

# ANTICONCEPCION Y FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS EN MUJERES POST INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Luz Adriana Rodríguez.

Sandra Rincón

Carlos Montero.

Candidatos a Maestría en Salud Sexual y Reproductiva- Universidad el Bosque.

## **Resumen.**

**Introducción:** Para el 2012 en Colombia se calculó 400.400 abortos inducidos por año esto quiere decir que una de cada 26 colombianas ha tenido un aborto. Según la ENDS 2010 el 61% de las mujeres en edad reproductiva utilizan un método anticonceptivo y el 52% de las mujeres no deseaban su embarazo en ese momento, cuando se subsana la necesidad insatisfecha de anticoncepción se puede prevenir cada año 640.000 casos menos de muertes de recién nacidos; 150.000 casos menos de muertes maternas por abortos inseguros y otras causas relacionadas con el embarazo, y 600.000 niños menos que pierdan a sus madres

En Colombia desde el 2006 se inicia con la implementación de sentencia C355 donde se estipulan causales donde se legaliza el aborto bajo tres circunstancias específicas , permitiendo dar un paso más al ejercicio de sus derechos de salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres.

**Objetivo:** Definir las variables sociodemográficas y gineco-obstetricas con mayor asociación estadística para la prescripción de anticonceptivos modernos de mujeres en post interrupción voluntaria del embarazo en una IPS en Bogotá.

**Materiales y métodos:** estudio descriptivo de corte trasversal.

**Población:** mujeres que acceden al servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo en una IPS en Bogotá. Tamaño de la muestra: total de la población 7190 usuarias de la sede de Teusaquillo en un periodo de 12 meses, intervalo de confianza del 95% y un margen de error de 5%. Total de la muestra de 365 historias clínicas la mayoría en registro físico (81%) y el restante registro electrónico (19%).

**Resultados:** la edad promedio de las usuarias que acceden a un servicio de interrupción voluntaria del embarazo es 20 a 29 años ,43% de las mujeres tiene una vinculación laboral, el 82.4% tiene afiliación al sistema de salud, el 37,43% cuenta con educación media, el 26,23% con formación tecnológica y el 26,78% con formación universitaria, el 66.8% de las usuarias que acceden a una IVE no utiliza ningún método anticonceptivo y 53.97% de las usuarias se benefician con la anticoncepción de larga duración en la atención inmediata de la IVE reflejado principalmente por la utilización del DIU 380 (T CU) el 49.32%.

Palabras claves: anticoncepción, interrupción voluntaria del embarazo, factores sociales y demográficos, atención post-aborto (APA), embarazo no deseado, derechos sexuales y reproductivos

## **INTRODUCCIÓN**

La planificación familiar va más allá de una estrategia, es un medio que está ligado al desarrollo de las naciones (1), sin embargo la tarea de planificación familiar sigue inconclusa. A pesar de los grandes avances de las últimas décadas, las mujeres a nivel mundial quieren evitar el embarazo, pero ni ellas ni sus parejas están utilizando anticoncepción. Hay muchas razones por las que no se ha resuelto esa necesidad: los

servicios y los insumos todavía no se encuentran disponibles, o las opciones son limitadas (2).

Según estadísticas recientes, actualmente hay en los países en desarrollo 867 millones de mujeres en edad de procrear que necesitan anticonceptivos modernos; de ese total 645 millones tienen acceso a ellos, pero la abrumadora cantidad de 222 millones siguen teniendo necesidad insatisfecha en anticoncepción (3).

En 1994, durante la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo que se realizó en El Cairo (CIPD), la comunidad internacional acordó que la planificación de la familia debería estar a disposición de todas las personas que quieran utilizarla y que los gobiernos deberían crear condiciones propicias a la vigencia del derecho de las personas a planificar sus familias (2) .

