

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca

ABORTO: LAS VARIABLES QUE ESTÁN ASOCIADAS A TOMAR ESTA DECISIÓN EN EL CASO COLOMBIANO

Edison Alexander González Poveda
(201113379)

Lady Johanna Rodríguez Cabra
(201110979)

Resumen

A pesar de que el aborto es un tema difícil de analizar debido a la controversia y clandestinidad en la que está rodeado, se propone identificar si variables como: la edad de la mujer, el número de hijos, el deseo de suicidio, el consumo de alcohol, el maltrato, el estado civil, la violación, la malformación del feto, entre otras, están relacionadas con la decisión de abortar de una mujer. Para ello, se realizó un estudio econométrico utilizando el modelo probit, una matriz de autocorrelación y un test de normalidad, con el que se puede ver la probabilidad de que una mujer tome la decisión de abortar asociada a las variables independientes. Como resultado general se obtuvo que las variables por las que la mujer probablemente tomaría esta decisión son: la violación y la malformación del feto. Importante deducción, que demuestra que es necesario una mejora en el campo legislativo, administrativo, protocolario y de servicio para el acceso del aborto legal, ya que contrario a como debería ser teniendo en cuenta las variables resultantes, el número de abortos legales ha disminuido abruptamente mientras que el aborto clandestino sigue aumentando sus cifras.

INTRODUCCIÓN

El aborto es la interrupción y finalización prematura del embarazo¹. El aborto puede ser inducido o espontáneo, el primero es el procedimiento donde se busca terminar de manera consciente con un embarazo en curso y el segundo que no es provocado intencionalmente, sino sus causas se atribuyen a fenómenos naturales. Muchos países son restrictivos sobre estas prácticas, lo que hace que algunas mujeres recurran a interrupciones o abortos de forma ilegal e insegura, poniendo en grave peligro su vida y su salud. Para Allan Guttmacher Institute (AGI), en los países donde el aborto no está penalizado y se prestan servicios de salud reproductiva de calidad, la asesoría en materia de planificación familiar en el momento del primer aborto reduce sustancialmente el número de embarazos no deseados y la incidencia en terminaciones voluntarias de estos.

A nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), de los 210 millones de embarazos anuales, 80 millones son no planeados, es decir 2 de cada 5 embarazos; de los embarazos no planeados, 46 millones (58%) terminan interrumpiéndose, 19 millones de estos, en países donde la intervención voluntaria del embarazo es ilegal. El número de mujeres que mueren a causa del aborto anualmente es 68.000, lo que equivale al 13% de la mortalidad materna.

En América Latina se practican 3'700.000 abortos inseguros, el aborto inseguro es responsable del 17% de las muertes maternas; más del 50% de los abortos se practican a mujeres de 20 a 29 años y casi el 70% a mujeres menores de 30 años. Dos tercios de los abortos practicados al año corresponden a mujeres de 15 a 30 años. En los países en desarrollo 14% de los abortos se han practicado a menores de 20 años. Según Family Care International (FCI), el riesgo de morir durante el parto de las jóvenes de edades entre 15 y 19 años es dos veces mayor que el de las mujeres de 20 a 30 años; este riesgo es cinco veces mayor en las menores de 15 años. En el mundo, la principal causa de muerte de adolescentes de 15 a 19 años son los embarazos tempranos, sus riesgos y complicaciones.

Para el 2003, Colombia, junto con Chile y El Salvador, eran los únicos tres países de América Latina en los cuales la interrupción voluntaria del embarazo estaba prohibido bajo cualquier circunstancia. Sólo el 4% de la población mundial vive en países donde el aborto está absolutamente prohibido, por lo reportado por el Centro para Derechos Reproductivos (CRR). A pesar del gran descenso en la tasa global de fecundidad que ha logrado el país, del total de embarazos en Colombia, 24% termina en aborto y 26% en nacimientos no deseados, es decir que 50% de los embarazos no son deseados, datos que reporta Profamilia.

Hasta el día de hoy, en Colombia se está permitido el aborto para tres casos específicos, según la sentencia de la corte constitucional de 2006², estos son: cuando la vida o salud de la madre está en riesgo, cuando el feto viene con malformaciones y cuando el embarazo fue resultado de una violación o incesto. Aunque la ley lo establece así, acceder a este derecho tiene varios obstáculos, en primer lugar porque son

¹ Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española.

² Sentencia C-355 de 10 de Mayo del 2006 de la Corte Constitucional.

exagerados los trámites que una mujer debe realizar para saber si puede practicarse un aborto legal y en consecuencia dilatan el proceso, también porque la mayoría de los hospitales y clínicas se abstienen a prestar este servicio y del cuidado de post-aborto, además de la falta de información tanto de las mujeres como de los hospitales, en cuanto a todo el protocolo para la realización del procedimiento.

Debido a estos problemas, el número de abortos legales ha disminuido, tal como lo indica el Ministro de Salud Alejandro Gaviria Uribe: en el 2009 hubo 469, en el 2010 fueron 1551, para el 2011 la cifra fue de 263, en el 2012 los procedimientos realizados fueron de 26 y para el 2013 de 23, todo esto comparado frente al aumento de los casos de aborto clandestino, que para el 2008 se estima que fueron de 400.078, tal como lo indica el estudio sobre abortos para Colombia que fue realizado por Guttmacher Institute y que para este año se cree continúan aumentando.

Es por esto que se considera necesario identificar cuáles son las características o situaciones que más se relacionan con la decisión de aborto de una mujer. De este modo, conociendo las variables que más están relacionadas, se podrá emprender estrategias sociales como la concientización sobre la importancia de métodos anticonceptivos y sobre el riesgo del aborto clandestino o la divulgación de información clara para el acceso al aborto legal, también se podría emprender soluciones administrativas y legales como la garantía del acceso al derecho de abortar, la garantía al acceso de todos los cuidados médicos que requiera la paciente y sobre todo un protocolo de autorización más accesible y que tenga como prioridad a la mujer.

Todo esto, puede contribuir al bienestar y mejora de la calidad de vida de la mujer y su familia, en cuanto a que si se implementan estas acciones, por un lado, es posible que haya una menor cantidad de mujeres con embarazos no deseados, y por ende, ellas no estarán expuestas a las posibles complicaciones del aborto ilegal, esto es beneficioso para el estado, ya que en la mayoría de los casos las complicaciones del procedimiento son atendidas por los centros gubernamentales de salud, por lo que el estado ya no tendrá que hacerse cargo de los costos del aborto que de por sí son muy altos. Por otro lado, si la mujer ha decidido abortar, tendrá un acceso fácil, seguro y rápido que garantice que ella no incurrirá en el gasto del procedimiento clandestino, el cual es muy costoso y reduce sus ingresos, también está segura de que es realizado por un profesional y que su salud no está en riesgo, además de mejorar la calidad del servicio de salud y de los procesos que se deben realizar para acceder a los servicios.

