidad, la formación adecuada del recurso humano, no sólo en los aspectos médicos, técnicos, de seguridad, de sistemas de referencia y contra-referencia y normativos sino en habilidades de comunicación y trato; la incorporación de la perspectiva de género y condiciones que les permitan a los usuarios y usuarias la toma de decisiones informadas. (13)

2.2.2. Derechos sexuales y reproductivos

Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de la ONU aprobados por consenso. (14)

- **Derecho a la igualdad, a una protección legal igualitaria y a vivir libres de toda forma de discriminación basada en el sexo, la sexualidad o el género:** Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos; y deben gozar de la misma protección de la ley contra la discriminación con base en su sexualidad, sexo o género. (15)
- **Derecho de todas las personas a la participación, sin importar su sexo, sexualidad o género:** Todas las personas tienen derecho a un ambiente que les permita participar y contribuir activa, libre y significativamente en los aspectos civiles, económicos, sociales, culturales y políticos de la vida humana, a nivel local, nacional, regional e internacional; y a través de cuyo desarrollo puedan hacerse realidad los derechos humanos y las libertades fundamentales. (15)
- **Derecho a la vida, libertad, seguridad de la persona e integridad corporal:** Todas las personas tienen derecho a la vida, la libertad y a vivir libres de tortura y de un trato cruel, inhumano y degradante; y, especialmente cuando la causa de ello sea su sexo, edad, género, identidad de género, orientación sexual, estado civil, historia o comportamiento sexual, real o imputado o su estatus de VIH/SIDA; así mismo, tendrán el derecho de ejercer su sexualidad de manera libre de violencia o coerción. (15)
- **Derecho a la privacidad:** Todas las personas tienen derecho a no ser sujetas a la interferencia arbitraria de su privacidad, familia, hogar, documentos o correspondencia, así como al derecho a la privacidad que es esencial para ejercer su autonomía sexual. (15)
- **Derecho a la autonomía personal y al reconocimiento ante la ley:** Todas las personas tienen derecho a ser reconocidas ante la ley y derecho a la libertad sexual, la cual abarca la oportunidad de los individuos para tener control y decidir libremente sobre asuntos relacionados con la sexualidad, para elegir sus parejas sexuales y para experimentar su potencial y placer sexual a plenitud, dentro de un marco de no

discriminación y con la debida consideración a los derechos de otras personas y a la capacidad evolutiva de las y los niños. (15)

- **Derecho a la libertad de pensamiento, opinión y expresión; derecho a la asociación:** Todas las personas tienen derecho a ejercer su libertad de pensamiento, opinión y expresión en relación con sus ideas sobre la sexualidad, orientación sexual, identidad de género y derechos sexuales, sin intromisiones o limitaciones basadas en las creencias culturales dominantes o ideología política, o en nociones discriminatorias del orden público, moralidad pública, salud pública o seguridad pública. (15)
- **Derecho a la salud y a los beneficios del avance científico:** Todas las personas tienen derecho a gozar del más alto estándar posible de salud física y mental, que incluye los determinantes esenciales de la salud, y el acceso a la atención de la salud sexual para la prevención, diagnóstico y tratamiento de todas las inquietudes, problemas y trastornos sexuales. (15)
- **Derecho a la educación e información:** Todas las personas, sin discriminación, tienen derecho a la educación e información de manera general y a la educación integral en sexualidad, así como a la información necesaria y útil para ejercer plenamente su ciudadanía e igualdad en los dominios privados, públicos y políticos. (15)
- **Derecho a elegir si casarse o no y a formar y planificar una familia, así como a decidir si tener o no hijos y cómo y cuándo tenerlos:** Todas las personas tienen derecho a elegir si casarse o no hacerlo, si formar y planificar una familia o no hacerlo, cuándo tener hijos y a decidir el número y espaciamiento de sus hijos de manera responsable y libre, dentro de un ambiente en el cual las leyes y políticas reconozcan la diversidad de las formas familiares, incluyendo aquellas no definidas por ascendencia o matrimonio. (15)
- **Derecho a la rendición de cuentas y reparación de daños:** Todas las personas tienen derecho a medidas efectivas, adecuadas, accesibles y apropiadas de tipo educativo, legislativo, judicial y de otros tipos para asegurar y exigir que quienes tengan el deber de garantizar los derechos sexuales sean plenamente responsabilizados de hacerlos cumplir. Esto incluye la capacidad de monitorear la implementación de los derechos sexuales y de tener acceso a remedios por violaciones a los derechos sexuales, incluyendo el acceso a una reparación de daños completa a través de la restitución, compensación, rehabilitación, satisfacción, garantía de no reincidencia y cualquier otro medio. (15)

2.3. Definición de Embarazo no intencionado /no planeado / no deseado

El embarazo no intencionado es un concepto complejo, y ha sido objeto de críticas conceptuales y metodológicas. Progresivamente, las intenciones de embarazo han sido consideradas como un concepto que abarca dimensiones afectivas, cognitivas, culturales y contextuales. (16)

Las medidas convencionales de embarazo no intencionado están diseñadas para reflejar el propósito de la mujer antes de quedar embarazada. Los embarazos no intencionados son embarazos que se reportan como no deseados (ocurrieron cuando no se deseaban hijos, o cuando no se deseaban más hijos) o inoportunos (ocurrieron anticipadamente a lo deseado). En contraste, los embarazos descritos como intencionados son los que se reporta sucedieron en el momento justo o posterior a lo deseado (debido a infertilidad o dificultades para concebir) (16). Embarazos no intencionados incluyen embarazos no deseados por al menos uno de los integrantes de la pareja. (17)

Sin embargo, no todos los embarazos no intencionados son realmente no deseados; la mayoría (60%) son inoportunos, y se habrían producido como nacimientos previstos en una fecha posterior. Si un nacimiento no intencionado es no deseado (la mujer no quería un hijo ahora ni en el futuro), entonces el costo es una pérdida compleja de bienestar social. Es decir, un nacimiento no intencionado inoportuno (producido antes de lo previsto), se habría recibido como un nacimiento previsto más adelante. (18)

Un concepto relacionado a embarazo no intencionado es el embarazo no planeado, que ocurre cuando la mujer estaba utilizando un método anticonceptivo, o cuando ella no deseaba quedar embarazada pero no utilizó un método. La intención es frecuentemente medida o reportada sólo para embarazos que terminaron en nacidos vivos, ya que los embarazos que terminaron en aborto son generalmente asumidos como no intencionados. Se debe tener en cuenta que todas estas definiciones asumen que el embarazo es una decisión consciente. (17)

De acuerdo a un estudio cualitativo, donde se exploró la percepción de las mujeres ante los diferentes términos, se encontró lo siguiente: Muchas mujeres encuentran difícil definir un "querían" el embarazo, algunas refieren que un embarazo podría convertirse en "querido", a pesar de ser no planeado o no deseado. Sin embargo, algunas mujeres sienten que es un término débil o emocional. Del mismo modo, algunas mujeres creen que podría ser difícil aplicar el término "querido" a un embarazo ya que puede haber sentimientos simultáneos de "querido" y "no deseados"; así mismo, es posible que desearan un embarazo, pero no lo querían en ese momento o no con esta pareja. El término "no deseado" se asocia con un resultado de aborto o, más raramente, en adopción. Hubo una aceptación por un número de mujeres que "no deseados" es un término que no entró en sus pensamientos una vez se enteraron del embarazo, y podría estar asociado con sentirse infeliz sobre el embarazo o no querer al bebé. (3)

En vista de lo anterior es claro que la intercambiabilidad en el uso de los términos no intencionado, no planeado, no deseado e inoportuno, en la literatura introduce confusión debido a la mezcla de variables actitudinales: querer, desear; con variables comportamentales: intencionalidad, planeación, oportunidad. (19)

Comúnmente, el embarazo no intencionado es clasificado como un embarazo que fue inoportuno o no deseado en el momento de la concepción. En este trabajo se acotará esta definición teniendo en cuenta que la pregunta formulada durante el desarrollo de la ENDS, fue

la siguiente: “Cuando usted quedó embarazada, quería quedar embarazada en ese momento, quería esperar hasta más adelante o no quería tener más hijos”

Los términos no deseado, no intencionado, y no planeado se han utilizado indistintamente a lo largo del documento.

2.4. Panorama mundial “Embarazo no deseado”

Aproximadamente 80 millones de embarazos no deseados se producen en el mundo cada año, de los cuales 42 millones resultan en abortos inducidos y 34 millones resultan en nacimientos no deseados. De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (2005), cada año se producen aproximadamente 210 millones de embarazos, 87 millones de los cuales son no planeados y 41 millones llegan al nacimiento. (17) (20)

Entre los países desarrollados, Inglaterra tiene la más alta tasa de embarazos no deseados después de los Estados Unidos. Inglaterra tiene altas tasas de embarazo adolescente en comparación con otros países europeos, en 2010, había un estimado de 225.600 embarazos no deseados), con el 15% de las mujeres menores de 20 años declararon haber tenido al menos un embarazo, en comparación con 6% en Francia y un 4% en Suecia (18). En Irlanda, un 41% de las mujeres embarazadas describen su embarazo como no planeado, y en el año 2010 se encontró que el 16% de todos los embarazos fueron no deseados. (20)

El embarazo no deseado es un problema importante y persistente de salud de la población en los Estados Unidos, en las mujeres norteamericanas con edades entre 15-44 años, se reporta que en total 48% de ellas han tenido al menos un embarazo no intencionado a lo largo de su vida. La proporción global de embarazos no intencionados, no ha disminuido significativamente desde 1982 (19). En los Estados Unidos, en el año 2006 había 6.7 millones de embarazos, frente a los 6,4 millones en 2001. Unos 3,2 millones de embarazos fueron no planeados en 2006, en comparación con 3,1 millones en 2001. El porcentaje de embarazos no deseados aumentó ligeramente entre 2001 (48%) y 2006 (49%), y la tasa de embarazo no deseado también aumentó durante este período de tiempo: En 2006, hubo 52 embarazos no deseados por cada 1000 mujeres de 15-44 años, en comparación con 50 en 2001. En otras palabras, alrededor del 5% de las mujeres en edad reproductiva tuvo un embarazo no deseado en 2006. Al mirar los embarazos no intencionados, el 29% de todos los embarazos fueron inoportunos y el 19% eran no deseados. (3, 21, 22)

Los Estados Unidos tienen una de las tasas más altas de embarazo no deseado en el mundo, donde se ha estimado en torno al 37% de todos los nacimientos y el 49% de todos los embarazos (el equivalente a 5,2% de la población de mujeres de 15 a 44 años de edad), son no deseados. Por otra parte, aunque la tasa de prevalencia de embarazos no deseados en los EE.UU. se ha mantenido relativamente estable durante la última década, las diferencias entre los grupos demográficos que experimentan un embarazo no deseado se han incrementado. (20)

En otras regiones del mundo, como países africanos, el embarazo no deseado es también un importante problema de salud pública, con otros escenarios e implicaciones, por ejemplo en Nigeria, las relaciones sexuales casuales son la primera causa de embarazos no deseados, y muchas mujeres con embarazos no deseados deciden acabar con ellos a través de aborto. Un estudio llevado a cabo en dos estados del suroeste de Nigeria reporta una tasa de prevalencia de embarazos no deseados del 26,6% y la prevalencia de aborto 21,7%. Dado que el aborto es ilegal en Nigeria (a no ser recomendado por los médicos para salvar la vida de la madre), muchos abortos se llevan a cabo en un ambiente inseguro. Las consecuencias de estos abortos clandestinos son graves y son potencialmente mortales. (23)