En los países en vía desarrollo, se tiene una necesidad insatisfecha de métodos de planificación familiar modernos del 18%, en mujeres de 15-49 años; a nivel Latinoamérica y el Caribe, en promedio, la necesidad insatisfecha es de 19% en este mismo rango de edad (5,6).

Relacionado con lo anterior encontramos que cerca del 85% de los nacimientos, el 95% de las muertes de lactantes y el 99% de las muertes maternas ocurren en los países en vía de desarrollo; es decir de cada 100 mujeres que mueren en el mundo, solo una de ellas corresponden a países industrializados, esto como consecuencia en gran parte por complicaciones resultantes de gestaciones indeseadas (7).

Frente a planificación familiar en América Latina se encuentra que un porcentaje variable de mujeres comienza a utilizar métodos anticonceptivos antes de tener el primer hijo. Este porcentaje sólo es superior al 50% de las mujeres en los casos de

Colombia, Paraguay y la República Dominicana. En el otro extremo, sólo el 11% de las adolescentes de Guatemala declara haber usado métodos anticonceptivos antes de tener el primer hijo y el 21% después de tener uno o más hijos. Por otra parte, más de un tercio de las adolescentes de Ecuador, El Salvador, Nicaragua y Perú comienzan a usar métodos anticonceptivos después de tener el primer hijo (8).

En Colombia el uso actual de métodos de planificación familiar en mujeres en edad reproductiva según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2010 es del 61%. En mujeres casadas o unidas el porcentaje de uso de métodos de planificación familiar es del 79% y los más usados por ellas en orden descendente son: la esterilización femenina 35%, inyección 9%, DIU y el condón 7%. El porcentaje de uso en mujeres no casadas no unidas pero con vida sexual activa es del 82% y los métodos de planificación familiar más usados por ellas en orden descendente son: el condón 22%, la inyección 16%, la esterilización femenina 14% y las píldoras anticonceptivas 13%, esta misma encuesta refiere que el 54% de las usuarias que utilizan métodos de planificación familiar aseguró haber sido informadas de los posibles efectos colaterales y el 57% recibió información sobre otros métodos de planificación familiar alternos que garantice la libre elección (5).

Es importante conocer que el 70% de las causas argumentadas por las usuarias según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2010 para abandonar un método de planificación familiar son: efectos secundarios 15%, querían un método más efectivo 15%, sexo poco frecuente 13%, quieren quedar embarazadas 13% y quedaron

embarazadas 13%, algunas de estas causas prevenibles con una adecuada asesoría en planificación familiar (9).

En Colombia el conocimiento de métodos de anticoncepción en mujeres es universal, no difiere por nivel de educación, estrato socioeconómico, índice de riqueza ni la zona de localización rural o urbana. Esta condición no garantiza que el conocimiento sea de buena calidad y por ende exista una adecuada utilización y la continuidad de su uso (5).

En Colombia más de la mitad de las mujeres embarazadas, el 52% reportan no haber deseado el embarazo en ese momento y el 66% de las mujeres tenían otro proyecto de vida cuando quedaron en embarazo (5).

Definitivamente la anticoncepción disminuye las tasas de embarazo no deseado, y a su vez, la necesidad de recurrir al aborto inseguro, que representa el 13% de la mortalidad materna mundial (8).

Se calcula que 46 millones de mujeres en todo el mundo presentan abortos cada año, de estas mujeres el 13% terminan en muertes maternas causadas por abortos inseguros, el 78% viven en países en vía de desarrollo y 22% en países desarrollados. La organización mundial para la salud estima que en América Latina existe la tasa más alta de aborto inseguro en el mundo: que corresponde a 40 de cada mil mujeres en edad reproductiva (7), en su mayoría producto de embarazos no deseados (5).

Alrededor del 20 % al 30 % de los abortos inseguros provocan infecciones del aparato reproductor y entre el 20 % y el 40 % de estas acaban en una infección del tracto genital superior (11). Una de cada cuatro mujeres sometidas a un aborto inseguro

probablemente desarrolle una incapacidad temporal o permanente que requiera atención médica (7).