A pesar de que el aborto es un tema controversial y generalizado a nivel mundial, hay muy pocos estudios realizados desde la economía, la mayoría de ellos son psicológicos, médicos y estadísticos. Aun así, estos han contribuido a entender más sobre esta problemática y sus consecuencias. Particularmente, han ayudado para contextualizar y dar una idea sobre el impacto, social y mental de las mujeres que deciden abortar.

El tema del aborto a nivel mundial presenta resultados muy variados, según el estudio de Guttmacher Institute "Aborto a nivel mundial: una década de progreso desigual", en general, se encuentra que la principal causa de aborto es el embarazo no deseado, para ello proponen tres soluciones, la primera es mejorar el nivel y la efectividad del uso de los métodos anticonceptivos, la segunda es legalizar el aborto y asegurar que los servicios del aborto legal sean prestados bajo los términos de las leyes existentes, y en tercer lugar mejorar la calidad y atención de los servicios post-aborto. Además de esto,

otros resultados muestran que efectivamente sí ha habido un cambio mundial respecto al aborto, esto se confirma ya que desde 1997 más de 19 países han flexibilizado las leyes y han permitido el aborto total o bajo ciertos casos, entre estos países se encuentra Colombia. Este estudio también indica que aunque la tasa de aborto ha disminuido, la tasa de aborto inseguro muestra otra tendencia, lo cual concuerda con el hecho de que los embarazos no deseados hayan disminuido.

Además de lo anterior, dicha institución también realizó un estudio particular “Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias” en donde se muestran resultados bastante importantes e inesperados. En primer lugar, aunque el país reglamentó el aborto en casos especiales, esto no ha contribuido a que el número de abortos clandestinos disminuya, probablemente debido a que, en la mayoría de los casos es denegada la solicitud o la mujer no califica en ninguno de los casos en los que la ley acoge el aborto. Adicionalmente, se encuentra que el número de embarazos no planeados ha aumentado, contrario a la tendencia mundial, posiblemente, según el estudio porque no hay un acceso efectivo a los métodos de anticoncepción ni una práctica anticonceptiva constante, también debido a que el tener una familia pequeña no va a la par con los métodos anticonceptivos. También se concluye que Colombia sigue utilizando el método más costoso de aborto, que es el D&C, en vez de probar con medicamentos, tales como el Misoprostol o el método AMEU, de ahí a que los costos de cada complicación del aborto sean mayores.

Para mejorar la situación de este país se recomienda: concientizar a las parejas y proveedores sobre la importancia del uso correcto y constante de los anticonceptivos, ampliar el acceso a la anticoncepción de emergencia, intervenciones sobre el embarazo no planeado para los grupos en riesgo, mejorar la cobertura y calidad de los servicios de post-aborto, brindar más información a los proveedores y las mujeres sobre el uso y las posibles complicaciones del consumo del Misoprostol, la capacitación del personal para el uso del método AMEU, difundir el conocimiento sobre la sentencia T-388/09 que prohíbe a los jueces la objeción de conciencia en los casos en los que se si se puede abortar.

Es necesario un estudio que identifique cuales pueden ser las posibles circunstancias que están relacionadas con el hecho de que una mujer tome la decisión de abortar, mediante alguna herramienta que soporte dicha información, que para en este caso es la econometría. Teniendo en cuenta esos datos se puede llegar a comprender qué cambios son necesarios para mejorar la situación de las mujeres que deciden abortar o que herramientas se pueden utilizar para que la mujer evite un embarazo no deseado.

Sin embargo, una de las limitaciones de este estudio es que los datos obtenidos vienen de una encuesta por lo que puede que haya información falsa, por ejemplo: el número de abortos dio muy bajo en comparación a la muestra y al nivel de abortos registrado en el país, aunque esto también pudo darse solo por el hecho de que las mujeres encuestadas prefieren tener a sus hijos independientemente de la circunstancia que estén pasando o su situación. Además, es necesario aclarar que aunque se puede llegar a determinar la relación de la variable con la decisión de abortar, esto no implica que la variable estudiada cause el aborto, es decir no hay una relación de causalidad, sólo es una variable que podría influir o que está relacionada con la decisión.

Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) Colombia 2010

La ENDS es una encuesta realizada por Profamilia cada cinco años desde 1990 en el país, con la cofinanciación del Ministerio de la Protección Social y la Agencia para el Desarrollo de los Estados Unidos USAID. Se realiza para mejorar e institucionalizar la recolección y utilización de la información requerida para evaluar los programas de salud sexual, salud reproductiva y de población.

Para la ENDS 2010 se obtiene una muestra aleatoria a nivel nacional, se entrevistaron efectivamente 51.447 hogares y el número de mujeres en edad fértil (13 a 49 años) efectivamente entrevistados llegó a 53.521, de las cuales 2.844 reportaron haber practicado algún aborto a lo largo de su vida.

Entre los resultados relevantes emitidos por Profamilia y que se relacionan con la información a contemplar en este documento encontramos que el 34% de los hogares tiene como cabeza a una mujer, un 76% de las mujeres de Colombia tiene algún grado de educación secundaria o superior, en el país un 2% de las mujeres entre 15 y 49 años no tiene ningún grado de educación. El 32% de las mujeres son solteras, 19% casadas, 33% vive en unión libre, 14% son separadas, 0.4% divorciadas y 1% viudas.

Entre las mujeres con embarazo en los últimos 5 años un 72% tuvo nacidos vivos y un 28% reportó pérdida del embarazo. El 19% de las adolescentes (entre 15 y 19 años) ya es madre o está embarazada de su primer hijo. El embarazo adolescente en Colombia disminuyó 1 punto porcentual con respecto a 2005. La edad promedio de las mujeres a la primera relación sexual es 18 años. La edad mediana al nacimiento del primer hijo es 21,6 años. Las mujeres Colombianas tienen en promedio 2,1 hijos por mujer, la tasa de fecundidad deseada es 1,6 hijos por mujer. Sólo el 48% de los embarazos y nacimientos ocurridos entre 2005 y 2010 han sido deseados, un 30% lo quería pero más tarde y un 23% lo reporta como francamente no deseado. El 70% de las mujeres unidas no desea más hijos. Entre quienes reportaron pérdida del embarazo en un 16% ocurrió de manera involuntaria, un 8% por interrupción voluntaria, 2% embarazos extrauterinos y otro 2% muertes fetales intrauterinas.