Con respecto a América Latina y el Caribe, en 2008 se registraron más de 17 millones de embarazos, de los cuales alrededor de 58% (cerca de 10 millones) eran no deseados y 22% (alrededor de 4 millones) finalizan en abortos electivos (24). En esta región, 91% de las adolescentes de 15–19 años no casadas y activas sexualmente necesitaban anticonceptivos y, de ese total, 40% tiene necesidades insatisfechas de planificación familiar. En tres encuestas analizadas se encontró que más de dos tercios de los nacimientos fueron no deseados. Sin embargo, los nacimientos inoportunos, es decir, de madres que hubieran preferido posponer el embarazo para más adelante, aumentaron entre 1995 y 2008 en más de 50% (de 16,5% a 25,6%), mientras que los no deseados se mantuvieron sin grandes variaciones. En 2008, el 44,9% de los partos de adolescentes —de 15 a 19 años— se debieron a embarazos no planeados, ya fueran inoportunos (41,8%) o no deseados (3,1%). De manera similar, más de la mitad (50,9%) de los niños nacidos de madres solteras en 2008 fueron nacimientos inoportunos (43,9%) o no deseados (7,0%). (25) En un estudio realizado en Paraguay en 2008, se encontró que la tercera parte (33,3%) de los nacimientos fueron no planeados (25,6% inoportunos y 7,7% no deseados) (24)

En el caso de Brasil, el país más grande de la región, aunque el uso de anticonceptivos está muy extendido, también hay una alta proporción de embarazos no deseados. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2006 (PNDS 2006) estima que, de todos los nacimientos que se produjeron en Brasil entre 2001 y 2006, el 46% fueron no planeados, el 28% de los cuales fueron inoportunos y el 18% no deseados (26). Las diferencias regionales en el grado de urbanización, así como la escolaridad de la población han tenido un impacto en las tasas de fecundidad. En el Nordeste de Brasil, con un índice de desarrollo humano más bajo, la tasa es de 3.1 y en la región de más desarrollo al sur, es de 2.3. Las zonas rurales tienen una mayor tasa de fecundidad (3,5) que en las urbanas (2,3). Las mujeres analfabetas tienen un promedio de cinco hijos, y para las mujeres que tienen 12 o más años de educación formal la tasa fue de 1,5. Las mujeres pobres y con escasa educación tienen más probabilidades de tener embarazos no planificados. El 40,7 % de las mujeres pobres entre 15 y 24 años de edad refieren que su último embarazo fue no planeado, con un fuerte impacto en las dimensiones física, emocional, socio-económicas y familiares, muchas de ellas temen la reacción de su pareja frente a la noticia del embarazo ya que culturalmente la práctica de anticoncepción se considera responsabilidad de la mujer. (22)

La ENDES 2009 reveló que entre los nacidos en el Perú en los últimos 5 años, el 31% fueron no planeados o inoportunos y un 23% adicional eran no deseados. Un estudio reciente con 7992 mujeres de 18 a 29 años de edad, y de 20 ciudades de Perú identificó menor edad a la primera relación sexual y múltiples parejas sexuales recientes, como factores de riesgo para la experiencia de un aborto inducido. Más del 60% de las mujeres que reportaron un aborto tenían niños. A nivel nacional, el 14% de las usuarias de anticonceptivos femeninos informó abandonar el empleo debido a la falla del método. En estudios anteriores en diferentes contextos, una proporción importante de las mujeres recurrió al aborto después de un fallo o mal uso de métodos anticonceptivos. (27)

2.5. Situación nacional de Embarazo no Deseado

Son escasos los estudios que se encuentran disponibles a nivel Colombia relacionados a embarazos no intencionados y no deseados. Según el reporte “Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia” se estima que en 2008 hubo 1’357,600 embarazos en el país. Este total incluye 764,300 embarazos que resultaron en nacidos vivos, y 593,300 que terminaron en abortos espontáneos e inducidos. Según estos hallazgos, se estima que cada año aproximadamente dos terceras partes (67%) de todos los embarazos son no planeados. La proporción de embarazos no planeados está por debajo del promedio nacional en la región Oriental (61%), pero por encima en Bogotá (74%) y en la región Pacífica (73%). El número anual de embarazos no planeados en Colombia, que es de 911,900, se traduce en una tasa anual de 89 embarazos no planeados por 1,000 mujeres de 15–44 años. Esta tasa es un 25% más alta que el promedio para toda América Latina y el Caribe (72 embarazos no planeados por 1,000). Además, la tasa de embarazo no planeado en el 2008 muestra un aumento del 7% con respecto al 1989, cuando fue de 84 por 1,000. Los resultados por región muestran que la tasa de embarazo no planeado más alta corresponde a Bogotá (113 por 1,000, comparada con 67–104 por 1,000 en las cuatro regiones restantes). Un 74% del total de embarazos en Bogotá son no planeados, a pesar del alto nivel de uso de anticonceptivos modernos en esta región (77%). Esto sugiere que la motivación para espaciar exitosamente los nacimientos y tener familias pequeñas es especialmente fuerte en Bogotá.

En Colombia, pese a que las mujeres tuvieron muchos menos embarazos (una disminución de 163 a 133 embarazos por 1,000 mujeres), la proporción de los que fueron no planeados aumentó entre 1989 y 2008, de 52% a 67%. El tamaño deseado de familia ha disminuido consistentemente (de 2.2 hijos en 1990 a 1.6 en 2010). Esta disminución en la fecundidad deseada ha conducido a aumentos en las proporciones de embarazos que terminan tanto en nacimientos no planeados (de 23% en 1989 a 29% en 2008) como en abortos (de 22% a 29%). (2)

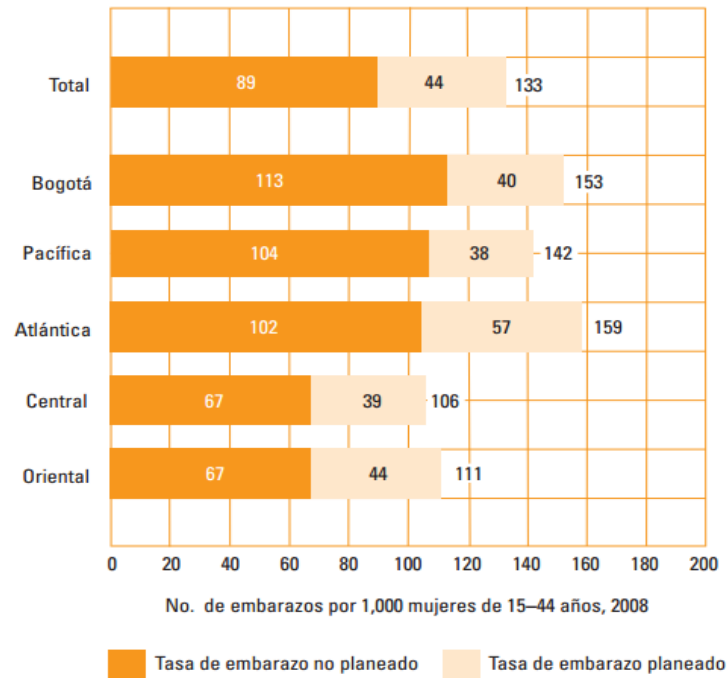


Figura 1: Tasa de embarazo no planeado mujeres de 15 a 44 años, 2008. (2)

Según una encuesta aplicada en 2005 a unas 1,097 mujeres de 13–49 años que fueron desplazadas por el conflicto armado, 66% de las embarazadas dijeron que no habían planeado su embarazo actual. Esta proporción es notablemente más alta que el 59% encontrado en el total de mujeres entrevistadas en la ENDS de 2005. Dada la precaria situación de las mujeres desplazadas y la mayor proporción de ellas con embarazo no planeado frente al promedio nacional. (2)

De acuerdo con un estudio realizado a las asistentes adolescentes a los servicios de salud de dos instituciones prestadoras de servicios de salud, de la ciudad de Tuluá, Colombia, en el 2012, tuvieron asociación significativa con embarazo las siguientes variables individuales: no encontrarse escolarizadas o estudiando, inicio de actividad sexual a los 15 años o menos y no usar métodos de planificación familiar (PF) en todas las relaciones sexuales; en variables familiares se encontró asociación con: escolaridad materna menor que secundaria, no educación sexual del adolescente por la madre y no suministro de métodos de PF por la madre, y en las variables socio-culturales: pertenecer al estrato socio-económico 1 y no haber recibido educación en PF por parte de personal docente, de salud u otro diferente a los padres. (28)

2.6. Consecuencias del Embarazo No Deseado

Ante un embarazo no deseado, las mujeres y las parejas enfrentan decisiones difíciles. Las opciones que se abren pueden ser dos (3):

- Intentar interrumpir el embarazo a través de un aborto inducido, con todos los riesgos y consecuencias que este procedimiento conlleva en sociedades en las que está legalmente restringido.
- Continuar con el embarazo no deseado.

Cualquiera de estas decisiones tiene consecuencias sobre la salud y la situación social y económica de la mujer, su pareja y su familia. Además, también influyen en las condiciones de salud y de desarrollo de las sociedades, ya que los embarazos no deseados tienen consecuencias que van más allá del individuo y afectan a toda la sociedad. (3)

Las consecuencias sobre la salud de las mujeres son indirectas: las más graves se derivan del aborto inducido al que las mujeres recurren para tratar de evitar continuar con el embarazo no deseado, y que se realiza en condiciones de clandestinidad e inseguridad. (3)

La continuación de los embarazos no deseados también tiene consecuencias sobre la salud de la madre y del hijo, ya que estos ocurren con mayor frecuencia en mujeres en ambos extremos de la edad reproductiva, períodos durante los cuales los riesgos son mayores. (3)

Los embarazos no planeados interfieren con la salud y el bienestar de diferentes formas. El embarazo no intencionado no solamente tiene efectos en el estado salud en varios aspectos de la vida individual y familiar, sino que también reduce la productividad laboral. En lo que respecta a los diferentes dominios relacionados con la calidad de vida: socio-económica, familiar, psicológico, espiritual, salud y aspectos de rendimiento, el embarazo no deseado puede impactar de forma negativa debido a complicaciones. Varios informes sugieren que la incidencia de embarazos no deseados predice una serie de resultados negativos como los retos del mercado laboral y el aumento del número de días de trabajo perdidos, entre otros. (17)

Aparte de los gastos sociales, los embarazos no deseados a menudo afectan las vidas de individuos con implicaciones en el nivel de instrucción y participación de mano de obra (29). El embarazo tiene consecuencias sobre las oportunidades de desarrollo de las jóvenes. Así, se ha observado repetidamente que las adolescentes embarazadas abandonan la escuela con mayor frecuencia que el resto, tienen mayor probabilidad de ser madres solteras o solas, van a tener un número mayor de hijos al final de su vida reproductiva y sus oportunidades de alcanzar un trabajo mejor remunerado son menores (9). Esto es particularmente cierto para las madres adolescentes que tienen menos probabilidades de graduarse de la escuela secundaria y asistir a la educación superior, en comparación con las mujeres que tienen su primer hijo a los 30 años o más. (17) (29)

El embarazo no deseado también se considera como un embarazo de alto riesgo asociado con altas tasas de consecuencias negativas para la madre, la pareja y el bebé. Estos grupos de

mujeres están más expuestas al suicidio y la depresión, mala nutrición durante la gestación, problemas de salud mental, relaciones familiares inestables, que sufren violencia física y psicológica, riesgo de aborto involuntario, y retraso en la atención prenatal. (17)

Una de las consecuencias más graves del embarazo no deseado sobre la salud son los problemas que resultan de un aborto inseguro. El aborto que se realiza en condiciones inseguras se acompaña con frecuencia de complicaciones secundarias al procedimiento utilizado (3). En un estudio realizado en Brasil se estimó que el 20% de los abortos clandestinos realizados por médicos en clínicas, y el 50% de los efectuados en casas particulares por la propia mujer o por personal sin entrenamiento, se complican. (31) Estos datos contrastan con los provenientes de países donde el aborto es legal y se realiza en buenas condiciones, donde solo el 5% de las mujeres que interrumpen su embarazo sufre algún problema. Las complicaciones inmediatas más frecuentes del aborto inseguro son la perforación del útero, la hemorragia y la infección. A medio plazo, la infertilidad es una secuela frecuente. (22)

Hacia el final de la vida reproductiva las mujeres generalmente ya han tenido los hijos que deseaban o aún más de los que habían previsto en su juventud. Sin embargo, todavía son fértiles y pueden quedar embarazadas sin desearlo. Si una mujer de esta edad decide llevar adelante su gestación, los riesgos que enfrenta son mayores que en etapas más tempranas de la vida. Así, por ejemplo, la mortalidad y morbilidad maternas en madres mayores de 40 años son varias veces mayores que entre las más jóvenes (20), (30). Además, en esta etapa de la vida los problemas crónicos, tales como la diabetes y la hipertensión, son más comunes y pueden agravarse como resultado del embarazo. Los riesgos para el feto (defectos cromosómicos como el síndrome de Down, malformaciones congénitas, sufrimiento fetal y bajo peso al nacer) también son mayores que cuando la embarazada es más joven (17).