En Colombia para el 2012, se calculó que son 400.400 abortos inducidos por año y representan una tasa de 39 abortos por cada 1000 mujeres en edades entre 15 a 49 años; esto quiere decir que una de cada 26 colombianas ha tenido un aborto (11).

Es importante referenciar que el sistema de salud con sus escasos recursos en un año brinda atención postaborto a 93.000 mujeres cuyas complicaciones son evitables, en conclusión el total de embarazos planeados o no planeados que ocurren en el año terminan el 29% en nacimientos no planeados, 29% abortos inducidos y el 27 % nacimientos planeados (7).

La planificación familiar a nivel mundial y regional es una de las acciones que busca afianzar la promoción de la salud, ya que a través de ella se lograría menores niveles de fertilidad, estabilización del crecimiento poblacional que contribuiría con la reducción de la pobreza, mejorando las condiciones de salud, educación y equidad de género, que a su vez aportarían a la consecución de los objetivos del milenio (12).

Al subsanar la necesidades insatisfechas de métodos de planificación familiar y garantizar el acceso a los mismos se evitarían embarazos no deseados lo cual conllevaría a importantes beneficios en la salud materna: cada año, habría 640.000 casos menos de muertes de recién nacidos; 150.000 casos menos de muertes maternas por abortos inseguros y otras causas relacionadas con el embarazo, y 600.000 niños menos que pierdan a sus madres (13).

El retorno a la fertilidad sucede en corto tiempo, en el primer trimestre ocurre dos semanas después del evento y en el segundo trimestre a las cuatro semanas, por ello la anticoncepción debe iniciar de forma inmediata, esto con el fin de prevenir los embarazos no deseados y la recurrencia de abortos, más cuando el total de abortos inducidos en Colombia es de 400.400 (11).

Por ello los servicios de anticoncepción posaborto deben estar disponibles en el mismo momento en que se atiende el evento, buscando que las usuarias inicien, se adhieran y continúen el uso del método anticonceptivo logrando prevenir un embarazo subsiguiente no deseado y sus consecuencias, en la complejidad de lo que representa (14).

Se hace evidente que un factor importante en la selección de un método anticonceptivo es el costo del mismo y la oferta de métodos anticonceptivos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Colombiano (15); así mismo dadas las cifras relacionadas en el presente trabajo sobre anticoncepción se considera que actualmente no hay una oferta oportuna suficiente y consecuente para cada mujer en pos interrupción voluntaria del embarazo que tenga en cuenta los factores sociodemográficos y salud sexual y reproductiva, que permitan disminuir la recurrencia del evento y sus consecuencias.

**Metodología:**

**Tipo de estudio:** Descriptivo de corte transversal.

**Recolección de la muestra:**

Se realizó el cálculo de tamaño de la muestra para una población de 7190 usuarias de la sede de Teusaquillo en un periodo de 12 meses, con un intervalo de confianza del

95% y un margen de error de 5% arrojando el total de la muestra de 365 historias clínicas la mayoría en registro físico (81%) y el restante registro electrónico (19%).

El tipo de muestreo fue no probabilístico consecutivo o secuencial, se tomaron en cuenta historias clínicas de mujeres en estado pos interrupción voluntaria del embarazo, que cumplieran con los criterios de selección, durante el año 2014.

La revisión de la historia clínica se realizó consultando la base de datos y posterior inclusión de la información en una hoja Excel.

Se realizó una prueba piloto corresponde al 10% de la muestra para un total de 36 Historias clínicas, con esta medición se realizan los ajustes correspondientes a las variables inicialmente planteadas.

### **Consideraciones éticas:**

Basados en la resolución 8430 de 1993, según el artículo 11, esta investigación se clasifica como sin riesgo ya que se realiza revisión documental retrospectiva de las historias clínicas de las usuarias de atención post aborto de una IPS de Bogotá. Por ende no se necesita consentimiento informado de las usuarias. Es necesario aclarar que la historia clínica continúa con el principio de reserva y confidencialidad de la información.