El 79% de las mujeres en unión utiliza actualmente métodos anticonceptivos. El método más usado es la esterilización femenina o ligadura de trompas con 35%. El 72,5% de las mujeres sufre algún tipo de control por parte de su esposo o compañero y el 26% es víctima de violencia verbal. El 37% de las mujeres de Colombia sufre algún tipo de violencia física por parte de su pareja, este porcentaje disminuyó dos puntos porcentuales con respecto al 2005. Las agresiones más comunes son: empujones, golpes con la mano, patadas y violación. Entre quienes sufren violencia física por parte de su esposo o compañero un 10% señala haber sido violada por él. Un 6% de las mujeres ha sido víctima de violencia sexual. El 80% de las mujeres menores de 25 años ha participado alguna vez en actividades sobre Educación sexual.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud es una de las mejores aproximaciones de la situación en la que se encuentra el país, permitiendo identificar y entender las condiciones de vulnerabilidad de la población, para posteriormente ser controladas y generar procesos de cambio que contribuyan al bienestar de todos los colombianos.

METODOLOGÍA

Para realizar una aproximación de las variables que tienen impacto sobre la decisión de aborto de una mujer, se utilizará la información suministrada por Profamilia y el área de investigaciones de la misma entidad, la base de datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010, de la sección “Mujeres”, que cuenta con más de 60 variables.

Las variables que se consideraron son algunas de información general de la mujer como la edad, el grado de educación, el número de hijos vivos, el número ideal de hijos, si reporta estar trabajando, el estado civil, si consume bebidas alcohólicas, si ha tenido deseos de suicidio y si es maltratada por la pareja. Del mismo modo variables sobre las tres causales legales de aborto: la existencia de una malformación del feto, si estaba en peligro la vida de la madre o el bebé y si el embarazo era producto de una violación. Algunas variables sobre información del aborto como si reporta haber recibido información, si conocía que no era un delito abortar si era producto de una violación o había una malformación del feto y en qué otros casos debería ser permitido. Con respecto al embarazo, si la decisión era conjunta con la pareja, si existía temor de decirlo públicamente y la actitud que tomo, y variables de la pareja como el grado de educación, el número ideal de hijos y si consume algún tipo de droga. (Anexos, Tabla 2).

A través del programa STATA se identifican las variables con mayor significancia estadística, lo que permite acercarnos a un posible modelo más acertado, mediante la utilización de regresiones y diferentes pruebas.

Después de hacer un análisis de la encuesta, se determinó que eran datos de corte transversal, debido a que, la muestra se evaluó en algún punto dado del tiempo, en este caso a lo largo del año 2010, además no se registran a los mismos individuos y en consecuencia no hay estacionalidad. Al analizar los datos como tal, se encontró que la variable dependiente es una variable binaria, que toma el valor de 1 si la mujer decide abortar y 0 si no decide abortar. Por otro lado, la mayoría de las variables independientes son binarias o categóricas, esto debido al tipo de preguntas de la encuesta.

Para este estudio se estimará la siguiente ecuación a partir de un modelo probit:

$$P(\text{aborto} = 1/X) = G(\beta_0 + \beta_1 \text{edad} + \beta_2 \text{hijos} + \beta_3 \text{deseos suicidio} + \beta_4 \text{alcohol} + \beta_5 \text{union} + \beta_6 \text{maltrato} + \beta_7 \text{caso permitido} + \beta_8 \text{violacion} + \beta_9 \text{malformacion} + \varepsilon) \quad (1)$$

En donde,

$P(\text{aborto} = 1/X)$ es la probabilidad de que la mujer decida abortar, es decir cuando Y toma el valor de 1, condicionado x, que representa la variable independiente particular.

G es la función de distribución acumulada normal estándar, que se expresa como una integral:

$$G(z) = \Phi(z) = \int_{-\infty}^z \phi(v)dv$$

Siendo $\phi(z)$ la función de densidad normal estándar:

$$\phi(z) = (2\pi)^{-1/2} \exp(-z^2/2)$$

Donde,

π es el número 3,1415926535...

z todos los números reales

La función G es creciente. Aumenta con más rapidez en $z = 0$, $G(z) \rightarrow 0$ a medida que $z \rightarrow -\infty$, y $G(z) \rightarrow 1$ a medida que $z \rightarrow \infty$.

Las X representan las variables que están dentro del modelo, las cuales, fueron escogidas después de ver su significancia estadística dentro de un modelo probit más grande, el cual contenía 24 variables nombradas anteriormente. Por lo tanto, el modelo sobre el que se va a realizar el estudio, contiene las variables más importantes y significativas, cada una de ellas tiene sentido económico y estadístico dentro del modelo.

Por ejemplo, la edad es fundamental para determinar si entre más joven es la mujer hay mayor probabilidad de que aborte o no. En cuanto al número de hijos actual, se podría relacionar si entre mayor cantidad de hijos la mujer puede tender a abortar, o si por el contrario, son las mujeres que no tienen hijos las que podrían tomar esta decisión. Por otro lado, variables como el deseo de suicidio, el consumo de alcohol o el maltrato, aunque obvias, por el hecho de que si existe un sentimiento de autodestrucción o de falta de respeto físico y mental, es apenas normal que el aborto se pueda dar con mayor probabilidad, sin embargo sigue siendo importante estimar la proporción en la que este hecho se daría y corroborar que esto sea así.

En cuanto a los casos en los que el aborto debería ser permitido, es importante para ver si el hecho de que la mujer piense que el aborto debería ser permitido en otros casos que no sean los enmarcados en la ley puede aumentar la probabilidad de que ella lo haga. Por último, la malformación del feto y si la mujer ha sido violada, son variables interesantes de estudiar, ya que representan a los casos permitidos por la legislación, por lo tanto, es importante saber si en efecto estas dos circunstancias aumentan la probabilidad de aborto y si es así valdría la pena estudiar la manera de mejorar el servicio, rapidez, cobertura y atención para los procedimientos de aborto legal.

Después de correr la regresión sobre la ecuación planteada, se analiza si las variables son significativas y los coeficientes de los β para ver en qué proporción la probabilidad de aborto aumenta o disminuye. Se realiza una matriz de correlaciones para ver cómo están relacionadas las variables, y una prueba de normalidad del modelo, en este caso se utiliza el test de normalidad Jarque-Bera, el cual estudia la asimetría y si hay exceso

de curtosis para saber si el modelo es normal, el modelo cumple con esto si las dos bondades de ajuste son iguales a 0.

Después de haber realizado estas pruebas, se decide que el modelo estimado presenta problemas de significancia estadística en la mayoría de las variables y una inconsistencia en uno de los β , en el sentido, de que no es coherente económicamente, además de otros problemas.

