

ABORTO INDUCIDO Y EMBARAZO  
NO PLANEADO EN LAS LOCALIDADES  
DE SANTA FE, USME Y CIUDAD BOLÍVAR,  
DE BOGOTÁ

---

YANETH MOSQUERA BECERRA

*Máster en Trabajo Social. Candidata a la Maestría de Epidemiología.  
Investigadora Fundación FES Social*

DIEGO IVÁN LUCUMÍ C.

*Máster en Salud Pública. Investigador Fundación FES Social*

LUCÍA CASTRO

*Máster en Intervención Sistémica. Asesora*

OLGA L. GÓMEZ G.

*Máster en Salud Pública. Investigadora Fundación FES Social*



CORRESPONDENCIA

Janeth Mosquera Becerra

Correo electrónico: [jamosquera@fundacionfes.org](mailto:jamosquera@fundacionfes.org)

Carrera 24C No. 2-75 - Cali - Colombia

Teléfonos: (2) 653 41 41 - 554 29 76



## SUMMARY

---

### BACKGROUND

Induced abortion and unplanned pregnancy are strongly related. The majority of induced abortion is consequence of unplanned pregnancies; although, several co-related factors to both situations have been recognized.

### OBJECTIVES

To determine the prevalence of induced abortion and unplanned pregnancy; and to identify factors associated with induced abortion and unplanned pregnancy, in 10 to 44 years old women of Usme, Ciudad Bolívar and Santa Fe neighborhoods, in Bogotá, Colombia.

### METHODS

Across-sectional study was done; 2.101 women were selected to participate in the study throughout a probabilistic multistage clustered and stratified sample. Prevalence of induced abortion and unplanned pregnancy were calculated, and then a multiple analysis was done by logistic regression in Stata 6.0. In the qualitative component 13 women participated by semi-structured interview about their experience of induced abortion and unplanned pregnancy. Preliminary and emergent categories were identified; relations and explanations of the issues under study.

### RESULTS

Prevalence of induced abortion was 4,15%; prevalence of unplanned pregnancy was 65,96%. Induced abortion was associated with age, income, marital status, age of the first sexual intercourse, use of in the first sexual intercourse and knowledge effective contraceptive methods. Unplanned pregnancy was associated with age, marital status, knowledge of intrauterine device, knowledge of middle effective contraceptive methods, to receive information about contraceptive methods, age of the first sexual intercourse, and use of contraceptive methods in this first sexual intercourse.

#### CONCLUSIONS

Socio-demographic factors, knowledge of contraceptive methods and use of contraceptive methods were related to induced abortion and unplanned pregnancy.

#### KEY-WORDS

Induced abortion, unplanned pregnancy, contraceptive methods.

## RESUMEN

---

#### ANTECEDENTES

El aborto inducido y el embarazo no planeado constituyen dos problemas de salud pública íntimamente relacionados. La mayoría de los abortos inducidos son producto de embarazos no planeados, aunque se reconoce que existen distintos factores correlacionados con ambos fenómenos.

#### OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de aborto inducido y de embarazo no planeado, e identificar sus factores asociados en mujeres de 10 a 44 años de edad, de las localidades de Usme, Ciudad Bolívar y Santa Fe, de Bogotá.

#### MÉTODOS

Estudio transversal, con participación de 2.101 mujeres, seleccionadas a través de un muestreo probabilístico. Se calcularon prevalencias y se hizo un análisis logístico univariado y múltiple en Stata 6.0. En la parte cualitativa 13 mujeres fueron entrevistadas. Se identificaron las categorías preliminares y emergentes y se establecieron relaciones y explicaciones. Variables sociodemográficas, gineco-obstétricas, conocimiento y uso de métodos de planificación familiar (MPF), acceso y uso de servicios de salud y consumo de medios de comunicación fueron indagadas.

#### RESULTADOS

Prevalencia de aborto de 4,15% y 65,96% de embarazo no planeado. El aborto se correlacionó con edad, ingreso, estado civil, edad y uso de

MPF en la primera relación sexual y conocimiento MPF antes de la primera relación sexual. El embarazo no planeado se asoció con edad, estado civil, conocimiento de ligadura, conocimientos de MPF parcialmente efectivos, recibir información sobre MPF, ofrecimiento de dispositivo e inyección, edad y uso de MPF en la primera relación sexual.

#### CONCLUSIONES

Factores sociodemográficos, de conocimiento y uso de MPF están correlacionados con los dos eventos estudiados.

#### PALABRAS-CLAVE

Aborto inducido, embarazo no planeado, métodos de planificación.

## INTRODUCCIÓN



Cada año en el mundo, aproximadamente 50 millones de mujeres se someten al aborto y 40% de estos eventos ocurren en deficientes condiciones sanitarias (1).

En países en desarrollo, el aborto aporta el 12% a la mortalidad materna global (2). Se estima que anualmente mueren aproximadamente 80.000 mujeres por complicaciones, siendo los países africanos los que presentan una situación más grave. En América Latina, como resultado de las malas condiciones en que se realiza el aborto, éste aporta más de la mitad de todas las defunciones maternas (1).

En Colombia, de acuerdo a Henswahr et al., la tasa de aborto para 1989 fue de 36 por mil mujeres en edad fértil, valor que es similar a otros países donde su realización no es permitida por la ley (3). Zamudio et al. estimaron que para el año 1998, el 22,9% de todas las mujeres de 15 a 55 años habían tenido al menos una experiencia de aborto inducido, lo cual equivale a 1 '722.578 mujeres (4).

Además de la mortalidad, las repercusiones a corto y mediano plazo entre quienes sobreviven a un aborto inseguro, están relacionadas con problemas ginecológicos (infertilidad, dolor pélvico, enfermedad pélvica inflamatoria) y con los efectos psicológicos (5).