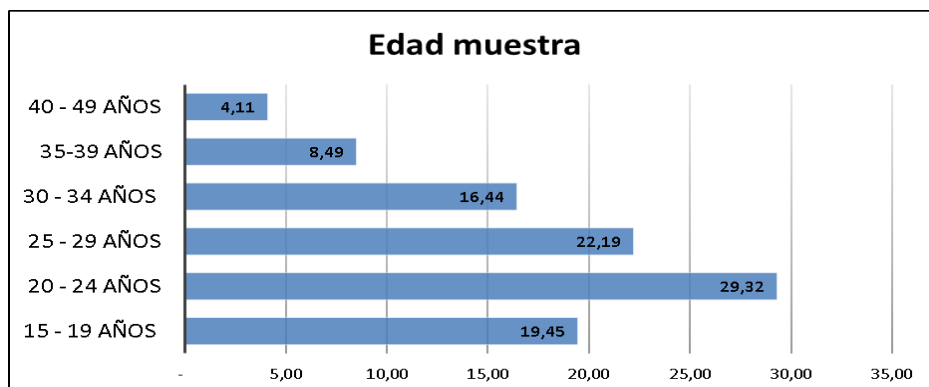
### **RESULTADOS**

En relación con los resultados obtenidos de las historias clínicas revisadas, entre los datos sociodemográficos se encontró que la edad que predomina entre las usuarias de



la muestra está entre 20 a 29 años con un 51.1% del total, seguido por un 19.9% entre las edades de 15 a 19 años. De acuerdo con la literatura existente en el mundo se encuentra similitud en un estudio realizado por el instituto Guttmacher en el año 2013 donde se recopilaron datos estadísticos de más de 40 países con relación a la edad de las usuarias, para 18 de estos países, la mayor proporción de abortos ocurrió en mujeres en edades de 20–24 (21–34%) para otros 13, la mayor proporción de los abortos tuvieron lugar en las mujeres de 25–29 años (22–34%); y para seis países, las proporciones más grandes se observaron en mujeres en edades de 30–34 (22–26%) (38), para estos mismos rangos de edad en Colombia se encontró que el promedio de edad fue de 24.7 años (39) y en la ENDS 2010 se encuentra que la maternidad a temprana edad aunque forma parte del patrón cultural de algunos grupos sociales de Colombia, ocasiona grandes riesgos para la mujer y para su hijo/a. En la mayoría de los casos son embarazos no deseados que pueden terminar con el abandono de la madre y del hijo/a, o en abortos mal practicados. Según esta encuesta el 19% de las adolescentes ya es madre o está embarazada de su primer hijo. Es decir, 1 de cada 5 adolescentes, a los 17 años, ha estado embarazada alguna vez y 1 de cada 3 a los 19 años (5).