El embarazo no intencionado es asociado con diversos desenlaces adversos sobre la salud de los niños y con factores de riesgo para bajos resultados en salud. Los embarazos no deseados son potencialmente asociados con comportamientos de salud materna que pueden aumentar los riesgos para el feto en desarrollo, en las mujeres con embarazos no intencionados es menos probable que busquen cuidados prenatal durante el primer trimestre respecto a las mujeres con embarazos intencionados, y es más probable el uso de alcohol y tabaco durante el embarazo (17), (16), (29). Además, los nacimientos no intencionados están asociado con no lactancia materna del bebé, pobre salud del hijo durante la niñez, y un pobre desenlace de la relación madre-hijo. Según algunos estudios longitudinales, se han encontrado consecuencias negativas a largo plazo para los niños de embarazos no deseados que rastrean un seguimiento de los niños hasta la edad adulta. (4)

El embarazo no intencionado que resulta en un nacido vivo es asociado con abuso físico y violencia durante el embarazo y en los 12 meses antes de la concepción, también es asociado con un hogar disfuncional, así como exposición a abuso psicológico, físico y sexual durante la niñez. De acuerdo con estudios longitudinales en Europa que iniciaron a mediados de los años 60, la negación del aborto tiene un severo impacto negativo sobre el desarrollo psicosocial de los niños a largo plazo. Sin embargo, hallazgos de estudios en EEUU, que cuestionan la

asociación entre embarazo no intencionado y desarrollo de la niñez, muestran que el impacto de la no intencionalidad sobre la salud del infante está relacionado más al estatus socioeconómico y físico de la madre, que a la intencionalidad de embarazo. (16)

Otras estadísticas muestran que, en comparación con los hijos buscados, los niños no deseados están expuestos a más factores de riesgo, por lo que es más probable experimentar problemas de salud psicológica y física, deserción de la escuela secundaria y tienden a mostrar una conducta delictiva en la adolescencia. Diversos investigadores han intentado identificar las circunstancias de la vida o los factores que contribuyen a la delincuencia juvenil. Dos importantes estudios han demostrado que el rechazo materno, el trato rudo o errático y la falta de supervisión por parte de los padres son factores que contribuyen a que los hijos participen en actividades delictivas durante la juventud. Otros problemas sociales gravísimos, como la violencia doméstica y los niños de la calle, también están fuertemente asociados con la maternidad no deseada. (16) (17)

Muchos embarazos no intencionados terminan en aborto. En países donde el aborto es ilegal e inseguro, como es el caso de Colombia, el embarazo no intencionado es el principal contribuyente a la morbilidad y mortalidad materna. Se estima que los abortos han ocasionado 400.000 de las 700.000 muertes resultantes de embarazos no intencionados alrededor del mundo entre enero de 1995 y diciembre de 2000. (16)

Por otro lado, además de las consecuencias para la madre y el hijo, tenemos las consecuencias para la sociedad a la que pertenece. Como consecuencias del embarazo no deseado sobre la sociedad, se tiene el impacto demográfico. La reproducción ha sido reconocida como un asunto de derechos humanos y de salud, y sus efectos sobre el crecimiento poblacional ya no se enfatizan, ni se utilizan metas demográficas como guía para políticas y programas. Sin embargo, es indudable que la fecundidad afecta el perfil demográfico de una población. (6)

El problema del embarazo no deseado es uno de los principales desafíos que enfrentan los países en desarrollo debido a su efecto sobre el crecimiento incontrolable de la población. La población mundial se duplica cada 40 años, mientras que en los países pobres es probable que suceda en menos de 20 años. Los embarazos no deseados como resultado una serie de consecuencias adversas, incluyendo las luchas del mercado de trabajo, mayores tasas de criminalidad, más abortos, aumento de los niveles de estrés en el hogar y otras personas que no tienen nada que ver con balances públicos y crea una enorme carga financiera para los contribuyentes. Es evidente, que la incidencia de los embarazos no planificados puede imponer una carga significativa en costos. Los costos de un embarazo no deseado se clasifican como los costos intangibles, que no son sólo financieros, sino de hecho puede causar una disminución en la calidad de vida de estas madres y sus familias. De hecho, el daño real a la calidad de vida es incalculable. (17)

De acuerdo con un estudio realizado en EE.UU., los contribuyentes gastan de \$ 9 a 12 millones de dólares al año en los embarazos no deseados (incluyendo el aborto, las pérdidas fetales no deseadas y la atención prenatal, partos y atención médica para bebé). Esta es una estimación conservadora, ya que no tiene en cuenta los beneficios no médicos recibida por los padres, los

numerosos beneficios recibidos después de la infancia por los niños de embarazos no deseados, o el aumento de la probabilidad de los requisitos de pobreza y el bienestar de estos niños. (29)

2.7 Factores Asociados a Embarazo No Deseado

Los determinantes socioeconómicos de la reproducción (2010) que afectan a los embarazos no deseados incluyen: la edad, el nivel educativo de ambos cónyuges, la situación económica, el empleo de las mujeres, número de hijos, el tipo de anticoncepción, el aborto y el número de hijos vivos o muertos (18). Diversos estudios se han realizado alrededor del mundo para identificar los factores asociados a embarazos no deseados.

En un estudio realizado en Canadá en 2006, se encontró que el riesgo de experimentar un embarazo no deseado se incrementa cuando, la mujer tiene menos de 20 años, es inmigrante, tiene un nivel educativo de secundario o menos, no cuenta con un compañero, experimentó violencia o abuso, y tuvo uno o más embarazos previos. Adicionalmente, las madres quienes reportaron fumar, beber alcohol o el uso de drogas antes de quedar en embarazo, fueron asociadas con el incremento en la probabilidad de experimentar un embarazo no deseado. (8)(20)

En Estados Unidos se encontró que los factores de riesgo asociados con los embarazos no deseados incluyen el embarazo no deseado en adolescentes, servicios de planificación familiar inadecuados, el estado socioeconómico bajo, la falta o el uso incorrecto de los métodos de planificación familiar y el desconocimiento de los mismos. Los embarazos no deseados son más comunes entre los adolescentes pobres. La pobreza y la enfermedad son las principales causas de sufrimiento que acelera el crecimiento de la población y la distribución desigual de los servicios de salud. (3)(18)(20)

De acuerdo con los datos de un estudio realizado en Inglaterra en 2010, el mayor número de embarazos no deseados se produjo en las mujeres de 20-24 y 25-29 años, cuyas tasas fueron casi el doble del promedio global Inglés (32,9 y 28,8 por 1.000 en comparación con el 17,6 por 1.000). Estos patrones fueron similares en todas las regiones. Las mujeres de 19-24 años tuvieron la mayor tasa de aborto inducido debido a los embarazos no deseados (25,9 por 1.000), en comparación con el promedio nacional inglés de 12,5 por 1.000. El hecho de que el 88% de las mujeres británicas en riesgo de embarazo utilizó anticonceptivos sugiere que un gran número de embarazos no deseados se deben al uso inapropiado de anticonceptivos en lugar de no uso de la anticoncepción. (18) (20)

De acuerdo con los resultados de un estudio que buscaba determinar la prevalencia de embarazo no deseado en mujeres en un hospital de Sydney, Australia e investigar los comportamientos de salud y los factores demográficos asociados con embarazo no planeado, se encontró que más de la mitad de todos los embarazos en mujeres menores a 25 años fueron no intencionados. Las mujeres más jóvenes tienen mayor fertilidad, mayor frecuencia de encuentros sexuales, y mayores tasas de falla anticonceptiva. En contraste, las mujeres mayores, es más probable que se estén casadas e iniciando una familia, por tanto es más fácil

se adapten a un hijo. En resumen se encontró que el embarazo no planeado se asoció de forma significativa con la edad, el estatus marital y la cultura; no hubo asociación con estatus de empleo, afiliación religiosa y nivel educativo. (29)

En un estudio realizado en Nigeria, donde se buscaba entender los factores asociados a los embarazos no deseados, se encontró que las mujeres con edades entre 35-39 años y aquellas con 40 años o más, tienen significativamente menor probabilidad de un embarazo no deseado respecto a las mujeres de 15 a 19 años. También se encontró que aunque las mujeres casadas tienen menor probabilidad de reportar un embarazo como no deseado que aquellas quienes nunca se han casado. Respecto a la afiliación religiosa, las mujeres católicas fueron quienes mostraron mayor probabilidad de tener un embarazo no deseado. Además, se ha informado de que algunas mujeres usan el aborto en lugar de la anticoncepción como medio para espaciar los nacimientos. Hay muchos factores que contribuyen a los embarazos no deseados en Nigeria, y un factor muy importante es el bajo nivel de uso de anticonceptivos. Por otro lado, el deseo de limitar el tamaño de la familia para que la familia pueda proporcionar una mejor educación para los niños, el aumento de las mujeres en la fuerza de trabajo, y la urbanización son otros factores que conducen al deseo de las mujeres nigerianas a tener un número predeterminado de los niños. (23)

En un estudio realizado en 2008, en Paraguay se encontró que la edad estuvo asociada de forma directa y significativa al deseo de postergar el último nacimiento; el nivel de escolaridad se asoció inversamente con la posibilidad de tener nacimientos inoportunos; y residir en áreas urbanas, con los nacimientos no deseados. El no estar casada o unida a una pareja estable estuvo asociado con considerar el último nacimiento como no deseado o inoportuno, tanto en las mujeres solteras como en las separadas, divorciadas o viudas. (24)

3. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

Hipótesis de la investigación: Existe diferencia en las variables sociodemográficas y de fecundidad, entre las mujeres con embarazos deseados y las mujeres con embarazos no deseados.

Hipótesis nula: No hay diferencia en las variables sociodemográficas y de fecundidad, entre las mujeres con embarazos deseados y las mujeres con embarazos no deseados.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Identificar factores sociodemográficos y de fecundidad, asociados a la ocurrencia de embarazo no deseado en mujeres colombianas en edad reproductiva en el año 2010.

4.2. Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas y de fecundidad, de las mujeres embarazadas en Colombia durante el año 2010.
- Establecer si hay asociación entre la ocurrencia de embarazos no deseados en Colombia en el año 2010 y, el grupo de edad, la zona de residencia, el nivel educativo, trabajo, el índice de riqueza, unión a una pareja, el número de hijos nacidos vivos, la edad a la primera relación sexual, número de parejas sexuales en la vida, el conocimiento de métodos de planificación familiar y la violencia.
- Determinar si hay diferencia en los factores identificados como asociados a la ocurrencia de embarazo no deseado en Colombia, entre el grupo de mujeres adolescentes y el grupo de mujeres adultas, en el año 2010.
- Identificar variables explicativas para el desenlace de embarazo no deseado en mujeres colombianas en el año 2010.

5. METODOLOGÍA

5.1. Tipo de estudio

Estudio retrospectivo de corte transversal.