Por lo tanto, se procede a ajustar el modelo de tal forma que los resultados sean más verídicos, la manera de hacerlo, es separando las dos variables consideradas más importantes dentro de la ecuación, las cuales son: la violación y malformación. En consecuencia las regresiones a correr son:

$$P(\text{aborto} = 1/X) = G(\beta_0 + \beta_1 \text{edad} + \beta_2 \text{hijos} + \beta_3 \text{deseosuicidio} + \beta_4 \text{alcohol} + \beta_5 \text{union} + \beta_6 \text{maltrato} + \beta_7 \text{casopermitido} + \beta_8 \text{violacion} + \varepsilon) \quad (2)$$

$$P(\text{aborto} = 1/X) = G(\beta_0 + \beta_1 \text{edad} + \beta_2 \text{hijos} + \beta_3 \text{deseosuicidio} + \beta_4 \text{alcohol} + \beta_5 \text{union} + \beta_6 \text{maltrato} + \beta_7 \text{casopermitido} + \beta_8 \text{malformacion} + \varepsilon) \quad (3)$$

Igualmente se realiza un test de normalidad y una matriz de autocorrelación. Si en el test de normalidad, se comprueba que el modelo no es normal, es decir, que hay heterocedasticidad, se corregirá realizando la regresión de cada una de las ecuaciones con errores estándar robustos. Habiendo analizado todas las pruebas y corrigiendo por robustez, se pasa a interpretar los resultados obtenidos.

RESULTADOS

En la siguiente tabla (Tabla 1) se presentan los resultados de todas las regresiones planteadas en la metodología. Utilizando el programa STATA se corre los 3 modelos planteados. Para cada valor se encuentra el coeficiente, el error estándar y la significancia estadística ($p > |z|$), respectivamente.

Sin embargo, considerando que hay variables que no son significativas, en especial una de las más importantes en el modelo (violación), que existe incoherencia en el coeficiente de la variable de los casos permitidos, además de una alta correlación entre las variables centrales, se decide probar una variación del modelo, el cual consiste en correr el mismo modelo pero con malformación y violación por separado.

Al analizar los resultados de la regresión sin malformación, se observa que hay algunas variables que no son significativas estadísticamente al 5%, estas son: edad, hijos, unión y maltrato, pero de estas, solo la edad y el número de hijos no son significativas ni al 10%.

TABLA 1. Variables independientes sobre la decisión de Aborto

Vbles. Independientes	PROBIT (1)	PROBIT (2)	PROBIT (3)	PROBIT(4) Robust	PROBIT(5) Robust
Edad	0.002024 (0.0020776) {0.330}	0.0022708 (0.0020723) {0.273}	0.0020332 (0.0020769) {0.328}	0.0020332 (0.001998) {0.309}	0.0022708 (0.001992) {0.254}
Hijos	0.0203317 (0.0100659) {0.043}	0.0184708 (0.0100229) {0.065}	0.0202325 (0.0100507) {0.044}	0.0202325 (0.0102264) {0.048}	0.0184708 (0.0102261) {0.071}
Deseos de Suicidio	0.1156548 (0.0310253) {0.000}	0.1158314 (0.0310316) {0.000}	0.1156246 (0.0310245) {0.000}	0.1156246 (0.0303593) {0.000}	0.1158314 (0.0302185) {0.000}
Consumo de alcohol	0.0769619 (0.0330991) {0.020}	0.0778258 (0.0330822) {0.019}	0.0769309 (0.0330987) {0.020}	0.0769309 (0.0330158) {0.020}	0.0778258 (0.0330068) {0.018}
Unión	0.025952 (0.0184249) {0.159}	0.024871 (0.0184107) {0.177}	0.025974 (0.032073) {0.159}	0.025974 (0.0187935) {0.167}	0.024871 (0.0187775) {0.185}
Maltrato	0.0518955 (0.0320732) {0.106}	0.0526514 (0.0320591) {0.101}	0.0518774 (0.032073) {0.106}	0.0518774 (0.0320385) {0.105}	0.0526514 (0.0320224) {0.100}
Caso que debe ser permitido	-1.070271 (0.1623903) {0.000}	-1.070983 (0.1620651) {0.000}	-1.070575 (0.1624095) {0.000}	-1.070575 (0.2333573) {0.000}	-1.070983 (0.2331065) {0.000}
Violación	0.0099746 (0.0556956) {0.858}	0.1022405 (0.0363446) {0.005}	-	-	-1.070983 (0.0364388) {0.005}
Malformación	0.1237679 (0.056989) {0.030}	-	0.1315048 (0.0371876) {0.000}	0.1315048 (0.0370917) {0.000}	-
Constante	0.4931634 (0.3371277) {0.144}	0.5162055 (0.33632) {0.125}	0.4952259 (0.3369846) {0.142}	0.4952259 (0.4778324) {0.3000}	0.5162055 (0.4765073) {0.279}
Observaciones	12173	12173	12173	12173	12173

Pseudo R²	0.147	0.0141	0.0147	0.0147	0.0141
LR chi2	111.10	106.36	111.07	65.83	61.10
Homocedasticidad	no	no	no	no	no
Autocorrelación	si	no	no	no	no

Fuente: Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) Colombia 2010. Cálculo: Autores. En paréntesis se encuentran los errores estándar. En corchetes se encuentra la significancia estadística.

En cuanto a los coeficientes, se observa la misma relación negativa entre la decisión de aborto y los casos en los que debería ser permitido, una posible explicación podría ser que aunque la mujer considere que el aborto puede practicarse en otras circunstancias, el mayor conocimiento sobre el tema hace que disminuya la probabilidad de que ella aborte.

Las demás variables presentan una relación positiva con respecto al aborto, esto indica que cualquier variación o afirmación de haber pasado por circunstancias como las variables nombradas, aumentan la probabilidad de que una mujer decida abortar. La interpretación de los coeficientes es la siguiente:

Para el coeficiente de la edad se puede decir que por cada año adicional que la mujer tenga, la probabilidad de abortar aumenta en un 0.22708%. Así mismo, la probabilidad de que decida abortar aumenta en un 1,84708%, por cada hijo de más que la mujer dé a luz. Del mismo modo, si la mujer ha tenido deseos de suicidio la probabilidad de practicarse un aborto aumenta en 11,58314%, o si consume alcohol con frecuencia puede aumentar en 7,78258%. Para el caso de que la mujer no tenga una relación estable se asocia un aumento de 2,4871% en la probabilidad de que busque hacerse este procedimiento, así como un aumento de 5,26514% en la probabilidad de abortar si ha sido maltratada. Por último, se estima un aumento de 10,22405% en la probabilidad de que la mujer decida abortar si ella ha sido violada.