**Gráfica 1:** Grupos de edad de usuarias en post interrupción voluntaria del embarazo.



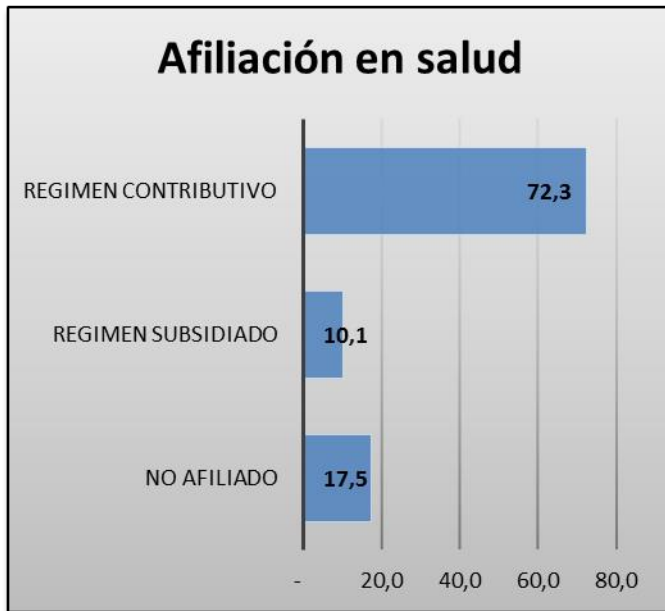
Frente a la ocupación laboral de las usuarias post interrupción voluntaria del embarazo se encontró que el 43% son mujeres con vinculación laboral y el 29,9% se encuentran estudiando, en un estudio realizado en España menciona que el aumento en la tasa de abortos voluntarios, puede estar relacionada con la presencia cada vez mayor de la población femenina en el mercado de trabajo y el incremento notable de mujeres jóvenes (20-29 años) en la población en edad de trabajar (40).

**Gráfica 2:** Ocupación de usuarias en post interrupción voluntaria del embarazo.



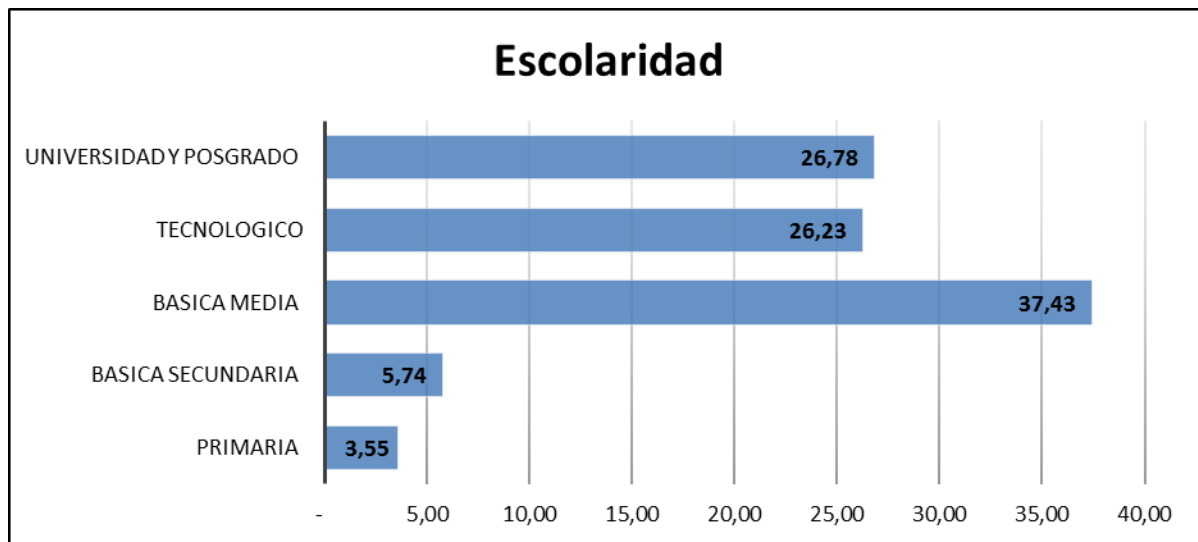
El 82.4% de la población presenta afiliación en salud, esta información es similar a la del estudio. El 85 % de la población tuvo acceso al Régimen de Seguridad Social en Salud (39). En Colombia según la EDNS 2010 Entre el año 2005 y el 2010, la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia se incrementó en 19 puntos porcentuales al pasar de 69 al 88 por ciento, cubriendo a gran parte del país y de la población (5).