5.2. Población

La población de estudio corresponde a las mujeres en estado de embarazo al momento de responder la ENDS realizada por Profamilia en el año 2010. Se realizaron entrevistas en 51,447 hogares de la zona urbana y rural de seis regiones del país (Caribe, Oriental, Central, Bogotá, Pacífica y Amazonia-Orinoquia), 16 subregiones y cada uno de los departamentos de Colombia, con un total de 53,521 mujeres en edad fértil, de las cuales 2007 se encontraban en estado de embarazo al momento de la entrevista.

5.3. Diseño muestral

El presente estudio corresponde a un análisis secundario de la base de datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), la encuesta contó con un diseño muestral probabilístico de conglomerados, estratificada y polietápica. La selección en cada una de las etapas fue estrictamente aleatoria, la base de datos analizada fue “Mujeres”.

5.4 Selección de los sujetos a estudio:

5.4.1 Criterio de inclusión:

- Mujeres en estado de embarazo que aceptaron responder la encuesta.

5.4.2 Criterios de exclusión:

- No se tuvieron criterios de exclusión

5.5. Descripción de las variables

Para el análisis del estudio se tomó como variable dependiente o desenlace “intencionalidad del embarazo” la cual fue dicotomizada en embarazo deseado (en ese momento), embarazo no deseado (más tarde, no quería más hijos).

Las variables independientes incluidas en este estudio fueron divididas en 2 categorías. La primera corresponde a las variables sociodemográficas que incluyeron:

- La edad, en la cual fueron incluidas mujeres que estuvieran en edad reproductiva (13-49 años), para el análisis se dicotomizó en dos grupos, mujeres adolescentes las edades 13 a 19 años y mujeres adultas de 20 a 49 años.
- Región, la cual se encuentra desglosada de acuerdo con las 5 regiones tradicionales de Colombia (Atlántica, Oriental, Central, Pacífica y Amazonia-Orinoquia que se tomó como Territorios Nacionales), y como región independiente a Bogotá.
- Zona de residencia, la cual se encontraba en la encuesta como cabecera municipal, centro poblado y población dispersa, para análisis estas fueron dicotomizada a Zona Urbana (Cabecera municipal) y Zona rural (centro poblado y población dispersa).
- Nivel educativo, se agrupó como Educación Básica/Ninguna (ninguno, preescolar, primaria), Educación Secundaria (secundaria) y Educación Superior (técnico/tecnólogo, Universitaria y Postgrado).
- Índice de riqueza, los cuales se reportan en quintiles que van desde 1 siendo este el más bajo hasta 5 el más alto.
- Trabajo, responde a la pregunta trabaja actualmente.
- Unión, corresponde a la pregunta actualmente en unión, la cual para el análisis se dicotomizó en Sí (si, actualmente casada, si, en unión libre) y No (no, no en unión), y
- Violencia en el último año, la cual para ser incluida en el análisis se dicotomizó en Sí y No, donde se incluyeron las respuestas a las preguntas de la encuestas que estaban

relacionadas con los diferentes tipos de violencia (sexual, psicológica, emocional, económica, negligencia, abandono) en el último año.

En la segunda categoría se contemplan las variables de fecundidad en las que se determinó:

- Número de Hijos, que corresponde al total de hijos nacidos vivos, dicotomizada en Ninguno (0 hijos) 1 ó más (1-13 hijos).
- Edad de la primera relación sexual en años cumplidos
- Número de parejas sexuales en la vida, y
- Conocimientos de métodos de planificación familiar (PNF) para el análisis de esta última se realizó factorización de variables con el fin de reducir los datos y encontrar un grupo homogéneo siendo así que fueron agrupadas en conocimiento de pocos métodos PNF (0-4), Algunos Métodos PNF (5-8) y Muchos métodos PNF (9-12).

5.5.1 Tabla de variables

Tabla 1. Descripción de la variable dependiente

Variable	Naturaleza	Tipo	Nivel de medición	Codificación
Intencionalidad de embarazo	Cualitativa	Nominal	Categórica Dicotómica	0= Deseado (en ese momento) 1= No deseado (más tarde, no quería más hijos)

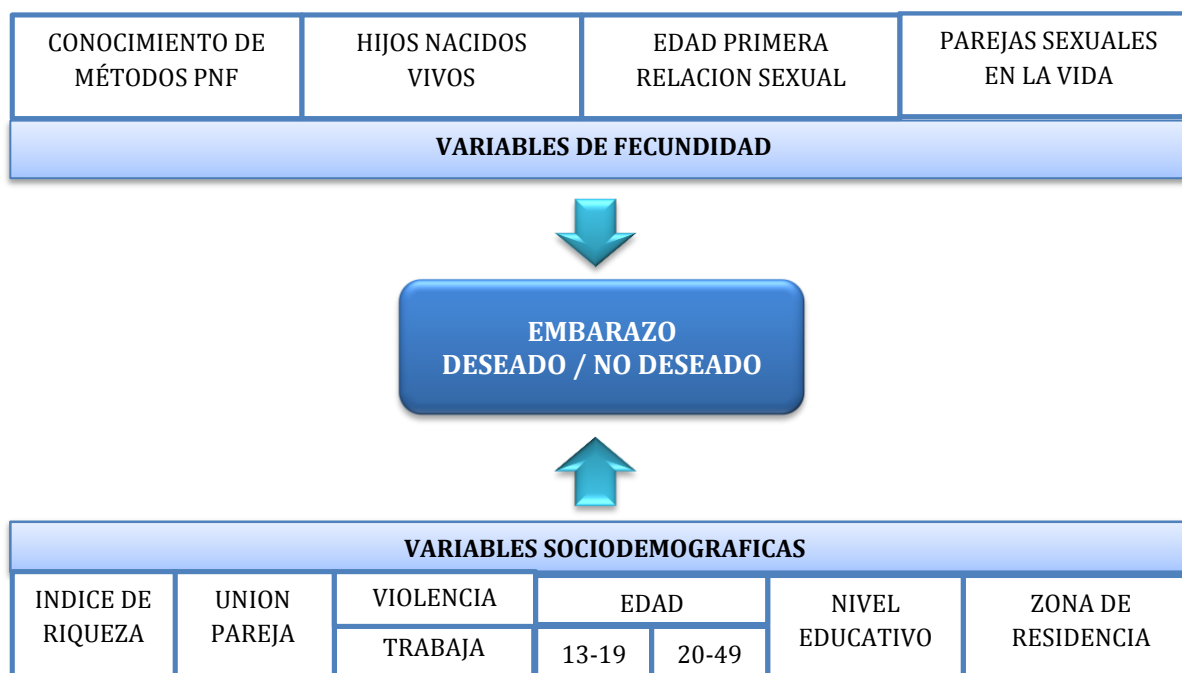
Tabla 2. Descripción de las variables independientes

Variables Sociodemográficas	Variable	Naturaleza	Tipo	Nivel de medición	Codificación
	Grupo de Edad	Cuantitativa	Discreta	Ordinal	Adolescentes (13-19 años) Adultas (20-49 años)
	Región	Cualitativa	Nominal	Categórica	Atlántica Oriental Central Pacífica Bogotá Territorios Nacionales
	Zona de residencia	Cualitativa	Nominal	Categórica	Urbana Rural
	Nivel educativo	Cualitativa	Nominal	Categórica	Ninguna/Básica Secundaria Superior

	Índice de riqueza	Cualitativa	Nominal	Categórica	Quintil 1 Quintil 2 Quintil 3 Quintil 4 Quintil 5
	Unión	Cualitativa	Nominal	Dicotómica	Si No
	Trabajo	Cualitativa	Nominal	Dicotómica	Si No
	Víctima de violencia	Cualitativa	Nominal	Dicotómica	Si No
Variables de Fecundidad	Hijos nacidos vivos	Cuantitativa	Discreta	Ordinal	Ninguno 1 o más
	Edad primera relación sexual	Cuantitativa	Discreta	Numérica	Edad en años cumplidos
	Número de parejas sexuales en la vida	Cuantitativa	Discreta	Numérica	1 a 95+
	Conocimiento de métodos PNF	Cualitativa	Nominal	Ordinal	Pocos (0 a 4) Algunos (5 a 8) Muchos (9 a 12)

5.5.2 Diagrama de variables

Figura 2. Diagrama de Variables



La información fue obtenida a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) realizada por Profamilia, entre noviembre de 2009 y febrero de 2010, de la cual se extrajo la información de las variables de interés.

5.6. Recolección de la Información

5.6.1. Instrumento de recolección de información

No se utilizó instrumento para la recolección de los datos, se utilizó la información contenida en la base de datos de la ENDS proporcionada por Profamilia.

5.6.2. Proceso de obtención de información

Los datos fueron proporcionados por Profamilia, en una base de datos en el programa SPSS, la cual contenía la información de todas las personas entrevistadas por los encuestadores de la ENDS en el año 2010. La base de datos fue obtenida en octubre del año 2015 y fue analizada por los investigadores durante los meses de noviembre a marzo para el procesamiento de la información.

5.7 Control de errores y sesgos

Tabla 3. Control de errores y sesgos

Sesgo	Descripción	Estrategia de control
Selección	Diferencia entre participantes y no participantes	La muestra fue probabilística, por conglomerados, estratificada y polietápica. La selección de cada una de las etapas fue estrictamente aleatoria. Se realizó un manejo cuidadoso de la base de datos, para extraer la población de estudio de acuerdo con los criterios de inclusión establecidos.
	Observado	Para el presente estudio el “observado” corresponde al dato (ya generado), por tanto no hay posibilidad de que presente este sesgo.
	Observador	Teniendo en cuenta que la información ya está recolectada por tanto no hay riesgo de sesgo del observador.
	Instrumento	La información fue recolectada cuidadosamente a través del cuestionario diseñado para tal fin, para ENDS 2010.
Confusión	Distorsión del efecto	Se realizó una revisión cuidadosa de la literatura, y se realizó análisis multivariado, mediante regresión logística binaria y estratificada por grupos de edad.

5.8 Técnicas de Procesamiento y Análisis de los datos

El análisis se realizó en 3 etapas: primero, se realizó un análisis univariado en el cual se utilizaron medidas de tendencia central y medidas de frecuencia, promedios y proporciones, con el fin de caracterizar la población objeto de estudio. Segundo, se realizó análisis bivariado

en el cual se evaluará la relación entre la variable dependiente- embarazo no deseado- y las diferentes variables independientes seleccionadas con el fin de identificar su asociación, se utilizará *test de Chi cuadrado*(χ^2) para evaluar la asociación entre variables nominales y la prueba de *t Student* usado para las variables continuas. Por último, se realizará análisis de regresión logística binomial para evaluar o medir la magnitud de los factores asociados en los embarazos deseados y no deseados.

Se realizó adicionalmente el análisis bivariado y la regresión logística, segmentado por grupo de edad, con el fin de determinar si hay diferencia entre los factores asociados en los 2 grupos de edad establecidos, adolescentes y adultas.

6. Consideraciones Éticas

Teniendo en cuenta lo establecido por la Res. 008430 del 4 de octubre de 1993 “Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud” del Ministerio de Salud de Colombia, el presente estudio no presenta ningún tipo de riesgo, ya que se trata de un análisis secundario a la base de datos de ENDS 2010, por tanto la aprobación por un comité de ética no se considera necesaria.

Se utilizó la base de datos de la ENDS (fuente primaria) la cual fue autorizada para uso en este proyecto por los investigadores de Profamilia; dicha base de datos no contiene datos personales de la población. Adicionalmente, al recibir la base de datos adquirió el compromiso de garantizar el adecuado uso de la información y no será proporcionada a ningún tercero sin previa autorización de Profamilia.

Las investigadoras declaran no tener conflicto de intereses.