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, en 1994, instó a los gobiernos y a las organizaciones a actuar sobre el aborto inseguro, reducir el número de abortos y proveer mejores servicios de planificación familiar (6).

El cumplimiento de estas metas, sin embargo, no ha sido alcanzado en muchos países, donde eventos y factores asociados pudieran estar incrementándose en algunos sectores de la población, que por su marginalidad, limitada influencia política y baja condición socioeconómica, no logran acceder a mecanismos adecuados para prevenir los costos sociales y económicos que se generan por este problema.

Desde una perspectiva de salud pública, y con fines de prevención, se considera que el aborto tiene factores asociados proximales y distales. El embarazo no planeado se constituye en el factor asociado más importante para la realización de un aborto; sin embargo, entre este factor y el evento existen complejos elementos que determinan la decisión final, los cuales no son siempre reconocidos en los estudios o en las acciones de prevención implementadas.

La preocupación por el embarazo no planeado y su estatus de problema de salud pública está directamente relacionado con su magnitud y con las consecuencias negativas que ello conlleva, por ejemplo el deseo o la planeación de un embarazo está asociado con la búsqueda de adecuado control prenatal; es decir, la ambivalencia hacia el embarazo se ha encontrado como una barrera de acceso al control prenatal (7). Además, se han identificado resultados finales adversos o complicaciones durante el embarazo y consecuencias sociales negativas para el binomio madre-niño (8).

Algunos estudios han identificado que factores sociodemográficos, comportamentales y actitudinales parecen estar relacionados con la práctica del aborto. Condiciones como la edad, el estado marital y el número de hijos, han sido señaladas como asociadas a este evento (3). Además, se ha establecido que existe una relación entre embarazo no planeado y aborto, indicándose que buena parte de los abortos inducidos son resultados de embarazos no planeados (9). Aunque cabe reconocer que no todos los embarazos no planeados terminan en aborto inducido.

Tanto la magnitud como los impactos de estos dos problemas, exige la realización de estudios periódicos, en los cuales se monitoree su tendencia, se indague sobre los factores asociados y la calidad y disponibilidad de servicios de planificación familiar: dicha estrategia posibilita la toma de

decisiones y facilita la implementación de intervenciones específicas en el área.

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, interesada en intervenir sobre asuntos específicos de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, realizó, en conjunto con la Fundación FES Social, un estudio para determinar la prevalencia de aborto inducido y embarazo no planeado y los factores asociados en mujeres de 10 a 44 años de las localidades de Usme, Ciudad Bolívar y Santa Fe, de Bogotá D.C.

Para el estudio se consideró la noción aborto inducido (AI) como sinónimo de interrupción voluntaria de embarazo (IVE), teniendo en cuenta que esta última noción tiene en consideración que la interrupción de un embarazo es una opción o decisión que la mujer toma en un momento determinando; además, hablar de IVE y no de aborto contribuye a disminuir la carga moral que este último tiene (10).

Se consideró como embarazo planeado lo descrito por Sihvo, cuando se refiere que el planear un embarazo es una opción voluntaria entre la pareja, en la cual se consideran un conjunto de factores (personales, económicos, sociales) que deben reunirse para asumir la procreación (11) y como embarazo no planeado la definición opuesta.

## MÉTODOS



El estudio, que tuvo dos componentes (cuantitativo y cualitativo), se desarrolló entre marzo y agosto del año 2003 y participaron mujeres entre los 10 y los 44 años de edad, de los estratos I, II y III de las localidades de Ciudad Bolívar, Usme y Santa Fe.

En el componente cuantitativo, se realizó un estudio transversal, con niveles de análisis descriptivo y de correlación, en el cual se utilizó una encuesta para indagar variables sociodemográficas, gineco-obstétricas, conocimiento y uso de métodos de planificación familiar, acceso y uso de servicios de salud y consumo de medios de comunicación.

La encuesta, estructurada con preguntas dicotómicas, abiertas y de selección múltiple, fue aplicada por encuestadoras entrenadas a 2.101 mujeres seleccionadas a partir de un muestreo probabilístico, multietápico, de conglomerados, constituidos por las manzanas (unidades primarias) de las áreas de investigación delimitadas como universo de estudio y por los

hogares (unidades secundarias) de dichas manzanas, y estratificado por cada una de las localidades de interés.

El análisis comprendió: a. descripción de prevalencias; b. descripción de frecuencias y porcentajes de las variables estudiadas; c. análisis de regresión logística exploratorio a través del cálculo de razón de posibilidades (RP) e intervalos del confianza del 85%. Los cálculos fueron realizados utilizando el paquete estadístico de Stata versión 6.0.

Para evitar sesgos, dadas las probabilidades desiguales de selección entre los subgrupos de edad (mujeres de 10 a 24 y de 25 a 44 años) y localidad, se aplicó el factor básico de expansión, el cual permite estimar los valores absolutos de la población.

El componente cualitativo del estudio se orientó a profundizar la percepción sobre los factores que rodean la toma de decisión de la interrupción voluntaria de un embarazo, para lo cual se usó como técnica de recolección de información la entrevista semi-estructurada.

Se realizó un muestreo teórico, haciendo uso de las siguientes estrategias de captación de las mujeres:

1. Por medio del personal en los servicios de los centros de atención.
2. Por medio de los programas educativos para grupos de mujeres que implementan las instituciones como el Departamento Administrativo de Bienestar Social (DABS) en las tres localidades objeto del estudio.
3. Por medio de la bola de nieve; es decir, a cada mujer participante se le pedía que remitiera a otras.