Como se puede observar, los casos en los que la probabilidad de aborto aumentan más son: si la mujer ha pensado o intentado suicidarse (11,58%), si ha sido violada (10,22%) y si consume alcohol con frecuencia (7,78258%). Estos resultados son muy importantes, en el primer caso, es de esperar, que si la mujer ha pensado en acabar con su vida no querrá traer otra persona al mundo. Igualmente, si la mujer tiene tendencias alcohólicas es porque tiene tendencias destructivas, las cuales no le permiten cuidarse adecuadamente en la etapa de embarazo por lo que sí es más probable que decida abortar a cambiar sus hábitos de vida. Por último, evidentemente muchas de las mujeres que han sido violadas y quedado embarazadas producto de este acto, no piensan en dar a luz, posiblemente porque ese hijo les recuerda la experiencia que vivieron, no están preparadas para ser madres y no cuentan con los recursos para responder por alguien más. Este resultado comparado con el número de abortos legales que se han llevado a cabo en Colombia, demuestra la deficiencia en la prestación de este servicio aun cuando se pone en riesgo la vida y bienestar de la mujer.

Los resultados de este modelo son confiables ya que la matriz de autocorrelación muestra que las variables tienen un nivel de correlación bajo (Anexos, Tabla 5.) y el test de normalidad muestra que no se rechaza que haya normalidad en el modelo ya que tanto la simetría como la curtosis de las variables es 0, en otras palabras, el modelo cumple con normalidad por lo que no es necesario hacer la regresión con errores estándar robustos.(Anexos, Tabla 6.)

En cuanto a los resultados de la tercera ecuación planteada sin violación, las salidas indican que variables como la edad, la unión y el maltrato no son significativas estadísticamente ni aun nivel de 10%. Además, el coeficiente de los casos permitidos también mantiene una relación negativa con el aborto, tal como ha sucedido con los otros modelos. Los coeficientes de las variables muestran resultados muy parecidos a los del modelo sin malformación, es más la variación es casi mínima.

Para la edad el coeficiente pasó de 0,22708% a 0,20332%, para la cantidad de hijos el coeficiente era de 1,84708% y para este modelo es de 2,2325%. Del mismo modo, si la mujer no tiene una relación estable el coeficiente es de 2,5974% frente a un 1,84708% del modelo anterior. Las variables en donde la probabilidad de tomar la decisión de abortar aumentan en mayor medida son las mismas para este modelo adicionando la malformación del feto, en la que si el feto viene con alguna malformación la probabilidad de practicarse un aborto aumenta en un 13,15048%, continua el deseo de suicidio con un coeficiente de 11,56246% frente a un 11,58314% del segundo modelo y finalmente el consumo de alcohol con un 7,69309% comparado con 7,78258% del anterior.

Este modelo como resultado importante, muestra que una mujer podría tender a decidir abortar si su hijo tiene algún tipo de malformación, lo que es comprensible ya que seguramente la mujer pensará en que el bebé no tendrá la calidad de vida de una persona normal, o no se desarrolla física y mentalmente igual, o simplemente que ella no está preparada para el cuidado de una persona especial, entre otras razones.

Al igual que para los modelos anteriores se observó la correlación entre las variables, que para este caso, también es baja (Anexos, Tabla 7). Además de la prueba de normalidad, en donde mostró que el modelo es normal, debido a que la simetría y curtosis es 0 para ambos casos, lo que indica que no se rechaza la nula. (Anexos, Tabla 8)

Aunque no es necesario ya que tanto el modelo con violación como el que tenía malformación son normales, se corrió la regresión con errores estándar robustos, para comparar y ver si había algún cambio significativo en los coeficientes, errores estándar o significancia estadística. Tal como se esperaba, todos los resultados son iguales o con variaciones muy pequeñas para ambos casos.

CONCLUSIONES

El aborto es una decisión crucial y una práctica controversial. En Colombia, de las mujeres que dijeron haber tenido terminación de embarazo, una cuarta parte ocurrió después de mayo del 2006, fecha en la que la Corte Constitucional despenalizó el aborto en tres casos específicos, lo que permite inferir que los lineamientos legales, políticos y constitucionales tienen incidencia en el entorno cotidiano de todos los ciudadanos, en especial en la toma de decisiones.

La violación es una triste realidad en el país, y una de sus consecuencias es la alta posibilidad de que la mujer abusada quede en estado de embarazo, razón suficiente para considerar abortar. Otra situación es la posible malformación del feto, que se le atribuyen a diferentes explicaciones naturales, poniendo en riesgo la salud y un estilo de vida de calidad del bebé en caso de que nazca, por eso es más factible que la mujer considere abortar que en otras situaciones.

Tanto la malformación del feto como la violación son las variables que más pueden aumentar la probabilidad de abortar, casi en la misma proporción, lo que muestra que son en los casos que contempla la ley, pero las cifras no concuerdan con el número de abortos legales practicados.

La ENDS 2010 señala la estrecha relación entre la condición de empoderamiento de la mujer, es decir la autonomía que ellas tienen sobre su vida, su medio, su cuerpo y sus derechos; y el estado de salud de ellas y de sus hijos. Lo que no coincide con los resultados de los modelos inicialmente planteados en este documento, porque la decisión de aborto está fuertemente relacionado con el estado de salud de las mujeres y el bienestar del posible hijo, y encontramos que estadísticamente el aborto es una decisión netamente de la mujer, no tiene en cuenta la opinión ni las condiciones de su pareja.

Además, el 75% de las mujeres en edad reproductiva sabe que la interrupción voluntaria del embarazo no es delito si está en riesgo la vida o salud de la mujer. Un 78% conoce que no es un delito si el embarazo es producto de una violación y un 78,5% señala la existencia de graves malformaciones en el feto. Aunque las tasas de información son altas, estas no representan significancia estadística sobre la decisión de aborto de una mujer. Y un 9% adicional señala que el aborto debería despenalizarse también en otras circunstancias diferentes a las actuales, entre las que se destacan si son niñas o mujeres muy jóvenes, si es un embarazo no deseado o si hubo una falla en el método anticonceptivo utilizado, la aprobación de la legalidad del aborto para estos casos generaría que la opción de abortar tenga una menor probabilidad. E incluso reduciría el número de abortos inseguros.

El consumo de alcohol y sustancias psicoactivas está ampliamente ligado a los episodios de violencia intrafamiliar que se presentan diariamente en el país. 69% de las mujeres manifestó que no bebe, una cifra importante, porque reduce las posibilidades de incrementar las tasas de aborto del país, ya que las mujeres que consumen alcohol,

en el caso de estar embarazadas, tienen una más alta probabilidad de considerar el aborto como una opción.

El 85% de las mujeres que ha sido objeto de agresiones por parte de su pareja, dijo haber tenido secuelas físicas o psicológicas como consecuencia de las golpizas, y aunque estadísticamente el maltrato no es muy alta la influencia en la decisión de abortar o no, el 2% de las mujeres tuvo un aborto o pérdida y el 23% sintió deseos de suicidarse. Este último dato si es importante porque las mujeres que reportaron que en algún momento de su vida sintieron deseos de suicidarse tienen una alta probabilidad de que cuando queden embarazadas contemplan en abortar. Para el 2013, se registró la cifra de suicidios más baja de los últimos 15 años, de los 1685 casos, 19% fueron mujeres, según reportó Medicina Legal, cifras alarmantes y que necesitan especial atención.