7. Resultados

7.1 Análisis Descriptivo

Se analizaron las respuestas a la encuesta nacional de demografía y salud ENDS 2010; a continuación se presenta la caracterización sociodemográfica y de fecundidad, de todas las mujeres en edad reproductiva que se encontraban en estado de embarazo al momento de la realización de la encuesta.

De 2007 mujeres, 509 (25,4%) tenían una edad entre 13 a 19 años y 1498 (74,6%) entre 20 a 49 años, es decir, que la población adulta tuvo mayor representación sobre el total de mujeres que se encontraban en estado de embarazo. La región con mayor representación porcentual fue la región Atlántica con 23,8 %, seguida por la de Territorios Nacionales con un 23,1%; Bogotá con una representación de 5,7% equivalente a 115 mujeres embarazadas al momento de realización de la encuesta.

Tabla 4. Caracterización Sociodemográfica

Variable		n	%
Edad (años)	13 – 19	509	25,4
	20 – 49	1498	74,6
Región	Atlántica	477	23,8
	Oriental	288	14,3
	Central	401	20,0
	Pacífica	263	13,1
	Bogotá	115	5,7
	Territorios Nacionales	463	23,1
Residencia	Urbano	1308	65,2
	Rural	699	34,8
Nivel Educativo	Ninguno/básico	552	27,5
	Secundaria	1074	53,5
	Superior	381	19,0
Índice de Riqueza	Quintil 1 (Más bajo)	736	36,7
	Quintil 2	510	25,4
	Quintil 3	377	18,8
	Quintil 4	232	11,6
	Quintil 5 (Mas alto)	152	7,6
Trabaja actualmente	Si	540	26,9
	No	1467	73,1
Actualmente en unión	Si	1491	74,3
	No	516	25,7
Violencia en el último año	Si	1033	51,5
	No	974	48,5

La mayoría de las mujeres encuestadas se encontraban en zona de residencia urbana con 65, 2 %; en cuanto a educación la mayoría de ellas, 53,5% cuentan con educación secundaria como nivel educativo máximo alcanzado, la educación superior es la de menor cantidad con 381 mujeres.

En relación al índice de riqueza se observa que la mayor cantidad de mujeres 62,1%, se encuentran en los 2 quintiles más bajos de riqueza, muy pobres y pobres, y sólo el 19,2% se encuentra en los quintiles de mayor riqueza. De todas las mujeres embarazadas encuestadas solo el 26,9% se encuentran trabajando, y el 74,29% de las mujeres se encontraban casadas o

en unión libre. Cerca de la mitad de las mujeres reportan haber sido víctimas de algún tipo de violencia en el último año.

En cuanto a las variables de fecundidad el 60,3% de las mujeres del estudio ya tenían 1 o más hijos al momento de la encuesta, es decir que para el 39,7% de ellas el embarazo correspondía a su primer hijo; en promedio, iniciaron su vida sexual a los 16,59 años, con un mínimo a los 13 años y un máximo a los 35, se tiene 48 datos perdidos que corresponden a reporte de inicio de la vida sexual cuando se unieron en matrimonio, pero este dato no es incluido.

Tabla 5. Caracterización variables de fecundidad

Variable		n	%
Hijos nacidos vivos	Ninguno	797	39,7
	1 ó mas	1210	60,3
Edad primera relación sexual	Promedio (años)	16,6	
	D.E.	2,847	
	Min – Max	10-35	
Número de parejas sexuales en la vida	Promedio	2,8	
	D.E.	5,583	
	Moda	1	
	Min – Max	1-95	
Conocimiento métodos PNF	Pocos	145	7,2
	Algunos	496	24,7
	Muchos	1366	68,1

Respecto al número de parejas sexuales hay un rango bastante amplio, que va desde 1, siendo el valor que más se repite, hasta 90 o más parejas para 6 casos, sin embargo, el percentil 75 se alcanza con 3 parejas sexuales, y el promedio general de parejas sexuales para las mujeres en el estudio es de 2,85. Se presentan 20 datos perdidos que corresponden a mujeres que no recuerdan, o se rehúsan a contestar esta pregunta.

Los métodos de planificación sobre los que se indagó conocimiento fueron: esterilización femenina, esterilización masculina, píldora, DIU, inyección, implante, preservativo, óvulos, amenorrea por lactancia, abstinencia periódica, retiro, anticoncepción de emergencia y otros métodos. De acuerdo con la agrupación propuesta el 68,1% de las mujeres conocen más de 8 métodos de planificación familiar, y sólo el 7,4% conocen 4 o menos métodos.

7.2 Analisis Bivariado

Se realizó análisis bivariado para el grupo de variables sociodemográficas y de fecundidad, teniendo en cuenta como variable dependiente deseo del embarazo y como desenlace de interés embarazo no deseado. Para este análisis se utilizó para las variables cualitativas, el estadístico de prueba *Chi-cuadrado* y para las variables cuantitativas se realizaron pruebas estadísticas para diferencia de medias *t-Student*.

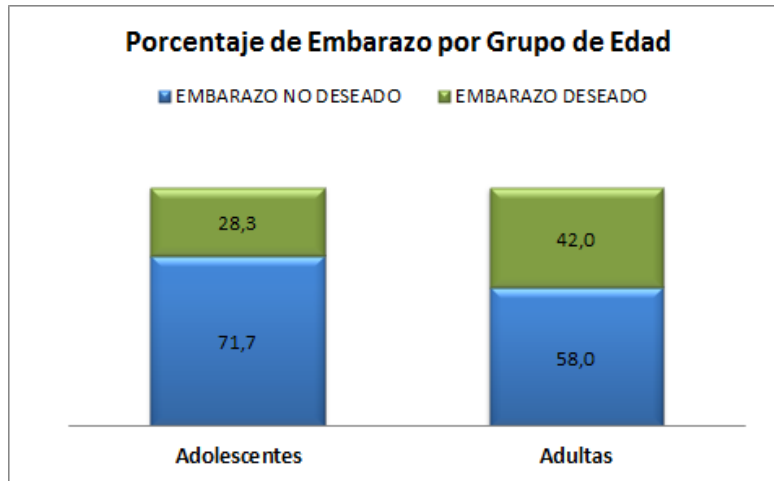
Tabla 6. Tabla de análisis bivariado por factor sociodemográfico

Variable		Embarazo no deseado (n=1234)	Embarazo deseado (n=773)	Significancia
Edad	Adolescentes	71,7 (365)	28,3 (144)	0,000*
	Adultas	58,0 (869)	42,0 (629)	
Región	Atlántica	58,3 (278)	41,7(199)	0,000*
	Oriental	58,3 (168)	41,7 (120)	
	Central	56,6 (227)	43,4 (174)	
	Pacífica	66,9 (176)	33,1 (87)	
	Bogotá	51,3 (59)	48,7 (56)	
	Territorios Nac.	70,4 (326)	29,6 (137)	
Zona de residencia	Rural	65,5 (458)	34,5 (241)	0,007*
	Urbano	59,3 (776)	40,7 (532)	
Índice de Riqueza	Quintil 1 (Mas bajo)	67 (493)	33 (243)	0,000*
	Quintil 2 (Bajo)	63,5 (324)	36,5 (186)	
	Quintil 3 (Medio)	62,6 (236)	37,4 (141)	
	Quintil 4 (Alto)	49,1 (114)	50,9 (118)	
	Quintil 5 Mas alto	44,1 (67)	55,9 (85)	
Nivel Educativo	Ninguno/básico	67,9 (375)	32,1 (177)	0,000*
	Secundaria	62,2 (668)	37,8 (406)	
	Superior	50,1 (191)	49,9 (190)	
Actualmente en unión	No	79,1 (408)	20,9 (108)	0,000*
	Si	55,4 (826)	44,6 (665)	
Trabaja actualmente	No	63,4 (930)	36,6 (537)	0,004*
	Si	56,3 (304)	43,7 (236)	
Violencia en el último año	No	61,0 (594)	39,0 (380)	0,655
	Si	62,0 (640)	38,0 (393)	

* Estadísticamente significativo

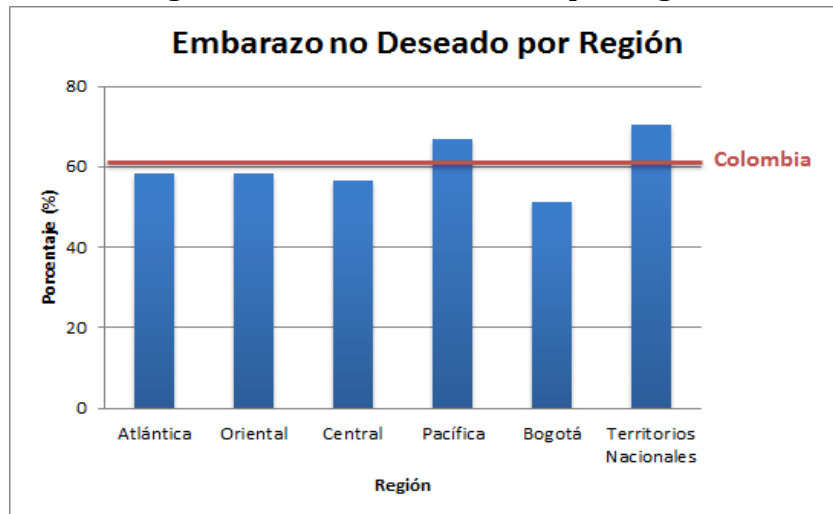
En la variable de grupos de edad se observa que en ambos grupos hay un mayor porcentaje de embarazos no deseados que de embarazos deseados, con 71,7% para el grupo de adolescentes y 58,0 % para el grupo de mujeres adultas.

Figura 3. Deseo de embarazo por grupo de edad



Al realizar el análisis por región en Colombia, se observa que Bogotá presenta un porcentaje notablemente menor con 10 puntos porcentuales por debajo del promedio país, las regiones Atlántica, Oriental y Central se encuentran alineadas con la media Colombiana; para la región Pacífica y Amazonía que corresponde a Territorios Nacionales se observa que se encuentran por encima de la media nacional. Adicionalmente, al realizar la prueba de χ^2 se observa que hay diferencias estadísticamente significativas entre las regiones ($p = 0,000$) entre el grupo de mujeres con embarazo no deseado y embarazo deseado, según la región de residencia.

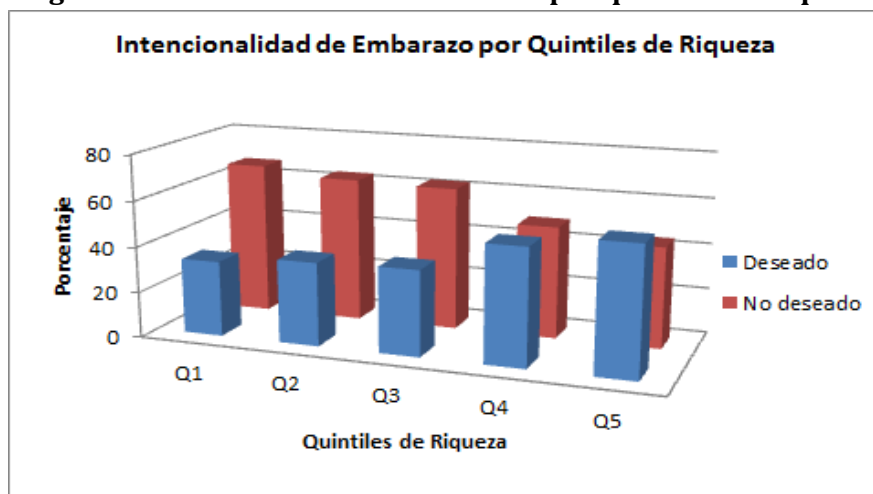
Figura 4. Embarazo no deseado por Región



En cuanto a la zona de residencia, se encuentra que también hay diferencia significativa ($p = 0,007$) entre los grupos de embarazo deseado y no deseado, donde se observa que se presenta un mayor porcentaje de estos últimos en las mujeres que residen en zonas rurales respecto a las que residen en zona urbana, con 65,5% y 59,3%, respectivamente.