Las categorías preliminares planteadas fueron:

- Perspectiva de género frente a la vivencia sexual: participación masculina en las decisiones sexuales y reproductivas.
- Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos: principales obstáculos.
- Relaciones familiares: estructuras y dinámicas de familia actual y de origen.
- Condiciones socioeconómicas.
- Experiencia de embarazo no deseado y de aborto inducido: toma de decisión, condiciones y sentimientos sobre el evento mismo, percepción de las consecuencias personales, psicológicas y sociales.
- Percepciones sobre oferta, acceso, disponibilidad y calidad de servicios de atención del aborto inducido.



- Visión sobre experiencias de educación y prevención frente al embarazo no planeado y al aborto inducido.

Todas las entrevistas fueron grabadas en medio magnético y, posteriormente, transcritas y procesadas en Word 98. Después, se procedió a sistematizar, ordenar y clasificar la información obtenida. Con base en las categorías iniciales previstas, se estructuró una matriz de contenidos diferenciales que permitiera acceder fácilmente a toda la información por categorías y, a partir de la observación y la lectura repetida de los datos, se establecieron coincidencias, diferencias, aspectos críticos, inconsistencias y se identificaron nuevas categorías. Dicho proceso, junto con las notas de campo, permitió la descripción de resultados del componente cualitativo del estudio.

Posteriormente, se definieron las categorías de análisis finales a partir de lo encontrado en el punto anterior y a la luz de lo planteado en el marco conceptual, ello exigió un proceso de conceptualización deductiva, para lograr la construcción de sentido de los datos.

En términos éticos se garantizó a las participantes: el cumplimiento de los principios de beneficencia y no maleficencia, autonomía y justicia, la confidencialidad de la información suministrada y la participación informada en la investigación, y su autorización verbal para la aplicación de la encuesta y la realización de la entrevista.

## RESULTADOS

### COMPONENTE CUANTITATIVO

La tasa de no respuesta para el estudio fue de 7,2%. La participación por localidad fue: Usme, 29,84% (627); Ciudad Bolívar, 51,02% (1.072) y Santa Fe, 19,13% (402).

### ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

El promedio de edad de las participantes fue 25,8 años y la mediana fue de 25 años. La prevalencia de escolaridad más alta fue secundaria incompleta (44,35%) y la menor fue ninguna (0,41%). Las mujeres solteras

fueron el grupo de mayor prevalencia, seguido por las que están en unión libre. El 62,10% de las participantes en el estudio no poseían ningún ingreso económico y 27,97% reportaron ingresos menores o iguales al salario mínimo legal vigente en 2003 (\$ 332.000).

El 71,57% de las mujeres reportaron estar afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS); 32,80% pertenecían al régimen subsidiado y 38,77% al contributivo. El 27,30 no está afiliado al SGSSS (Tabla 1).

Más de la mitad de las mujeres (61,43%) tenían como procedencia la misma ciudad de Bogotá. A su vez, 64,14% de las mujeres llevan menos de 14 años viviendo en la localidad donde fueron encuestadas.

#### CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Para indagar acerca del conocimiento de método de planificación familiar (MPF), se instó a las mujeres a responder a la pregunta de MPF que conoce o ha oído hablar. El condón fue el MPF que obtuvo mayor prevalencia con un 94,61% y el de menor fue el coito interrumpido con un porcentaje de 38,28 (Tabla 2).

Dos preguntas del cuestionario estaban referidas a indagar acerca del momento de menor probabilidad de un embarazo según el ciclo menstrual y el día adecuado para empezar a tomar la píldora anticonceptiva, se encontró que 78,14% de las mujeres desconocían la fecha de menor probabilidad de embarazo en una mujer con ciclo menstrual regular y 84,26% no conocían el día adecuado para iniciar la píldora.

Adicionalmente, respecto al momento adecuado en el que se debe hacer uso del condón, se encontró que 77,15% de las mujeres participantes en el estudio indicaron incorrectamente cuáles es el momento en el que el hombre debe hacer uso del condón en una relación sexual.

Entre las mujeres que habían tenido relaciones sexuales, se encontró que 70,78% de ellas estaba usando algún MPF, siendo los más frecuentes el dispositivo (20,54%) y la ligadura de trompas (21,46%). Otros métodos alcanzaron prevalencias menores: condón (9,46%), píldora (6,19%), inyección (5,54%), ritmo (2,67), coito interrumpido (2,46), vasectomía (1,75%) y óvulos (0,80%).

**TABLA I**

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE MUJERES DE 10 A 44 AÑOS DE LAS LOCALIDADES DE USME, CIUDAD BOLÍVAR Y SANTA FE, DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ - 2003

Variable	Frecuencias no expandidas	Frecuencias expandidas	Porcentaje corregido con el factor de expansión
<b>Nivel de escolaridad</b>			
Ninguna	9	498	0,41
Primaria incompleta	256	14.895	12,18
Primaria completa	294	17.131	14,01
Secundaria incompleta	931	54.209	44,35
Secundaria completa	403	23.481	19,21
Técnica incompleta	58	3.393	2,78
Técnica completa	61	3.552	2,91
Universidad incompleta	51	2.937	2,40
Universidad completa	37	2.145	1,75
Total	2.100	122.241	100,00
<b>Estado civil</b>			
Soltera	931	54.209	44,30
Casada	353	20.575	16,82
Separada	127	7.405	6,05
Unión libre	664	38.679	31,61
Viuda	26	1.488	1,22
Total	2.101	122.356	100,00
<b>Ocupación</b>			
Hogar	785	45.698	37,35
Estudio	529	30.793	25,17
Hogar y trabajo	429	24.965	20,40
Trabajo	263	15.296	12,50
Estudio y trabajo	53	3.120	2,55
Hogar y estudio	42	2.484	2,03
Total	2.101	122.356	100,00
<b>Nivel de ingreso (\$)</b>			
Ninguno	1.304	75.976	62,10
Menos o igual \$ 332.000	587	34.213	27,97
\$ 332.001 y \$ 664.000	194	11.308	9,24
\$ 664.001 y \$ 996.000	11	593	0,48
Más de \$ 996.000	4	246	0,20
Total	2.100	122.336	100,00
<b>Régimen afiliación SGSSS</b>			
Subsidiado	689	40.066	32,80
Contributivo	814	47.363	38,77
Vinculado	573	33.353	27,30
No sabe	24	1.382	1,13
Total	2.100	22.164	100,00