A mayor edad, mayor es el porcentaje de mujeres que han tenido terminaciones del último embarazo. Además, de acuerdo al Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social de la Universidad Externado de Colombia, en Bogotá el 46% de las menores de 15 años que quedan en embarazo, aborta.

De acuerdo con la OMS, los avances médicos y de las tecnologías seguras y eficaces, y la capacidad para realizar abortos inducidos en particular, podrían eliminar en su totalidad los abortos inseguros y las muertes relacionadas, siempre y cuando exista un acceso universal a estos servicios (OMS, 2012).

Colombia necesita implementar planes de choques que contrarresten las condiciones actuales de la mujer y así mejorar sus condiciones de vida, que aunque es cierto que el documento está enfocado a la toma de la decisión de aborto de un mujer, ha dejado en evidencia la vulnerabilidad de las mismas. Para atacar los efectos negativos hay que generar políticas y programas a nivel nacional, de información, prevención, salud y justicia. Proyectos de educación y responsabilidad sexual y reproductiva, de autonomía y conciencia, de apoyo y atención, antes, durante y después de cualquier decisión, en este caso el aborto.

Además se debe garantizar la protección de la salud y los derechos humanos de las mujeres, por lo que las entidades promotoras de salud y todo organismo gubernamental debe procurar atender las necesidades de la población, sin dejar a una lado los lineamientos que la ley.

REFERENCIAS

ALLAN GUTTMACHER INSTITUTE (AGI), *Readings on Induced Abortion*, New York, 2000, www.agi.org.

CENTRO DE INVESTIGACIÓN SOBRE DINÁMICA SOCIAL (CIDS), *El aborto inducido en Colombia: características demográficas y socio-culturales*, Universidad Externado de Colombia y OMS, Bogotá, 1992.

CENTRO PARA DERECHOS REPRODUCTIVOS (CRR), *Reflexiones sobre el aborto, Briefing paper*, New York, 2003, www.reproductiverights.org.

FAMILY CARE INTERNATIONAL (FCI), *Demorar el matrimonio y el primer nacimiento, Grupo Inter Agencial para una Maternidad sin Riesgo*, New York, 1998, www.safemotherhood.org.

Gonzalez Aura Cristina, *La Situación del Aborto en Colombia dentro del contexto latinoamericano*, Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2005

IPAS, *Asegurando el acceso de las mujeres al aborto seguro*, Chapel Hill, 2005, www.ipas.org.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, *Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna*, UNFPA y OPS, Bogotá, 2004, www.minsalud.gov.co

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA), *"Determinantes del Aborto Inseguro y Barreras de Acceso para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Mujeres Colombianas"*, 2014, Bogotá D.C. ISBN: 978-958-873-575-7

Molina Betancur Carlos Mario, *El derecho al aborto en Colombia*, Universidad de Medellín, 2006

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Unsafe Abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*, 4a Edición, Ginebra, 2004, www.who.int/reproductive-health.

Prada Elena et al., *Embarazo No Deseado y Aborto Inducido en Colombia: Causas y Consecuencias*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2011

PROFAMILIA, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000*, UNFPA, Bogotá, 2002, www.profamilia.org.co

PROFAMILIA, USAID, ICBF, Ministerio de la Protección Social, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS): Informe de prensa*, Colombia, 2010.

PROFAMILIA, USAID, ICBF, Ministerio de la Protección Social, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS): Salud Materno-Infantil*, Cap 10, Colombia, 2010.

SINGH S et al., *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress*, New York: Guttmacher Institute, 2009.

ANEXOS

Tabla 2. Descripción de las variables.

TABLA 1. VARIABLES							
VARIABLE	NATURALEZA	PROMEDIO	DESVIACIÓN	MIN	MAX	MODA	DESCRIPCIÓN
Aborto	Binaria					0,00	
Edad	Número	29,18	10,80	13,00	98,00	14,00	Edad de la mujer
Educación 0.Ninguno 1.Pre-escolar 2.Primaria 3.Secundaria 4.Técnico-Tecnológico 5.Universitaria 6.Postgrado	Categórica					3,00	Nivel de educación más alto alcanzado por la mujer
Hijos	Número	1,71	1,84	0,00	16,00	0,00	Número de hijos vivos
Temor 0.No 1.Si	Binaria					0,00	Temor a decir que estaba embarazada
Conjunta 0.No 1.Si	Binaria					1,00	Decisión conjunta del embarazo
Unión 0.No está en unión 1.Casada 2.Unión libre	Categórica					0,00	Actualmente en unión
Información 0.No 1.Si	Binaria					1,00	Recibió información de educación sexual o abortos
Peligro 0.No 1.Si	Binaria					1,00	Peligro de vida en el embarazo
Violación 0.No 1.Si	Binaria					1,00	Embarazo producto de una violación
Malformación 0.No 1.Si	Binaria					1,00	Malformación del feto

Actitud 0.No queda embarazo 1.Gran problema 2.Pequeño problema 3.No es problema	Catórica					1,00	Actitud sobre el embarazo
Ideal	Número	1,08	0,90	0,00	20,00	1,00	Número ideal de hijos
ideal_esposo	Número	2,07	2,02	1,00	8,00	1,00	Número ideal de hijos de la pareja
Educación_esposo 0.Ninguno 1.Pre-escolar 2.Primaria 3.Secundaria 4.Técnico-Tecnológico 5.Universitaria 6.Postgrado 7.No sabe	Catórica					3,00	Nivel de educación más alto alcanzado por la pareja
Trabaja 0.No 1.Si	Binaria					0,00	Reporta estar trabajando
NoDelito_Violación 0.No 1.Si	Binaria					1,00	Sabe que el aborto no es un delito si la mujer es violada
NoDelito_Malformación 0.No 1.Si	Binaria					0,00	Sabe que el aborto no es un delito si existe malformación en el feto
Caso_permitido 0.Niñas o muy jóvenes 1.No deseado 2.Falla el método 3.Situación económica	Catórica					2,00	Caso en el que debería ser permitido el aborto
Deseo_Suicidio 0.No 1.Si	Binaria					0,00	Deseos de suicidio
Alcohol 0.No 1.Si	Binaria					0,00	Consumo de bebidas alcohólicas
Drogas_Esposo 0.No 1.Si	Binaria					0,00	Consumo de drogas por parte de la pareja
Maltrato 0.No 1.Si	Binaria					0,00	Es maltratada

Fuente: Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) Colombia 2010. Cálculo: Autores.