Al realizar el análisis para el índice de riqueza se observa una relación inversa entre las 2 variables como puede verse en la figura 5, a mayores recursos económicos por parte de la mujer, menor es la proporción de embarazos no deseados que se presentan, en el caso del quintil 1 (menores recursos) el porcentaje de embarazos no deseados con 67% duplica el porcentaje de los embarazos deseados con 33%. Al realizar las pruebas estadísticas se confirma que hay una diferencia significativa entre los grupos con una $p=0,000$.

Figura 5. Intencionalidad de embarazo por quintiles de riqueza



Se observa que entre los 2 grupos de estudio hay diferencias en la ocurrencia de embarazos deseados y no deseados relacionadas al nivel educativo, con un nivel de significancia de $p=0,000$, lo que permite afirmar que hay mayor probabilidad de ocurrencia de un embarazo no deseado cuando el nivel educativo es ninguno/básico, donde el porcentaje alcanza el 67,9% en comparación con el 62,2% en el grupo con educación secundaria y el 50,1% que se observa en el grupo con educación superior. Además, se puede observar que hay una disminución consistente en la presentación de embarazos no deseados a medida que el nivel educativo aumenta.

En cuanto a la variable actualmente en unión, se observa igualmente que una hay diferencia estadísticamente significativa ($p=0,000$) entre el grupo de mujeres que refieren no estar en unión libre ni casadas y que manifestaron que el embarazo era no deseado con una alta representación de 79,1%.

De acuerdo con los resultados para la variable trabaja actualmente, se observa que es mayor el porcentaje de embarazos no deseados en el grupo de mujeres que no se encuentran trabajando con un 63,4%, esta diferencia es estadísticamente significativa con $p=0,004$.

No se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p=0,655$) en el factor de violencia con relación al deseo o no del embarazo, se observa una distribución porcentual muy similar en los dos grupos de embarazo no deseado teniendo antecedente de violencia en el último año

62% y sin antecedente de violencia en el último año 61%.

Tabla 7. Análisis bivariado de factores de fecundidad

Variable		Embarazo no deseado (n=1234)	Embarazo deseado (n=773)	Significancia
Hijos nacidos vivos	1 ó mas	64,1 (776)	35,9 (434)	0,003*
	Ninguno	57,5 (458)	42,5 (339)	
Edad primera relación sexual	Promedio	16,14	17,31	0,000*
	D.E.	2,440	3,275	
	Min – Max	10 – 30	10 - 35	
Número de parejas sexuales en la vida	Promedio	2,87	2,70	0,494
	D.E.	5,840	5,147	
	Min – Max	1 – 95	1-95	
Conocimiento métodos PNF	Pocos	71,7 (104)	28,3 (41)	0,000*
	Algunos	67,3 (334)	32,7 (162)	
	Muchos	58,3 (796)	41,7 (570)	

* Estadísticamente significativo

En el análisis bivariado por grupo de factores de fecundidad se observó que del total de mujeres que se encuentran en estado de embarazo, aquellas mujeres que tienen 1 ó más hijos nacidos vivos presentaron un mayor porcentaje de embarazo no deseado (64,1 %) en comparación con las mujeres que no han tenido ningún hijo (57,5%), con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,003$).

Se evidenció que para la variable “edad de inicio de relaciones sexuales” las mujeres que refieren no haber deseado el embarazo iniciaron su vida sexual a más temprana edad con un promedio de 16,14 años (DE: 2,440) en comparación con las mujeres que sí deseaban su embarazo en ese momento (17,31 años DE: 3,275), con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,000$). Con relación al número de parejas sexuales los dos grupos de mujeres en estado de embarazo presentan un promedio de compañeros sexuales muy similar, en las mujeres con embarazo no deseado 2,87 (DE: 5,84) compañeros sexuales y en las mujeres con embarazo deseado 2,70 compañeros sexuales (DE: 5,14) por lo cual no presenta una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,494$).

También se observó que en relación al conocimiento de métodos de planificación familiar las mujeres que conocen pocos métodos de planificación familiar presentaron mayor porcentaje de embarazos no deseados (71,7%) en comparación de las mujeres que refieren conocer muchos métodos de planificación familiar quienes presentaron 58,3% de embarazos no deseados, encontrando una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,000$).

7.3 Análisis Por Grupo De Edad

Con el objetivo de conocer si aquellos factores que influyen en la ocurrencia de embarazo no deseado en mujeres adolescentes son los mismos que se presentan en mujeres adultas, se realizó el análisis bivariado por grupos de edad, conforme a la categorización planteada:

Tabla 8. Comparativo de variables sociodemográficas por grupo de edad

	Global		Adolescentes		Adultas	
Variable	<i>p</i>	OR (IC 95%)	<i>p</i>	OR (IC 95%)	<i>p</i>	OR (IC 95%)
Actualmente en unión	0,000*	3,041 (2,404 - 3,849)	0,000*	3,821 (2,404 - 3,849)	0,000*	2,468 (1,862 - 3,271)
Zona de residencia	0,007*	1,303 (1,076 - 1,577)	0,135	--	0,000*	1,503 (1,204 - 1,876)
Nivel de Riqueza	0,000*	+	0,392	+	0,000*	+
Nivel Educativo	0,000*	+	0,010*	+	0,000*	+
Trabaja actualmente	0,004*	1,344 (1,100 - 1,643)	0,925	--	0,072	--
Violencia en el último año	0,655	--	0,000*	0,482 (0,326 - 0,713)	0,004*	1,358 (1,105 - 1,668)

* Variables con significancia estadística

+ Solo se calcula para una tabla de 2*2

En cuanto a las variables sociodemográficas se observa que para ambos grupos edad son estadísticamente significativos los siguientes factores: Nivel educativo y Actualmente en unión. En el grupo de mujeres adultas sólo la variable “Trabaja actualmente” pierde significancia al ser separada del grupo total de mujeres en edad reproductiva, mientras que para el grupo de mujeres adolescentes embarazadas sólo se presenta asociación adicionalmente con la variable de violencia en el último año pero con OR de 0,4.

Tabla 9. Comparativo de variables de fecundidad por grupo de edad

	Global		Adolescentes		Adultas	
Variable	<i>P</i>	OR (IC 95%)	<i>p</i>	OR (IC 95%)	<i>p</i>	OR (IC 95%)
Hijos nacidos vivos	0,003*	1,323 (1,102 - 1,589)	0,689	--	0,000*	2,209 (1,750 - 2,787)
Edad primera relación sexual	0,000*	+	0,324	--	0,000*	+
Número de parejas	0,494	+	0,791	--	0,192	+

sexuales			
Conocimiento métodos PNF	0,000* +	0,531 --	0,000* +

* Variables con significancia estadística

+ Solo se calcula para una tabla de 2*2

Respecto a las variables de fecundidad es notable que ninguna de las variables que habían mostrado significancia en el grupo completo de mujeres se mantiene al ser analizadas con solo los datos correspondientes al grupo de mujeres adolescentes. Para el grupo de mujeres adultas, los factores que presentaron asociación se mantienen con significancia estadística para hijos nacidos vivos, edad primera relación sexual y conocimiento de métodos de planificación familiar.

Tabla 10. Regresión logística binomial

Variable	B	p	Exp (B)	I.C 95% Exp(B)	
				Inferior	Superior
Grupo edad Adolescente*	0,469	0,002~	1,599	1,183	2,162
Zona de Residencia Rural*	-0,072	0,629	0,931	0,695	1,246
Nivel Educativo Superior*			Referencia		
Básica/ninguna	-0,103	0,591	0,902	0,621	1,312
Secundaria	-0,140	0,347	0,870	0,650	1,164
Índice de Riqueza Quintil 5*			Referencia		
Quintil1	0,759	0,002~	2,137	1,328	3,440
Quintil 2	0,678	0,001~	1,970	1,298	2,989
Quintil 3	0,728	0,001~	2,071	1,358	3,159
Quintil 4	0,270	0,232	1,310	0,841	2,042
Unión (No*)	1,391	0,000~	4,019	3,066	5,269
Hijos Nacidos Vivos 1 ó más*	0,713	0,000~	2,040	1,581	2,631
Edad primera relación sexual	-0,092	0,000~	0,912	0,877	0,948
Conoc. métodos PNF Muchos*			Referencia		
Pocos	0,353	0,124	1,423	0,907	2,233
Algunos	0,096	0,459	1,101	0,854	1,420
Violencia (Si*)	0,198	0,061	1,218	0,991	1,498
Trabaja (No*)	0,169	0,153	1,184	0,939	1,491

*Variable de referencia; ~ Significancia estadística

Se realizó un modelo de regresión logística binaria con las variables que tras la realización de un análisis bivariado mostraron una asociación significativa ($p < 0,05$). Obteniendo

como resultado un modelo explicativo donde se evidencia que el embarazo no deseado en mujeres en edad reproductiva en Colombia puede estar asociado con las variables Grupo de edad, índice de riqueza, unión, hijos nacidos vivos y edad primera de relación sexual.

Se encontró que las mujeres adolescentes tienen 1,599 veces (IC_{95%} 1,183-2,162) mayor probabilidad de presentar un embarazo no deseado que las mujeres adultas con una asociación estadísticamente significativa ($p=0,002$). Para índice de riqueza observamos que las mujeres que se encontraban en el Quintil 1 (OR 2,137; IC_{95%} 1,328-3,440), Quintil 2 (OR 1,970; IC_{95%} 1,298-2,989) y Quintil 3 (OR 2,071; IC_{95%} 1,358-3,159) presentan mayor probabilidad de tener un embarazo no deseado que la mujeres con índice de riqueza del Quintil 5 todas con asociación estadísticamente significativa.

Se identificó que la mujeres que no están en unión presentan 4,019 veces más probabilidad de un embarazo no deseado con relación a la mujeres que sí se encuentran en unión (IC_{95%} 3,066-5,269) con una asociación estadísticamente significativa ($p=0,000$). También se encontró asociación estadísticamente significativa en el número de hijos nacidos vivos ($p=0,000$) donde las mujeres con 1 o más hijos presenta 2,040 veces mayor probabilidad de tener un embarazo no deseado que las mujeres sin ningún hijo (IC_{95%} 1,581-2,631). Para el inicio de la primera relación sexual aquellas mujeres que iniciaron a mayor edad relaciones sexuales tienen 0,912 menor probabilidad de tener un embarazo no deseado (IC_{95%} 0,877-0,948) respecto a las mujeres que iniciaron a menos edad, con una asociación estadísticamente significativa ($p=0,000$).

Este modelo presenta una calibración adecuada ya que la prueba bondad de ajuste de Hosmer y Lemeshow arrojó un valor de p de 0,405 y la medida de discriminación muestra un área bajo la curva ROC de 0,702.

Tabla 11. Regresión logística binomial por grupos de edad

Variable	B	p	Exp (B)	IC 95% Exp (B)	
				Inferior	Superior
Adolescentes (13-19 años)					
Unión (No*)	1,305	0,000~	3,689	2,130	6,387
Adultas (20-49 años)					
Nivel de Riqueza (Quintil 5*)			Referencia		
Quintil 1	0,812	0,002~	2,253	1,344	3,777
Quintil 2	0,639	0,005~	1,895	1,215	2,955
Quintil 3	0,653	0,004~	1,922	1,229	3,007
Unión (No*)	1,346	0,000~	3,844	2,791	5,293
Hijos Nacidos Vivos (1 o más*)	0,743	0,000~	2,103	1,600	2,765

Edad primera relación sexual	-0,090	0,000~	0,914	0,878	0,952
Conocimiento métodos PNF					
(Muchos*)			Referencia		
Pocos	0,733	0,016~	2,082	1,149	3,773
Violencia (Si*)	0,298	0,012~	1,347	1,069	1,698

*Variable de referencia; ~Estadísticamente significativo

Se realizó un modelo de regresión logística binomial por grupos de edad con el objetivo de determinar si hay diferencia en los factores identificados como asociados a la ocurrencia de embarazo no deseado entre el grupo de mujeres adolescentes y el grupo de mujeres adultas, obteniendo como resultado que para las mujeres adolescentes el embarazo no deseado solo se asocia con la variable unión en la cual se identifica que las adolescentes que no se encuentran en unión tienen 3,689 veces mayor probabilidad de presentar un embarazo no deseado con relación a las adolescentes que si se encuentran en unión (IC_{95%} 2,130-6,387) con una asociación estadísticamente significativa ($p=0,000$).