**TABLA 2**

CONOCIMIENTO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES DE 10-44 AÑOS  
DE LAS LOCALIDADES DE USME, CIUDAD BOLÍVAR Y SANTA FE

Método de Planificación Familiar	Frecuencias no expandidas	Frecuencias expandidas	Porcentaje corregido con el factor de expansión
<b>Condón</b>			
Sí	1.988	115.761	94,61
No	113	6.595	5,39
<b>Inyección</b>			
Sí	1.865	108.646	88,79
No	236	13.710	11,21
<b>Píldora</b>			
Sí	1.802	104.951	85,78
No	299	17.405	14,22
<b>Dispositivo</b>			
Sí	1.788	104.147	85,12
No	313	18.209	14,88
<b>Ligadura de trompas</b>			
Sí	1.675	97.550	79,73
No	426	24.806	20,27
<b>Óvulos</b>			
Sí	1.656	96.432	78,81
No	445	25.924	21,19
<b>Vasectomía</b>			
Sí	1.277	74.384	60,79
No	824	47.972	39,21
<b>Ritmo</b>			
Sí	1.236	71.989	58,84
No	865	50.367	41,16
<b>Coito interrumpido</b>			
Sí	804	46.838	38,28
No	1.297	75.518	61,72
<b>Total</b>	<b>2.101</b>	<b>122.356</b>	<b>100,00</b>

#### ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

El 76,06% (1.580) de las mujeres encuestadas había iniciado vida sexual. De este grupo, 1.126 (71,27%) no usaron ningún método de planificación sexual en la primera relación sexual. Entre aquellas que usaron algún MPF, 61 (13%) usaron métodos no efectivos y 393 (87%) usaron métodos efectivos.

70,64% de las mujeres del estudio han estado por lo menos una vez en embarazo en su vida y de éstas 65,96% considera que, por lo menos

una vez, han tenido embarazo no planeado y 4,15% se han realizado por lo menos un aborto (Tabla 3).

**TABLA 3**  
ACTIVIDAD SEXUAL EN MUJERES DE 10-44 AÑOS DE LAS LOCALIDADES DE USME,  
CIUDAD BOLÍVAR Y SANTA FE

Variable	Frecuencias expandidas	Porcentaje corregido con el factor de expansión
<b>Relaciones sexuales</b>		
Sí	89.397	73,06
No	32.959	26,94
Total	122.356	100,00
<b>Embarazo</b>		
Sí	79.328	70,64
No	32.959	29,36
Total	112.287	100,00
<b>Embarazo no planeado</b>		
Sí	52.325	65,96
No	27.003	34,04
Total	79.328	100,00
<b>Aborto</b>		
Sí	3.709	4,15
No	85.688	95,85
Total	89.397	100,0

Entre las mujeres encuestadas que habían tenido relaciones sexuales, el número máximo de abortos reportados por mujer fue de cuatro y de embarazos no planeados fue de 8.

Al comparar por dos grupos de edad (10 a 24 y 25 a 44 años), se encontró que el primer embarazo no planeado tiende a ocurrir más frecuentemente entre las mujeres menores de 24 años (61,1%); a su vez, la ocurrencia de más de un embarazo no planeado se presenta después de los 24 años, es decir en el grupo de mujeres de 25 a 44 años (84,8%).

#### ACCESO Y USO DE SERVICIOS DE SALUD

Sólo 20,99% de las mujeres encuestadas había hecho uso de los servicios de planificación familiar, en donde un poco más del 70% de las mujeres estaban en búsqueda de información sobre MPF o querían un MPF. En este grupo se indagaron variables de satisfacción, encontrándose

que 69,61% se sintió satisfecha con el servicio recibido y se percibe que se recibe información clara (94,33%), horarios de atención adecuados (97,04%) y costos accesibles (95,12%).

### CONSUMO DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN

La televisión, con un porcentaje del 61,76% es el medio de información al que más tiempo dedican las mujeres encuestadas, seguido de la radio con 34,47%. La prensa, otros medios y ningún medio obtuvieron porcentajes menores.

En los canales de televisión nacional se obtuvo una preferencia del 52,63% por el Canal Caracol y 41,98% por RCN. Los porcentajes de preferencia por los canales de televisión por cable y por canales local fueron menores al 2%.

El programa de mayor audiencia, en el grupo de mujeres del estudio, lo ocupó la telenovela, seguido de los noticieros, con prevalencias de 61,32% y 26,26%, respectivamente.

El 60,82% de la audiencia de radio está en las emisoras Caracol Stereo, Tropicana, Radio Recuerdo, La Mega, Olímpica, La Vallenata y Radio Melodía. En este grupo las emisoras de mayor prevalencia fueron Tropicana (19,45%) y la Vallenata (18,73%).