Tabla 3. Matriz de autocorrelación ecuación (1)

	aborto	edad	hijos	deseo_~o	alcohol	union	maltrato	caso_p~o	violac~n	malfor~n
aborto	1.0000									
edad	0.0231	1.0000								
hijos	0.0301	0.4553	1.0000							
deseo_suic~o	0.0352	0.0167	0.0399	1.0000						
alcohol	0.0188	-0.0538	-0.0487	0.0106	1.0000					
union	0.0060	-0.1606	0.0301	-0.0992	-0.0396	1.0000				
maltrato	0.0185	-0.0470	-0.0190	0.0592	0.0395	0.0437	1.0000			
caso_permi~o	-0.0654	-0.1243	-0.2014	0.0028	0.0312	0.0092	-0.0130	1.0000		
violacion	0.0233	0.0339	-0.1527	-0.0119	0.0121	-0.0544	0.0073	0.0021	1.0000	
malformacon	0.0298	0.0448	-0.1524	-0.0093	0.0164	-0.0669	0.0085	-0.0057	0.7675	1.0000

Fuente: STATA. Profamilia. ENDS Colombia 2010. Calculo: Autores.

Tabla 4. Test de normalidad ecuación (1)

variable	Skewness/Kurtosis tests for Normality					joint
	obs	Pr(Skewness)	Pr(Kurtosis)	adj chi2(2)	Prob>chi2	
aborto	5.4e+04	0.0000	0.0000	.	.	.
edad	5.4e+04	0.0000	0.0000	.	.	.
hijos	5.4e+04	0.0000	0.0000	.	.	.
deseo_suic~o	1.3e+04	0.0000	0.0000	.	.	.
alcohol	3.5e+04	0.0000	0.0000	.	.	.
union	5.4e+04	0.0000	.	.	.	.
maltrato	5.1e+04	0.0000	.	.	.	.
caso_permi~o	5.4e+04	0.0000	0.0000	.	.	.
violacion	5.4e+04	0.0000	0.0000	.	.	.
malformacon	5.4e+04	0.0000	0.0000	.	.	.

Fuente: STATA. Profamilia. ENDS Colombia 2010. Calculo: Autores.

Tabla 5. Matriz de autocorrelación ecuación (2)

	aborto	edad	hijos	deseo_~o	alcohol	union	maltrato	caso_p~o	violac~n
aborto	1.0000								
edad	0.0231	1.0000							
hijos	0.0301	0.4553	1.0000						
deseo_suic~o	0.0352	0.0167	0.0399	1.0000					
alcohol	0.0188	-0.0538	-0.0487	0.0106	1.0000				
union	0.0060	-0.1606	0.0301	-0.0992	-0.0396	1.0000			
maltrato	0.0185	-0.0470	-0.0190	0.0592	0.0395	0.0437	1.0000		
caso_permi~o	-0.0654	-0.1243	-0.2014	0.0028	0.0312	0.0092	-0.0130	1.0000	
violacion	0.0233	0.0339	-0.1527	-0.0119	0.0121	-0.0544	0.0073	0.0021	1.0000

Fuente: STATA. Profamilia. ENDS Colombia 2010. Calculo: Autores.

Tabla 6. Test de normalidad ecuación (2)

Variable	skewness/kurtosis tests for Normality					
	obs	Pr(Skewness)	Pr(Kurtosis)	adj chi2(2)	joint Prob>chi2	
aborto	5.4e+04	0.0000	0.0000	.	.	.
edad	5.4e+04	0.0000	0.0000	.	.	.
hijos	5.4e+04	0.0000	0.0000	.	.	.
deseo_suic~o	1.3e+04	0.0000	0.0000	.	.	.
alcohol	3.5e+04	0.0000	0.0000	.	.	.
union	5.4e+04	0.0000	.	.	.	.
maltrato	5.1e+04	0.0000	.	.	.	.
caso_permi~o	5.4e+04	0.0000	0.0000	.	.	.
violacion	5.4e+04	0.0000	0.0000	.	.	.

Fuente: STATA. Profamilia. ENDS Colombia 2010. Calculo: Autores.

Tabla 7. Matriz de correlaciones ecuación (3)

	aborto	edad	hijos	deseo_~o	alcohol	union	maltrato	caso_p~o	malfor~n
aborto	1.0000								
edad	0.0231	1.0000							
hijos	0.0301	0.4553	1.0000						
deseo_suic~o	0.0352	0.0167	0.0399	1.0000					
alcohol	0.0188	-0.0538	-0.0487	0.0106	1.0000				
union	0.0060	-0.1606	0.0301	-0.0992	-0.0396	1.0000			
maltrato	0.0185	-0.0470	-0.0190	0.0592	0.0395	0.0437	1.0000		
caso_permi~o	-0.0654	-0.1243	-0.2014	0.0028	0.0312	0.0092	-0.0130	1.0000	
malformacon	0.0298	0.0448	-0.1524	-0.0093	0.0164	-0.0669	0.0085	-0.0057	1.0000

Fuente: STATA. Profamilia. ENDS Colombia 2010. Calculo: Autores.

Tabla 8. Test de normalidad ecuación (3)

variable	skewness/kurtosis tests for Normality					
	obs	Pr(Skewness)	Pr(Kurtosis)	adj chi2(2)	joint Prob>chi2	
aborto	5.4e+04	0.0000	0.0000	.	.	.
edad	5.4e+04	0.0000	0.0000	.	.	.
hijos	5.4e+04	0.0000	0.0000	.	.	.
deseo_suic~o	1.3e+04	0.0000	0.0000	.	.	.
alcohol	3.5e+04	0.0000	0.0000	.	.	.
union	5.4e+04	0.0000	.	.	.	.
maltrato	5.1e+04	0.0000	.	.	.	.
caso_permi~o	5.4e+04	0.0000	0.0000	.	.	.
malformacon	5.4e+04	0.0000	0.0000	.	.	.

Fuente: STATA. Profamilia. ENDS Colombia 2010. Calculo: Autores.

Cuadro 10.16.1 Terminación del último embarazo por características seleccionadas

Distribución porcentual de las mujeres alguna vez embarazadas según terminación del último embarazo, por características seleccionadas, Colombia 2010

Característica	Pérdida	Interrupción/ aborto	Embarazo extrauterino (MOLA)	Muerte fetal intrauterina	Normal	Total	Número de mujeres alguna vez embarazadas
Grupos de edad							
15-19	9.9	6.2	0.9	0.9	82.2	100.0	1,614
20-34	15.2	7.6	1.7	1.6	73.9	100.0	16,052
35-39	17.1	8.0	2.4	2.5	69.9	100.0	17,721
Zona							
Urbana	16.9	7.9	2.3	1.9	70.9	100.0	27,273
Rural	12.6	7.0	1.3	2.3	76.9	100.0	8,115
Estado conyugal							
Soltera	12.7	8.3	1.7	0.9	76.4	100.0	3,414
Alguna vez unida	16.8	8.4	2.0	2.1	70.6	100.0	7,452
Actualmente unida	16.1	7.4	2.1	2.1	72.2	100.0	24,521
Nivel de educación							
Ninguno	14.9	8.9	1.0	3.0	72.3	100.0	802
Primaria	14.2	7.3	1.7	2.5	74.3	100.0	10,190
Secundaria	16.7	7.6	2.2	1.8	71.7	100.0	20,827
Superior	16.5	9.0	2.5	1.7	70.4	100.0	3,569
Fecha terminación último embarazo que no terminó normalmente							
Si, después de Mayo 2006	59.0	28.0	7.6	5.5	na	100.0	2,644
Si, antes de Mayo 2006	57.1	27.4	7.4	8.1	na	100.0	6,984
No sabe/no respuesta	50.2	44.2	3.4	2.2	na	100.0	173
Total	15.9	7.7	2.1	2.0	72.3	100.0	35,387

na = No aplicable

Fuente: Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) Colombia 2010. Capítulo 10.