Para las mujeres adultas las variables asociadas a embarazo no deseado fueron: índice de riqueza donde se observa que las mujeres que se encontraban en el Quintil 1 presentan la probabilidad más alta de tener un embarazo no deseado (OR 2,253) en comparación con las mujeres del Quintil 5 (IC_{95%} 1,344-3,777) con asociación estadísticamente significativa ($p=0,002$), el grupo de edad de mujeres adultas que no se encontraban en unión presentan 3,844 veces más probabilidad de tener un embarazo no deseado que el grupo de mujeres que si tienes pareja al momento del embarazo (IC_{95%} 2,791-5,293) con una asociación estadísticamente significativa ($p=0,000$).

Con relación al número de hijos nacidos vivos el grupo de mujeres adultas que tienen 1 ó más hijos presentan 2,103 veces mayor probabilidad de tener un embarazo no deseado en contraste con las mujeres sin ningún hijo nacido (IC_{95%} 1,600-2,765) asociación estadísticamente significativa ($p=0,000$); igualmente, para las mujeres adultas se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p=0,016$) en el conocimiento de pocos métodos de planificación familiar presentando 2,082 veces mayor probabilidad de tener un embarazo no deseado frente a las mujeres que refieren conocer muchos métodos de planificación familiar (IC_{95%} 1,149-3,773); las mujeres adultas que iniciaron a mayor edad relaciones sexuales presentan 0,914 veces menor probabilidad de tener un embarazo no deseado (IC_{95%} 0,878-0,952) y por último tenemos violencia en la cual se identifica que aquellas mujeres que refieren haber sido víctimas de cualquiera de los tipos de violencia en el último año tienen 1,347 veces mayor probabilidad de tener un embarazo no deseado que aquellas mujeres adultas sin antecedentes de violencia (IC_{95%} 1,069-1,698) con una asociación estadísticamente significativa ($p=0,012$).

8. DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados del presente estudio el embarazo no deseado en Colombia aumento 7,4 puntos porcentuales en el periodo comprendido entre 2005 y 2010. Para el año 2005 se observó una incidencia de embarazo no deseado de 54% (32) versus el 61,4% conforme a los resultados del presente análisis. De forma consistente en la ENDS 2010 se menciona que si todos los nacimientos no deseados se hubieran podido evitar para el año 2010 se tendría una tasa global de fecundidad de 1,6 en lugar de la observada de 2,1 siendo esto la diferencia de un hijo menos cada 2 mujeres. (32). Igualmente, el resultado de 61,4% para Colombia es considerablemente alto al compararlo con lo reportado para otros países de la región como Brasil con 46% y Perú con 53% (25, 17), lo cual ratifica la importancia de las intervenciones que deben desarrollarse para reducir estas cifras y contribuir a las metas en salud reproductiva para el país.

El análisis de los factores asociados a la ocurrencia de embarazo no deseado en Colombia en 2010, incluyó una variedad de predictores sociodemográficos tales como el grupo de edad, la zona de residencia, el nivel educativo, el índice de riqueza, el estado de unión a una pareja, trabajo, violencia, hijos nacidos vivos, edad a la primera relación sexual, número de parejas sexuales y conocimiento de métodos de planificación familiar. De estos predictores, según el modelo de regresión binomial se encontró asociación con las variables grupo de edad, índice de riqueza, unión a una pareja, hijos nacidos vivos y edad primera de relación sexual.

Los hallazgos del estudio respecto a la prevalencia de embarazo no deseado por grupos de edad, muestran que el porcentaje es mucho más alto en el grupo de edad de mujeres adolescentes con 71,7% respecto a las mujeres mayores (58,8%), lo cual es consistente con lo reportado en la literatura, donde se corrobora la disparidad entre los grupos demográficos que experimentan un embarazo no deseado incrementado para las mujeres de edad más jóvenes (20) (21) (27). Es conocido que la salud sexual y reproductiva de las adolescentes es más vulnerable, donde en algunas regiones y grupos sociales el embarazo y la unión a temprana edad forman parte del patrón cultural, donde estas combinaciones dan lugar a la coerción sexual, débil negociación en su abstinencia sexual y/o prácticas sexuales con riesgo, exponiéndose así más fácilmente a tener un embarazo no deseado. Sin embargo, es importante resaltar que aun cuando el problema de salud pública es en muchos aspectos de mayor impacto en las adolescentes, el porcentaje encontrado para el grupo de mujeres adultas también es bastante alto 58,8%, corroborando nuevamente que es importante el abordaje se debe realizar desde las políticas de salud pública en todos los grupos de edad. (6) (32) (23)

Los datos reportados por Estados Unidos indican que las mujeres con bajos recursos presentan cinco veces más riesgo de embarazos no deseados con relación a las mujeres de ingresos más altos (21). En la población estudiada para el análisis se encontró que las mujeres que se encontraban con un índice de riqueza del Quintil 1 a 3 presentaron mayor probabilidad de embarazos no deseados siendo la población del Quintil de menor riqueza quienes presentan 2,137 veces mayor riesgo. En diferentes estudios se ha identificado

comportamientos similares en el sentido que la población de bajos ingresos es más propensas a presentar un embarazo no planeados, confirmando que las condiciones socioeconómicas influyen de forma importante para este tipo de desenlace, así se afirma la necesidad de que las estrategias propuestas de los entes gubernamentales deben ser fortalecidas y priorizadas a estos grupos poblacionales. (3) (21)

Aunque estudios en Estados Unidos, Irlanda, Nigeria, Canadá, Paraguay refieren que las mujeres con bajos niveles de educación presentan más probabilidad de tener un embarazo no deseado y que esta probabilidad puede disminuir a medida que los años de educación aumentan, no se encontró que éste sea un factor explicativo asociado a la ocurrencia de embarazos no deseados en el presente estudio para ninguno de los grupos de edad, lo cual puede estar relacionado a la tendencia, que muestra la ENDS del 2010, en el crecimiento del nivel educativo de las mujeres en edad reproductiva en Colombia, ya que el índice de acceso a la educación superior pasó de 10.5% (1995) a 24% en el año 2010, observando que tan solo un 1,7% no tiene educación, 11,9% han terminado la primaria, 25,3% secundaria completa y el 24,4% educación superior (32), es decir, a pesar del avance en cobertura en educación el nivel de embarazo no deseado no ha disminuido.

Los hallazgos del estudio también demuestran que las mujeres quienes no se encuentran en unión con una pareja tienen 4,019 (IC95%: 3,066 - 5,269) veces más probabilidad de experimentar un embarazo no deseado comparado con quienes sí cuentan con una pareja. Según los resultados del análisis, el factor unión es el de mayor influencia en la ocurrencia de embarazos no deseados. Al realizar la regresión por grupos de edad se identifica que este factor es significativo tanto en las adolescentes como en las adultas para presentar un embarazo no deseado. Estos resultados son consistentes y comparables con resultados de estudios similares en Canadá y en Australia, donde se concluye que es más probable tener un embarazo no deseado en mujeres solteras. (8) (27) Lo anterior puede explicarse con el hecho de que las mujeres casadas controlan mejor su fertilidad, su intimidad se asocia positivamente al uso de anticonceptivos, se utilizan métodos más confiables y tienen mayores posibilidades de adaptarse a un hijo no esperado; adicionalmente una mujer que no se encuentre en unión tiene mayor temor a enfrentar un embarazo no deseado por no contar con el apoyo de un compañero, donde la estabilidad de la relación y la opinión que tenga la pareja acerca del embarazo son componentes de la decisión de la mujer para considerar su embarazo como deseado o no deseado. (21) (33)

En cuanto a la variable de violencia, no se encontró asociación con la ocurrencia de embarazos no deseados para la población completa, sin embargo al realizar el análisis segmentado por grupo de edad, esta variable muestra que las mujeres adultas víctimas de violencia en el último año tienen 1,347 (IC95% 1,069 - 1,998) veces mayor probabilidad de presentar un embarazo no deseado, que las que no han sufrido violencia. Estos hallazgos están alineados con investigaciones previas, las cuales indican que mujeres quienes han experimentado violencia o abuso tienen mayor probabilidad de percibir un embarazo como no deseado (6). El hecho de que para las adolescentes la violencia se presente como un factor no asociado a

embarazo no deseado debe interpretarse con cautela teniendo en cuenta que se evaluó violencia solo en las mujeres que actualmente estaban en unión y se reportó que 296 (58%) adolescentes refirieron actualmente estar en unión, por tanto este resultado puede estar influenciado por el tamaño de la muestra para la variable, por otro lado, se ha observado que en este grupo de edad el embarazo puede asumirse como una oportunidad para salir de un entorno de violencia, y por tanto se perciba como deseado.

Los resultados respecto al número de hijos nacidos vivos indica que las mujeres con embarazos previos, es decir con 1 o más hijos antes del embarazo de interés, tienen mayor probabilidad de tener un embarazo no deseado comparado con quienes no tienen ningún hijo. Resultados similares fueron encontrados en estudios del mismo tipo. (8) (21) (20) Al realizar la regresión por grupos de edad, el número de hijos nacidos vivos se mantiene como factor asociado en el grupo de mujeres adultas, no así en el grupo de mujeres adolescentes, esto puede deberse a que se espera que la población entre 13 -19 años sean gestantes por primera vez (31), por tanto el factor de hijos previos para las adolescentes no tendría tanta relevancia como para las mujeres adultas.

Un estudio en Irlanda demuestra que la edad de inicio de la primera relación sexual está asociada con los embarazos no deseados donde aquellas mujeres que inician su vida sexual antes de los 17 años son más propensas a tener un embarazo no deseado lo cual tiene relación con el análisis realizado en el estudio ya que aquellas mujeres que tuvieron un embarazo no deseado, iniciaron su vida sexual en promedio a los 16 años en comparación a las mujeres con deseo del embarazo quienes en promedio iniciaron a los 17 años, encontrando una asociación significativa en la población global, por grupo de edades solo se encontró asociación estadísticamente significativa en la población adulta. Son pocos los estudios encontrados sobre la influencia de este factor en los embarazos no deseados, pero en aquellos donde se evaluó la edad de inicio de relaciones sexuales refieren que adicionalmente está relacionado con la educación sexual especialmente en adolescentes, donde indican que las mujeres que reciben educación sexual combinada con el uso de anticoncepción en la primera relación sexual son menos propensas a presentar un embarazo no deseado sin importar la edad en que inician sus relaciones sexuales. (20) (34)

Según los resultados del estudio no se puede afirmar que exista asociación del embarazo no deseado con la cantidad de métodos de planificación familiar de los que se tenga conocimiento, ya que de acuerdo con los resultados, el conocimiento de la planificación familiar ha llegado a todos los segmentos de la población colombiana, lo que se ve reflejado en que el 68,1% de las mujeres del estudio conocen entre 9 y 12 métodos de planificación familiar y el 92,8% conocen al menos 5 métodos de planificación familiar. Solamente al realizar análisis por grupos de edad, la población adulta reporta que aquellas que conocen 4 o menos métodos de planificación familiar tuvieron mayor probabilidad de presentar un embarazo no deseado, lo cual sugiere que la falencia actualmente se presenta a nivel de acceso y uso adecuado de los métodos anticonceptivos más que a su conocimiento. Se ha encontrado en otros estudios que las mujeres señalan conocer métodos anticonceptivos pero muchas de ellas se enfrentan al desafío de obtenerlos y conseguir asesoría para su utilización,

llevando a que sea orientadas por personas poco apropiadas, presentando así uso de métodos ineficaces, uso incorrecto o fallas de métodos los cuales desencadena finalmente un embarazo no deseado. (32)

Los resultados del presente trabajo deben ser interpretados teniendo en cuenta las limitaciones propias, éste estudio es de tipo transversal, el cual no permite realizar inferencias de causalidad. Otra limitación importante son las variables seleccionadas ya que la información fue colectada a través de la encuesta nacional de demografía y salud con preguntas que fueron diseñadas para un fin diferente al presente análisis.