**Grafica 3.** Afiliación al sistema general de salud de usuarias en post interrupción voluntaria del embarazo.



El 37,43% de las historias revisadas tienen una educación media y un 53,01% tiene una formación adicional distribuida en 26,23% con una formación tecnológica y un 26,78 con formación universitaria, en un estudio realizado en México en el año 2010 nos muestra que El 27% de las usuarias declararon una escolaridad de por lo menos 13 años, mientras que el porcentaje de no usuarias que declararon este nivel escolar es poco mayor a 5%. En Colombia encontramos que entre las mujeres en edad fértil solamente hay un 2% sin educación, 10 % con primaria incompleta. 12% ha terminado la primaria, 26% tiene secundaria incompleta, 25% ha terminado la secundaria y el 24% de las mujeres tiene educación superior (5); esta comparación implica que las usuarias que asisten a la institución de salud donde se realiza este estudio para el acceso a los servicios de IVE presentan un mayor nivel de escolaridad (41).

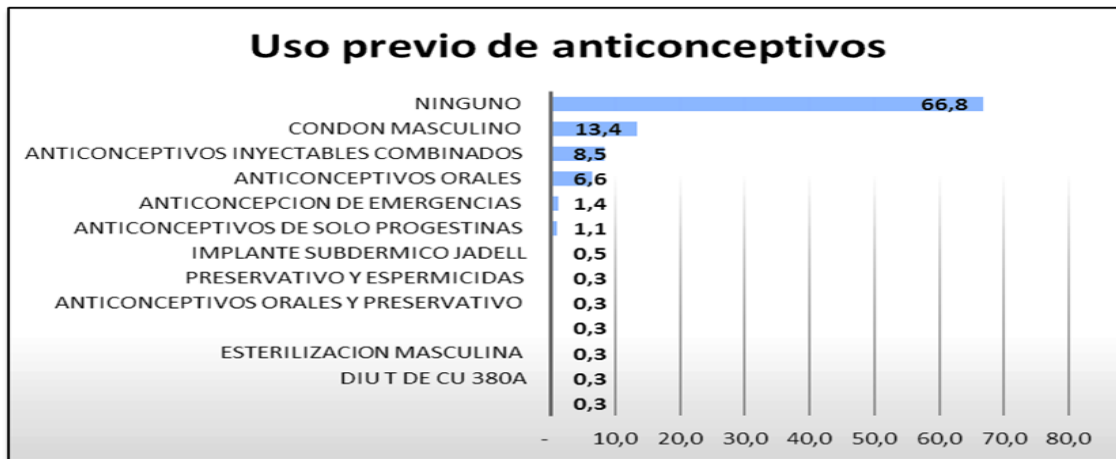
Gráfica 4. Escolaridad de las usuarias en post interrupción voluntaria del embarazo



Teniendo en cuenta el panorama general de la población usuaria que accede a la IVE el 66.8% no utiliza ningún método anticonceptivo, 13.4% utiliza el condón masculino, anticonceptivos inyectables combinados 8.5% y anticonceptivos orales 6.6%.

Según la Organización Mundial de la Salud a escala mundial el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado del 54% en 1990 a un 57.4% en 2014, en Asia aumentó ligeramente de un 60.9% a un 61% y en América Latina y el Caribe pasó del 66.7% al 67%. Según la ENDS 2010 para Colombia el uso actual de métodos anticonceptivos aumento del 56 al 61% el método anticonceptivo más usado es la esterilización femenina 24%, seguido de la inyección y el condón con el 8 y el 13% respectivamente (27).

Gráfica 5. Uso de anticonceptivos previos.