### FACTORES CORRELACIONADOS CON ABORTO INDUCIDO

Los factores correlacionados con el aborto inducido que resultaron estadísticamente significativos en la regresión logística fueron: edad entre 30 y 44 años ( $PR = 2,08$ ,  $IC_{85\%} 1,22-3,51$ ), el tener algún ingreso económico ( $RP = 0,46$ ,  $IC_{85\%} 0,29-0,78$ ), el estado civil de separada ( $RP = 1,70$ ,  $IC_{85\%} 1,0-3,0$ ), primera relación sexual después de los 20 años ( $RP = 0,37$ ,  $IC_{85\%} 0,22-0,67$ ), no uso de MPF efectivos en la primera relación sexual ( $RP = 2,34$ ,  $IC_{85\%} 1,34-4,02$ ) y conocimiento de MPF antes de la primera relación sexual ( $RP = 2,05$ ,  $IC_{85\%} 1,13-3,74$ ). (Tabla 4).

**TABLA 4**

**ANÁLISIS LOGÍSTICO MÚLTIPLE DE FACTORES ASOCIADOS A ABORTO INDUCIDO EN MUJERES ENTRE 10 Y 44 AÑOS QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES DE LAS LOCALIDADES DE USME, CIUDAD BOLÍVAR Y SANTA FE, DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ - 2003**

Variables	Aborto inducido		Aborto inducido	
	RP crudo	LC 85%	RP ajustado	LC 85%
<b>Edad</b>				
10-29 años	1,0		1,0	
30-44 años	<b>2,39</b>	<b>1,43-4,00</b>	<b>2,08</b>	<b>1,22-3,512</b>
<b>Ingreso</b>				
Sin ingresos	1,0			1,0
Con algún ingreso	<b>0,40</b>	<b>0,25-0,66</b>	<b>0,46</b>	<b>0,29-0,78</b>
<b>Estado civil</b>				
Soltera - Casada				
Unión libre - Viuda	1,0		1,0	
Separada	<b>2,49</b>	<b>1,43-4,33</b>	<b>1,70</b>	<b>1,0-3,00</b>
<b>Edad de la primera relación sexual</b>				
Menos de 19 años	1,0		1,0	
20 a 34 años	<b>0,48</b>	<b>0,28-0,83</b>	<b>0,37</b>	<b>0,22-0,67</b>
<b>Uso de MPF efectivos en la primera relación sexual</b>				
Sí	1,0		1,0	
No	<b>2,83</b>	<b>1,69-4,73</b>	<b>2,34</b>	<b>1,34-4,02</b>
<b>Conoce MPF efectivos antes de la primera relación</b>				
Sí	1,0		1,0	
No	<b>1,75</b>	<b>0,97-3,17</b>	<b>2,05</b>	<b>1,13-3,74</b>

\* Resaltados con negrita las RP que son significativos con valor de  $p = de 0,15$ .  
No. observaciones = 1.575.

#### FACTORES CORRELACIONADOS CON EMBARAZO NO PLANEADO

Los factores correlacionados con embarazo no planeado que resultaron estadísticamente significativos en la regresión logística fueron: edad entre 30 y 44 años ( $RP = 0,75$ ,  $IC_{85\%} 0,62-0,99$ ), estado civil de separada ( $RP = 1,62$ ,  $IC_{85\%} 1,10-2,32$ ), estado civil de soltera ( $RP = 2,53$ ,  $IC_{85\%} 1,81-3,39$ ), no conocimiento de ligadura ( $RP = 0,61$ ,  $IC_{85\%} 0,42-0,92$ ), conocimiento de MPF no efectivos ( $RP = 0,71$ ,  $IC_{85\%} 0,56-0,88$ ), que la institución de salud le haya ofrecido dispositivo ( $OR = 1,50$ ,  $IC_{85\%} 1,0-1,84$ ), inyección ( $RP = 1,52$ ,  $IC_{85\%} 1,0-1,45$ ) y le haya dado información sobre MPF ( $RP = 1,37$ ,  $IC_{85\%} 0,83-1,83$ ), haber iniciado relaciones sexuales

después de los 20 años de edad (RP = 0,52 IC<sub>85%</sub> 0,41-0,70) y el uso de MPF efectivo en dicha relación. (RP = 1,42, IC<sub>85%</sub> 1,08-1,83) (Tabla 5).

**TABLA 5**

**ANÁLISIS LOGÍSTICO MÚLTIPLE DE FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZO NO PLANEADO  
EN MUJERES ENTRE 10 Y 44 AÑOS QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES DE LAS  
LOCALIDADES DE USME, CIUDAD BOLÍVAR Y SANTA FE, DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ - 2003**

Variables	Embarazo no planeado		Embarazo no planeado	
	RP crudo	LC 85%	RP ajustado	LC 85%
<b>Edad</b>				
10-29 años	1,0		1,0	
30-44 años	<b>0,69</b>	<b>0,56-0,86</b>	<b>0,75</b>	<b>0,62-0,99</b>
<b>Estado civil</b>				
Casada - Unión libre - viuda	1,0		1,0	
Separada	<b>1,66</b>	<b>1,16-2,38</b>	<b>1,62</b>	<b>1,10-2,32</b>
Soltera	<b>2,67</b>	<b>1,96-3,64</b>	<b>2,53</b>	<b>1,81-3,39</b>
<b>Conocimiento de ligadura</b>				
Sí	1,0		1,0	
No	<b>0,56</b>	<b>0,39-0,83</b>	<b>0,61</b>	<b>0,42-0,92</b>
<b>Conocimiento métodos parcialmente efectivos</b>				
Conoce 3	1,0		1,0	
Conoce 2 o menos	<b>0,71</b>	<b>0,58-0,88</b>	<b>0,71</b>	<b>0,56-0,88</b>
<b>Ofrecimiento de dispositivo</b>				
Sí	1,0		1,0	
No	<b>1,53</b>	<b>1,24-1,90</b>	<b>1,50</b>	<b>1,0-1,84</b>
<b>Ofrecimiento de inyección</b>				
Sí	1,0		1,0	
No	<b>1,11</b>	<b>0,96-1,48</b>	<b>1,52</b>	<b>1,0-1,45</b>
<b>Información de MPF</b>				
Sí	1,0		1,0	
No	<b>1,56</b>	<b>1,27-1,95</b>	<b>1,37</b>	<b>0,83-1,83</b>
<b>Edad de la primera relación sexual</b>				
Menos de 19 años	1,0		1,0	
20 a 34 años	<b>0,49</b>	<b>0,38-0,64</b>	<b>0,52</b>	<b>0,41-0,70</b>
<b>Usos de MPF efectivos en la primera relación sexual</b>				
Sí	1,0		1,0	
No	<b>1,30</b>	<b>1,02-1,70</b>	<b>1,42</b>	<b>1,08-1,83</b>