A pesar de las limitaciones, este estudio es una base importante que puede ser usada para futuras investigaciones en áreas relacionadas al embarazo no deseado. Los resultados del actual estudio presentan una primera aproximación a la identificación de factores predictores de embarazo no deseado realizado sobre la población colombiana, con una muestra que permite realizar inferencia sobre la población evaluada en 2010, gracias al diseño de la ENDS que cubrió al país en su totalidad. Estos hallazgos pueden ser de utilidad en organizaciones de salud pública para realizar el diseño de intervenciones efectivas que disminuyan el riesgo de embarazo no deseado.

9. Conclusiones

1. Algunos de los factores asociados a la ocurrencia de embarazo no deseado en la población colombiana en el año 2010 son, ser adolescente, no contar con una pareja estable, pertenecer a bajo estatus socioeconómico, inicio temprano de vida sexual y tener 1 o más hijos nacidos vivos.
2. Se encontró diferencia entre los factores asociados a la ocurrencia de embarazo no deseado en la población adolescente respecto a la población adulta, por lo cual se corrobora la importancia y necesidad de realizar estudios específicos para cada grupo de edad ya que sus características poblacionales son diferentes.
3. La unión a una pareja es la variable predominante en la influencia del deseo de embarazo en las mujeres colombianas tanto en la población global como en los grupos de edad.
4. La alta prevalencia de embarazos no deseados identificada pone en relieve la importancia de realizar intervenciones y estrategias efectivas frente a la salud sexual y reproductiva que oriente la adecuada y oportuna planificación familiar.
5. Actualmente la información que se encuentra acerca de los factores asociados a embarazos no deseados en Colombia es muy poca, por lo cual Los resultados de este estudio pueden ser de utilidad para el desarrollo y ajuste de políticas en salud sexual y reproductiva teniendo en cuenta los factores asociados identificados priorizando a población adolescente y de menor estatus socioeconómico, para la prevención de embarazo no deseado en Colombia.

10. Referencias Bibliográficas

1. Berrones MA. Incidencia de embarazos no planeados en el hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos. Revista de especialidades médico-quirúrgicas. 2014. 19 (3). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47332498005> (último acceso 24 octubre 2015).
2. Prada E, Sing S, Remez L, Villarea C. Embarazo no Deseado y aborto inducido en Colombia, causas y consecuencias. <https://www.guttmacher.org/pubs/Embarazo-no-deseado-Colombia.pdf> (ultimo acceso 4 noviembre 2015).
3. Langer Ana. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2002 Mar [cited 2016 Mar 19];11(3):192-205. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S102049892002000300013>.
4. Mosher W, Jones, Joyce C. Intended and Unintended Births in the United States: 1982–2010 Division of Vital Statistics National Health Statistics Report Number 55, July 24 de 2012.
5. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. <http://www.who.int/whr/2005/chapter3/es/index3.html>. (último acceso 04 noviembre 2015).
6. Organización Panamericana de la salud, Organización mundial de la Salud, Salud reproductiva y maternidad saludable legislación nacional de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/173298/1/Salud%20Reproductiva%20y%20Maternidad%20saludable.%20Legislacion%20nacional%20de%20conformidad.pdf?ua=1> (ultimo acceso 14 Marzo 2016)
7. Espinoza Henry. Embarazo no deseado y aborto inseguro: dos problemas de salud persistentes en América Latina. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2002 Mar [cited 2016Mar19];11(3):148-149.
8. Oulman, E., Kim, T. M., Yunis, K., & Tamim, H. (2015). Prevalence and predictors of unintended pregnancy among women: an analysis of the Canadian Maternity Experiences Survey. BMC Pregnancy & Childbirth, 151-8.
9. Ministerio de Salud y protección social. Política Nacional De Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%2010.pdf> (ultimo acceso 16 octubre 2015).
10. Fondo de población de las naciones unidad. Avances de Colombia en la implementación del programa de acción de la conferencia internacional sobre población y desarrollo 2004-2009. http://unfpa.org.co/wp-content/uploads/2013/09/cairo_colombia.pdf (ultimo acceso 20 octubre 2015).
11. Urgate O. Desarrollo y ejercicio de los derechos en salud sexual y reproductiva. Revista peruana de Medicina Experimental y Salud Publica Lima, Perú. 2013.

- 30(3). <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-688035> (ultimo acceso 05 noviembre 2015).
12. Organización panamericana de Colombia, Fundación Rockefeller. Desafío a la Falta de Equidad en Salud, de la Ética a la Acción. Washington: the rockefeller fundacion; 2002.<https://books.google.com.co/books?id=MT47W378L4ICSalud+para+las+mujeres,+mujeres+para+la+salud> (último acceso 05 noviembre 2015).
 13. Ministerio de la protección social, Dirección general de salud pública. Política Nacional De Salud Sexual y Reproductiva. <http://www.hsph.harvard.edu/population/domesticviolence/colombia.reprohealth.03.pdf> (ultimo acceso 06 Octubre 2015).
 14. Galdos S. La Conferencia de el Cairo y la Afirmación de los Derechos Sexuales y Reproductivos, como base para la Salud Sexual y Reproductiva. Revista Peruana De Medicina Experimental y Salud pública. 2013. 30(3). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36329476014> (último acceso 06 noviembre 2015).
 15. Profamilia. Bitácora de la Sexualidad. <http://www.profamilia.org.co/images/stories/afiches/encuestas-investigaciones/bitacora.pdf> (ultimo acceso 06 noviembre 2015). Santelli J, Rochat R, Hatfield-Timajchy K, Gilbert B, Curtis K, Unintended Pregnancy Working G, et al. The Measurement and Meaning of Unintended Pregnancy. Perspectives On Sexual And Reproductive Health [serial on the Internet]. (2003), [cited March 21, 2016]; (2): 94. Available from: JSTOR Journals.
 16. Yazdkhasti, M., Pourreza, A., Pirak, A., & Abdi, F. (n.d). Unintended Pregnancy and Its Adverse Social and Economic Consequences on Health System: A Narrative Review Article. Iranian Journal Of Public Health, 44(1), 12-21.
 17. Montouchet, C., & Trussell, J. (2013). Unintended pregnancies in England in 2010: costs to the National Health Service (NHS).Contraception, 87(2), 149-153. doi:10.1016/j.contraception.2012.06.008.
 18. Kavanaugh, M. L. (2008). Moving beyond the individual in reproductive health: Exploring the social determinants of unintended pregnancy. ProQuest.
 19. Bourke A, Kelleher C, Boduszek D, Morgan K. Factors associated with crisis pregnancies in Ireland: findings from three nationally representative sexual health surveys. Reproductive Health [serial on the Internet]. (2015, Mar), [cited March 27, 2016]; 12(1): 1-11. Available from: Academic Search Complete.
 20. Finer, L. B., & Zolna, M. R. (2011). Unintended pregnancy in the United States: incidence and disparities, 2006. Contraception,84(5), 478-485. doi:10.1016/j.contraception.2011.07.013.
 21. Palomino N, Padilla M, Talledo B, Mazuelos C, Carda J, Bayer A. The social constructions of unwanted pregnancy and abortion in Lima, Peru. Global Public Health [serial on the Internet]. (2011, Sep 2), [cited March 21, 2016]; 673-89. Available from: Academic Search Complete.
 22. Organización mundial de la salud, Programa Especial de Investigacion, Desarrollo y Formacion de Investigadores en Reproduccion Humana.

- http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70768/1/WHO_RHR_HRP_08.13_spa.pdf (último acceso 19 Marzo 2016).
23. Tarqui C, Barreda A, Barreda M, Sanabria H. Prevalencia del intento de interrumpir el embarazo y factores asociados en una comunidad urbano marginal de Lima-Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y salud pública*. 2010. 27(1). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36319349007> (último acceso 24 octubre de 2015).
 24. Melian M. Intenciones Reproductivas y factores asociados con los nacimientos no planeados, Paraguay, 1995-2008. *Revista Panam Salud Publica*. 2013. 33(4). http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S10204989201300040002&lang=pt (último acceso 24 octubre 2015).
 25. Azevêdo, A. C., Araújo, T. d., Valongueiro, S., & Ludermit, A. B. (2013). Intimate partner violence and unintended pregnancy: prevalence and associated factors. *Cadernos De Saúde Pública*, 29(12), 2394-2404.
 26. Rassi A, Wattimena J, Black K. Pregnancy intention in an urban Australian antenatal population. *Australian & New Zealand Journal Of Public Health [serial on the Internet]*. (2013, Dec), [cited March 21, 2016]; 37(6): 568. Available from: Publisher Provided Full Text Searching File.
 27. Jessica Alexandra, S. V., Luis Alfonso, M. T., Mónica Beatriz, G. L., Leidy Yohanna, C. M., Johanna Catalina, B. F., Edgar Muriel, C., & . Maria Eulalia, A. P. (2013). Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá, Colombia. *Revista Chilena De Obstetricia Y Ginecología*, (4), 269. doi:10.4067/S0717-75262013000400005.
 28. Mustafa, Adelaja, Prevalence and determinants of unintended pregnancy among women in south-western nigeria m. a. lamina maternal and fetal health unit, department of obstetrics and gynaecology, olabisi onabanjo university teaching hospital, sagamu, nigeria doi: september 2015 volume 49, number 3 ghana medical journal 187.
 29. Male behaviours towards unplanned pregnancy: experiences of Brazilian low-income women L. A. K. Hoga1 PhD, MSN, RN & A. Manganiello2 RN © 2007 The Authors. Journal compilation © 2007 International Council of Nurses.
 30. Centers for Disease Control and Prevention. Reproductive Health. <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/unintendedpregnancy> (último acceso 07 noviembre 2007).
 31. Ojeda G, Ordoñez M, Ochoa L. Encuesta Nacional De Demografía y Salud. Bogotá; profamilia; 2011.
 32. Cano M, Díaz O, Domínguez S. Intervención enfermería ante los embarazos no deseados. *Revista Enfermería global*. 2008. 27 (1). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834748005> (último acceso 24 octubre 2015).
 33. Rivas M, Nazar A, Estrada E, Zapata E, Ramon M. Violencia, anticoncepción y embarazo no deseado. mujeres indígenas en San Cristóbal de las Casa, Chiapas. *Revista Estudios demográficos y Urbanos*. 2009. 24 (3).

- <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31221533004>. (último acceso 24 octubre 2015).
34. Banco Interamericano de Desarrollo. Los Objetivos De Desarrollo Del Milenio En América Latina y el Caribe.<http://www.cepal.org/mdg/docs/iadbpublicdoc.pdf> (último acceso 28 octubre 2015).
 35. Flórez CE, Soto VE. El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe: una visión global. American Development Bank. 2008. 3(4). <http://www.iadb.org/res> (ultimo acceso 02 noviembre 2015).
 36. Organización Mundial de la Salud. Historia de la OMS. <http://www.who.int/about/history/es> (ultimo acceso 02 noviembre 2015).
 37. Forrest JD. Epidemiology of unintended pregnancy and contraceptive use. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1994;170(5, Part 2):1485-9.