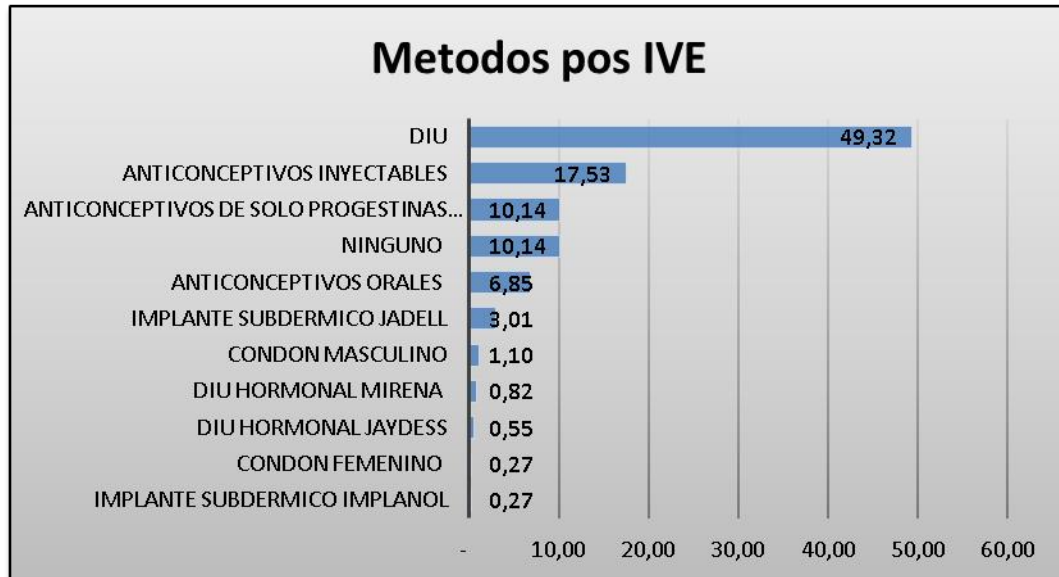
La anticoncepción elegida en el post-IVE es: el 49.32% DIU 380 (T CU), 17.53% anticonceptivos inyectables, 10.14% inyectables de solo progestinas, 6.85% anticonceptivos orales e implante subdérmico (jadelle) 3.01%, concluimos que el 53.97% de las usuarias se benefician con anticoncepción de larga duración.

En razón a su eje fundamental en la atención post aborto (APA), se enfatiza en ofrecer el servicio de anticoncepción en el mismo momento y lugar que se presenta la atención, la idea es que toda mujer debe salir de la institución con un método anticonceptivo ya iniciado y ojalá de larga duración, esto ayudaría a evitar la repetición de embarazos no deseados y de abortos practicados en condición de riesgo (17).

En mujeres que inician un método anticonceptivo inmediatamente después de la APA, tienen una posibilidad del 30-60% menor de presentar un aborto repetido en comparación con las mujeres que posponen el inicio del mismo.

La tasa de continuación al año, cuando la mujer ha iniciado un método de larga duración después de un aborto son 50% mayores que cuando se inicia métodos de corta duración.

**Gráfica 7.** Métodos anticonceptivos de elección en mujeres en post interrupción voluntaria del embarazo



## CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados producto de la revisión de las historias clínicas con antecedente de IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo), la edad predominante de las usuarias está entre 20-24 años (29.32%) seguidas por aquellas entre 25-29 años (22.19%); la mayoría se desempeñan como empleadas (43.3%) y el 29.9% son estudiantes; el 72.3% se encuentra afiliadas al régimen contributivo de salud y su estado civil predominante es solteras con un (77.5%); su nivel de escolaridad corresponde en el 37.43% a nivel básico medio, 26.78% universitarias y post grados y 26.23% a nivel tecnológico; en un 50.1% pertenecen a familias nucleadas y 33.2% a familia monoparental.

De igual forma El 82.4% de las mujeres en post interrupción voluntaria del embarazo se encuentra afiliada al sistema de salud bajo el régimen contributivo en un mayor

porcentaje obteniendo un 73.3%, se evidencia también que hay un 17,5% de la población que no está afiliada a ningún sistema de salud.

La IPS donde se realiza el estudio, brinda servicios de atención integral en salud sexual y reproductiva reflejados en la atención integral de la IVE incluyendo la asesoría en la anticoncepción ya que el 89.6% de las usuarias salen utilizando uno de estos métodos.