\* Resultados con negrita las RP que son significativas con valor de  $p = 0,15$ .  
No. observaciones = 1.392



## COMPONENTE CUALITATIVO

Las características socio-demográficas de las mujeres que participaron en este componente del estudio dan cuenta de que la mitad son de procedencia de fuera de Bogotá, la mayoría ha realizado estudios de secundaria incompleta; sólo dos de ellas tienen actualmente una ocupación definida (trabajadoras sexuales), las demás están desempleadas o realizan trabajos ocasionales en el sector informal. Cuatro mujeres se encuentran en embarazo al momento de la entrevista y sólo una no ha tenido hijos; cinco de las participantes viven en pareja, el resto viven solas con sus hijos.

Además, se encontraron patrones en las condiciones de vida y conductas entre la familia de procedencia y de la familia actual de las entrevistadas.

Los aprendizajes sobre los distintos aspectos de la sexualidad, se realizan más en el espacio de los pares, quienes se constituyen en la fuente de información principal; con ellos se adquiere la información más vital, descriptiva y emocional, la que finalmente construye actitudes, valores y patrones frente a la sexualidad.

Todas las mujeres entrevistadas tuvieron su primera relación sexual en la adolescencia, muchas de ellas decidieron hacer vida de pareja muy jóvenes presionadas por salir de un ambiente familiar paterno maltratante y/u obligadas por un embarazo no planeado.

En general, las mujeres entrevistadas tienen una concepción ideal de la maternidad como lo "máximo que le puede pasar a una mujer", como un don Divino de poder dar vida, del cual se sienten orgullosas. La maternidad es además una forma de realización personal, un motivo para vivir y una oportunidad para ofrecer a los hijos e hijas todo lo que ellas no pudieron tener.

La interrupción del embarazo constituye una decisión frente a condiciones de vida auto-percibidas como adversas (difícil situación económica, mala relación de pareja, rechazo del compañero por la posibilidad de tener un hijo) y por la paridad (tener muchos hijos o uno muy reciente).

La decisión de interrumpir un embarazo no está determinada por la percepción de no haberlo planeado; de hecho, todas afirmaron que sus embarazos han sido no planeados y, sin embargo, casi todas han tenido sus hijos. Cuando han decidido interrumpir el embarazo, ello ha dependido más de otros factores relacionados con sus condiciones socio-económicas y de pareja.

Sin embargo, una vez interrumpido el embarazo, hay una carga de culpa que induce a tener otro hijo inmediatamente, como una opción de reponer el daño causado, aunque las condiciones de vida no hubieran cambiado o fueran más desfavorables.

Se identificaron los momentos en la experiencia de interrupción voluntaria de un embarazo:

1. Conocimiento del estado de embarazo, muchas de ellas sólo hasta pasado un tiempo de la falta de la menstruación sospechan y confirman su estado.
2. Valoración de sus circunstancias inmediatas para tener o no el hijo, evaluación de las condiciones de la red de apoyo familiar, social, de pareja, etc. Éste es determinante en las definiciones y percepciones que hace de su situación de embarazo. Todas las mujeres del estudio consideraron que no existía nadie en su red social inmediata, que pudiera apoyarlas para tener el hijo en ese momento.
3. Definición personal que hacen de su estado de embarazo: si es planeado o no, deseado o no, con el cual justifican el siguiente momento.
4. Toma de decisión de interrumpirlo, la que para la mayoría ya no hay dudas y se empeñan en la tarea de buscar cómo hacerlo, generalmente preguntando a informantes-clave que puedan orientarlas y acompañarlas, quienes en su mayoría son sus amigas.

Se encontró un uso de MPF inconsistente y escasa o nula participación masculina en las decisiones reproductivas (en uso de MPF, en la decisión de aceptar o no un embarazo y de tener o no hijos).

## DISCUSIÓN

---

Los resultados del estudio de prevalencia de aborto y embarazo no planeado y los factores asociados en tres localidades de Bogotá, muestran que existen un conjunto de factores sociodemográficos, de conocimiento de métodos de planificación familiar y de uso de servicios de salud correlacionados con los dos eventos estudiados.

La alta prevalencia de embarazo no planeado encontrada en este estudio (65,96%) es concordante con otros estudios nacionales e internacionales. Por ejemplo, en el Valle del Cauca se encontró una prevalencia de embarazo no planeado del 55% (7). A su vez, la Encuesta de demografía y salud de 2000, mostró que en Colombia sólo 48% de los embarazos actuales y de los ocurridos en los últimos cinco años, fueron deseados en el momento en que la mujer quedó embarazada (12).

Aunque no se encontró en los reportes de estudios sobre aborto inducido consultados, información sobre cómo influye en los estudios poblacionales la no participación de las mujeres en la prevalencia, dicho efecto está minimizado en la presente investigación dada la baja tasa de no respuesta obtenida (7,2%).