Cuadro 10.16.2 Atención a la terminación del último embarazo por características seleccionadas

Entre las terminaciones que ocurrieron después de Mayo del 2006, porcentaje de mujeres alguna vez embarazadas que fueron atendidas por personal de salud durante la última terminación y promedio de meses de embarazo a la terminación; y distribución porcentual de las terminaciones por lugar de atención y pago de la atención, según tipo de terminación, Colombia 2010

Atención y pago	Pérdida	Interrupción/ aborto	Embarazo extrauterino (MOLA)	Muerte fetal intrauterina	Total con terminaciones después de Mayo 2006
Fue atendida por personal de salud durante última terminación	91.9	82.7	98.4	97.9	90.2
Promedio de meses de embarazo a la terminación	2.2	2.1	2.0	5.4	2.4
Número de mujeres	1,559	739	201	144	2,644
Lugar de atención médica durante última pérdida					
Hospital/clinica/institución/puesto de salud	96.6	93.8	96.3	99.3	96.0
Consultorio médico particular	2.7	4.0	3.5	0.7	3.0
Profamilia	0.6	0.7	0.0	0.0	0.5
Otro sitio	0.2	1.1	0.2	0.0	0.4
No sabe	0.0	0.4	0.0	0.0	0.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
EPS pagó atención durante la última terminación					
Si, totalmente	76.2	73.0	68.8	71.8	74.5
Si, parcialmente (copagos, cuotas moderadoras)	12.2	14.0	15.7	19.3	13.4
No	8.7	11.2	13.1	5.6	9.5
No está (no estaba) afiliada	2.9	1.8	2.5	3.3	2.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Número de mujeres que fue atendida por personal de salud	1,434	612	198	141	2,385

Fuente: Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) Colombia 2010. Capítulo 10.

Cuadro 10.17.1. Conocimiento de situaciones en las cuales el aborto no es un delito

Entre las mujeres de 15 a 49 años, porcentaje que conoce situaciones en las cuales el aborto no es un delito en Colombia; y entre las mujeres que conocen alguna causa, porcentaje que considera que debería aprobarse para otras causas, Colombia 2010

Característica	Sabe que el aborto no es delito si:			Número de mujeres de 15-49 años	Debería haber otras causas para permitir aborto	Mujeres que conocen alguna causa
	El embarazo pone en peligro vida o salud de la mujer	La mujer es violada	Existe malformación grave en el feto			
Grupos de edad						
15-19	68.2	73.0	69.2	9,100	8.4	7,312
20-34	77.7	80.2	81.3	21,874	8.9	18,902
35-49	76.8	78.6	79.8	18,844	8.6	16,065
Estado conyugal						
Soltera	76.2	80.1	77.9	15,718	10.1	13,526
Alguna vez unida	74.7	77.5	79.3	7,852	10.5	6,653
Actualmente unida	75.6	77.4	78.7	26,247	7.3	22,100
Total de hijos nacidos vivos						
Ninguno	76.3	79.8	77.7	15,461	9.9	13,327
1	78.2	81.0	82.0	10,462	9.1	9,075
2	77.8	79.9	81.6	10,751	8.6	9,304
3	75.8	77.7	79.0	6,893	7.1	5,829
4+	66.0	67.7	69.0	6,251	6.7	4,744
Solicitó aborto desde el 2006						
Si	87.7	85.7	86.6	67	17.2	59
No	75.7	78.1	79.0	39,142	8.5	33,185
Nunca embarazada	75.2	78.8	76.5	10,609	9.4	9,035
Total	75.7	78.3	78.5	49,818	8.7	42,279

Fuente: Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) Colombia 2010. Capítulo 10.

Cuadro 10.17.2. Causas por las cuales el aborto debería aprobarse

Distribución porcentual de mujeres que consideran que el aborto debería aprobarse para otras causas, según causa, por características seleccionadas, Colombia 2010

Característica	Mujeres muy niñas/ muy jóvenes	Embarazo no deseado	Falla del método	Situación económica difícil	Demasiados hijos, familias numerosas	Incesto	Mujer tiene enfermedad terminal	Otro	Total	Número de mujeres
Grupos de edad										
15-19	19.6	45.1	2.0	17.8	1.7	0.7	0.5	12.7	100.0	608
20-34	19.9	43.5	1.5	17.7	2.2	1.4	0.6	13.1	100.0	1,674
35-39	17.1	43.9	1.3	17.6	2.7	1.8	1.9	13.8	100.0	1,369
Estado conyugal										
Soltera	20.6	40.7	1.7	18.9	1.2	0.8	1.1	15.0	100.0	1,353
Alguna vez unida	16.0	49.4	2.1	17.8	1.0	1.5	0.4	11.9	100.0	691
Actualmente unida	18.5	44.3	1.1	16.5	3.8	2.0	1.3	12.5	100.0	1,606
Total de hijos nacidos vivos										
Ninguno	18.0	42.5	1.5	18.9	1.0	0.7	1.2	16.2	100.0	1,304
1	20.0	40.2	1.4	19.3	3.2	2.8	0.7	12.3	100.0	823
2	18.6	47.6	2.0	17.4	2.2	1.2	0.9	9.9	100.0	796
3	19.4	44.7	0.4	15.6	2.8	2.0	1.8	13.3	100.0	410
4+	18.4	49.0	1.5	11.5	5.1	0.7	1.0	12.8	100.0	317
Solicitó aborto desde el 2006										
Si	*	*	*	*	*	*	*	*	*	10
No	19.2	44.6	1.4	16.9	2.7	1.6	1.0	12.6	100.0	2,800
Nunca embarazada	17.5	41.8	2.0	20.0	1.0	0.9	1.3	15.6	100.0	841
Total	18.8	43.9	1.5	17.6	2.3	1.5	1.1	13.3	100.0	3,651

Nota: No se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).

Fuente: Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) Colombia 2010. Capítulo 10.