Sin embargo, las implicaciones sociales, morales o legales que puede tener el reportar el aborto inducido, pudo haber sido un factor que contribuye a subestimar la prevalencia encontrada (4,15%), pero los hallazgos se corresponden con otros estudios realizados en el ámbito internacional sobre el tema (13) y son útiles para efectos de comparación y seguimiento a las intervenciones futuras que se implementen en las tres localidades.

En el ámbito local en el estudio de Oriéntame realizado en las mismas localidades en el año 1998 (14), se encontró una prevalencia de aborto inducido del 2,88% y de embarazo no planeado de 58%, la cual difiere con los resultados de este nuevo estudio. Pero dadas las diferencias metodológicas entre ambos estudios, no es posible establecer comparaciones entre dichas prevalencias.

Aunque el proceso de toma de decisión involucrado en la conducta sexual y reproductiva de los seres humanos es multifactorial, todos los componentes de la toma de decisión cobran una importancia relativa dependiendo de las condiciones mismas de la mujer en un momento dado de su vida: si se encuentra desempleada, si tiene compañero estable o pareja casual, si cuenta con apoyo de la familia y de su red social, si tiene muchos hijos o muy pequeños, si se siente presionada por alguien de su entorno inmediato o si la decisión interfiere con sus planes inmediatos.

Se evidencia la importancia de los aspectos socio-culturales en la toma de decisiones frente a lo sexual y reproductivo, que además incide en la dificultad para percibir el riesgo y asumir la protección: las normativas de género y las dinámicas de poder influyen en el desarrollo del auto-concepto

---

y autoestima y éstos, a su vez, inciden en la naturaleza de los encuentros sexuales.

Los dos componentes del estudio fueron útiles para identificar el papel fundamental que juegan las adolescentes y las adultas jóvenes en la presentación del evento; en este estudio se encontró que las jóvenes menores de 24 años tienen más riesgo de ocurrencia de aborto y de embarazo no planeado, lo cual puede estar relacionado con el acceso a MPF.

En un estudio con adolescentes realizado en el ámbito local, se encontró que la posición de madres y padres de no aceptar la actividad sexual de las jóvenes, puede ser un factor que obstaculice la decisión de planificar entre las mujeres adolescentes (15), así como las barreras de acceso a servicios y MPF pueden ser mayores para las mujeres adolescentes. Por ejemplo, en países nórdicos las intervenciones sobre las barreras de acceso a MPF han contribuido a disminuir las prevalencias de aborto entre las jóvenes (16).

En este estudio se emplearon técnicas cualitativas y cuantitativas. El uso de estos dos tipos de técnicas le da fortalezas al estudio, en la medida que permitió una mayor comprensión de los dos eventos estudiados.

Se sugiere que en futuros estudios se incluyan preguntas que superen el conocer o haber oído hablar de los métodos de planificación familiar, para pasar a indagar acerca del conocimiento de cómo se usan éstos o incluso valoración de habilidades en su uso.

Finalmente, se sugiere que es necesario explorar a partir de otros estudios, usando otros diseños, cuál es el papel que están jugando los servicios de salud, específicamente, de planificación familiar en la prevención de los dos eventos estudiados.

La complejidad de ambos fenómenos requiere que para su intervención se evalúen aspectos complementarios a los presentados en este estudio, tales como condiciones de acceso, uso y calidad de los servicios de planificación familiar en las instituciones de salud de las localidades y en aquellas a las cuales pertenecen las mujeres en edad reproductiva, y las condiciones de acceso a métodos de planificación familiar.

Los hallazgos permiten evidenciar la importancia de generar intervenciones para los adolescentes centradas en los pares, los cuales se constituyen en un soporte social relevante, especialmente de tipo afectivo e informativo, frente a la adopción de comportamientos relacionados con la sexualidad.

Aunque en el estudio realizado no es posible identificar con detalle otros proveedores de soporte social, sólo se encontró que hay una participación de los droguistas en la oferta del medicamento para la práctica del aborto, y en el uso de MPF, por lo cual se recomienda identificar el papel que éstos y otros actores están jugando en las decisiones relacionadas con los comportamientos sexuales, con el fin de estructurar intervenciones que los reconozcan como agentes de soporte y que permita convertirlos en aliados de la buena salud sexual y reproductiva.

Si la oferta de MPF va a estar orientada desde los servicios de salud, éstos deben estar preparados para la inducción de la demanda, por lo tanto ello debe involucrar aspectos de proceso y estructura de la prestación de los servicios, como por ejemplo recurso humano y garantía de confidencialidad, privacidad e intimidad de las y los usuarias/os que consultan.

## CONCLUSIONES



Los resultados del estudio permiten afirmar que existen un conjunto de factores correlacionados con el embarazo no planeado y la interrupción voluntaria del embarazo. Para el primer evento, en el cual se obtuvo una prevalencia de 65,96%, las variables identificadas como correlacionadas fueron: edad, ocupación, estado civil, conocimiento de ligadura, conocimiento de MPF no efectivos, que la institución de salud le haya ofrecido dispositivo e inyección y le haya dado información sobre MPF, la edad de la primera relación sexual y el uso de MPF efectivo en dicha relación.

Al parecer, como se pudo observar en el análisis de las entrevistas, el planear un embarazo es un deseo, que no se concreta en la práctica, no sólo porque no está ligado con la preparación física, social, afectiva y emocional de la mujer, su pareja y su entorno, sino que no está vinculado al uso de MPF.

Al respecto, se resalta que para las mujeres entrevistadas el embarazo no es un asunto planeado: un alto porcentaje de las mujeres que han tenido al menos un embarazo no planeado reportaron que no estaban planificando en el momento de su embarazo, pero tampoco deseaban embarazarse.

Subyace a lo anterior una relación contradictoria entre deseo de embarazo y práctica de anticoncepción: las mujeres no deseaban embarazarse y, sin embargo, no planificaban. La explicación a esta contradicción deberá explorarse con mayor profundidad en futuros estudios.

Adicionalmente, es importante indicar el papel que el hombre está jugando en las decisiones de la salud sexual y reproductiva. En este estudio se encontró una alta prevalencia de percepción de no deseo del embarazo no planeado por parte de los padres, y además, presionando o apoyando la interrupción voluntaria del embarazo.

Dadas las cifras encontradas y los hallazgos de las entrevistas, es posible afirmar que no todos los embarazos no planeados terminan en aborto.

En el caso del aborto, con una prevalencia de 4,15%, las variables que se encontraron correlacionadas fueron edad, ingreso económico, edad de la primera relación sexual, uso de MPF efectivos en la primera relación sexual y conocimiento de MPF antes de la primera relación sexual.

Aunque en el conocimiento de MPF sobresale el condón (94,61%), la prevalencia de su uso es baja entre aquellas mujeres que han iniciado vida sexual (9,46%), lo cual se corresponde con lo encontrado en el componente cualitativo del estudio, en donde el condón no fue señalado como un método de uso frecuente o sistemático. Ello es preocupante dado el doble beneficio que este método tiene cuando es usado en forma correcta y sistemática: evitar ETS/VIH-sida y embarazos.

La baja prevalencia de uso de MPF en la primera relación sexual fue significativa, y se encontró tanto en el componente cuantitativo como cualitativo del estudio. Esto podría estar indicando que desde el inicio de la vida sexual, no hay una percepción de riesgo entre las mujeres, máxime cuando esta variable se encontró correlacionada con los dos eventos resultado.

Respecto al consumo de medios de comunicación dada la prevalencia de preferencia por los dos canales nacionales, se presume que ellos podrían ser medios adecuados para informar a las mujeres de los estratos estudiados (I, II y III) sobre temas de salud sexual y reproductiva. Sin embargo, es necesario identificar las franjas horarias de mayor audiencia. Tal como se esperaba, para estas poblaciones los canales locales (en este caso City TV) no son una buena alternativa como medio de información.

Los hallazgos del estudio indican que dada la evidencia disponible sobre la naturaleza diversa y compleja que plantea la prevención de los embarazos no planeados y los abortos inducidos, y en el marco de la educación en



salud, las intervenciones que se definan deberán estar sustentadas en una perspectiva ecológica (individual, colectivo, institucional, ambiental) y contener modelos de evaluación coherentes con dicha perspectiva.

## AGRADECIMIENTOS

---

El equipo de investigación agradece el apoyo técnico y financiero de la Secretaría Distrital de Salud para la realización de este estudio.

Los autores reconocen que no existe ningún conflicto de interés.

## REFERENCIAS

---

1. Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) vivir Juntos, en mundos separados. Estado de la Población Mundial 2000.
2. Singh K, Ratnam S. The influence of abortion legislation on maternal mortality. *Int Gynaecol Obstet* 1998;63 (Supl. 1): S123-S129.
3. Henshaw S, Singh S, Haas T. La incidencia del aborto inducido a nivel mundial. *Perspectivas de planificación familiar* 1999, Suplemento: 16-24.
4. Zamudio L, Rubiano N, Wartenberg L, Viveros M, Salcedo H. El aborto inducido en Colombia. Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social. Universidad Externado de Colombia. 1998
5. Network. Family Health International, Sexual Health. Increasing Contraception Reduces Abortion 2002;21(4): 28-33.
6. Bankole A, Singh S, Haas T Characteristics of Women Who Obtain Induced abortion: A Worldwide Review, *Int Fam Plan Perspect* 1999;25(2):68-75.
7. Arias N L, Mateus J C y Fonseca J E. Factores asociados al acceso al control prenatal adecuado en el Valle del Cauca. Informe técnico final. Centro de Documentación Fundación FES Social - Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, 2001.

8. Eggleston, E. Causas determinantes de embarazos no planeados en el Ecuador. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 1999.
9. Bankole A, Sing S, Haas T. Reason why women have induced abortions: evidence from 27 countries. *Int Fam Plan Perspect* 1998;22(3):117-127.
10. Thomas F. Abriendo caminos a la irreverencia. Revista en *Otras Palabras* No. 6, p. 92. In *El embarazo Interrumpido voluntariamente: una paradoja en la decisión de procrear*. Caballero N, Álvarez J, Arias L, Balcázar M, Canaval G *et al*. Colciencias - Universidad del Valle. 2000.
11. Sihvo S, Ducot B, Kaminsky M, Cocon Group. Women's life cycle and abortion in unintended pregnancies. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57:611-605.
12. Profamilia. Salud sexual y reproductiva. Resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y salud. Octubre, 2000.
13. Olukoyaz A, Kaya B, Ferguson C, AbouZahr J. unsafe abortion in adolescents. *Int Gynaecol Obstet* 2001 ;75:137-147.
14. Prada Salas E, Mora M, mejía J. Factores condicionantes y estrategias de intervención para la prevención del embarazo no planeado y el aborto inducido en Santafé de Bogotá, D. C.. Secretaría Distrital de Salud. Fundación Unidad de Orientación y Asistencia Materna "Orientame". 1998.
15. Mosquera J, Mateus J. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA y consumo de medios de comunicación en jóvenes escolarizados de Palmira. Fundación FES, 2002.
16. Knudsen L, Gissieer M, Bender S, Hedberg C, Ollendorff U, Sundstrom K, et al. Induced abortion in the Nordic countries: special emphasis on young women. *Acta pbstet Gynecol Scand* 2003; 82:257-268.