Al 89.61% de las mujeres en post interrupción voluntaria del embarazo se les realizó prescripción de un anticonceptivo distribuido de la siguiente forma: 49.32% de las mujeres se les realizó prescripción de DIU 380 (T CU), al 17.53% anticonceptivos inyectables, al 10.14% inyectables de solo progestinas, al 6.85% anticonceptivos orales e implante subdérmico (jadelle) el 3.01%.

## **RECOMENDACIONES**

1.La necesidad de garantizar la prestación de los servicios de salud sexual y productiva de buena calidad permitiendo vencer las barreras de acceso a estos servicios generando un principal impacto en el imaginario y el entorno de la usuaria.

2.Lograr la articulación intersectorial e interinstitucional que permita asumir la implementación, ejecución, permanencia y mejoramiento de los servicios de salud sexual y reproductiva, bajo fundamentos vigentes en la ley Colombiana.

3.Realizar estudios en los cuales se pueda determinar de forma más clara y a si mismo poder intervenir en los imaginarios por los cuales las usuarias crean barreras de acceso a los anticonceptivos.

4. Es importante en la intervención dirigida a usuarias post interrupción voluntaria del embarazo que las instituciones prestadoras de salud cuenten con políticas de calidad y modelos de atención en salud adecuados para el abordaje integral en consejería para aplicación de métodos anticonceptivos, que disminuyan la probabilidad de embarazos no deseados, que acarreen costos sociales y al sistema general en salud, dado lo anterior se recomienda generar investigaciones enfocadas a la aplicabilidad de las políticas de calidad y modelo de atención post interrupción voluntaria del embarazo.

### REFERENCIAS

- (1) Family Care International. Resumen ejecutivo de la Serie sobre Salud Sexual y Reproductiva de Lancet. Disponible en [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/srh\\_lancetseries\\_es.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/srh_lancetseries_es.pdf).
- (2) Organización Mundial de la Salud OMS. Planificación Familiar Un Manual Mundial para Proveedores; 2011. Disponible en <http://search.proquest.com/docview/868138127>.
- (3) Greene M, Joshi S, Robles O. Sí a la opción, No al azar. Planificación de la familia, derechos humanos y desarrollo. Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA; 2012:1-128. Disponible en <http://www.unfpa.org/rh/planning.htm#contraceptive>.
- (4) Singh S, Darroch J. Haciendo Cuentas: Costos y beneficios de los servicios anticonceptivos—Estimaciones para 2012. Guttmacher Institute y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); 2012:1-32.



(5) Profamilia. Informe de prensa. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2010. 2010:79.

(6) RamaRao S, Townsend J, Diop N, Raifman S. Atención postaborto: ampliación a escala.

(7) Gómez Sánchez PI. Anticoncepción: pasado, presente y futuro. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010.

(8) UNFPA. Family planning | UNFPA - United Nations Population Fund. Available at: <http://www.unfpa.org/family-planning#contraceptive>. Accessed February 11, 2016.

(9) Profamilia - Encuesta nacional de Demografía y Salud. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en Colombia. ENDS .

(10) Hincapié-García J, Amariles P, Estupiñán-Cabrera H, Gaviria J, Quintero-Agudelo M. Causas de abandono, cambio o fallo terapéutico de la anticoncepción hormonal en mujeres universitarias. *cesm CES Medicina* 2013;27(2):153-162.

(11) Mejía Gómez M, Montoya Chica P, Blanco Rojas A. Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud: propuesta para su identificación y superación: documento regional - 2010; 2010.

(12) World Health Organization. WHO | Reproductive health. 2011; Available at: [http://www.who.int/topics/reproductive\\_health/en/](http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/). Accessed February 11, 2016.

(13) Escobar LJ y Álvaro. Complicaciones médicas del aborto: Congreso Internacional Multidisciplinar "Mujer y Realidad del Aborto" 2008. Disponible en [www.data.theeuropeanlibrary.org](http://www.data.theeuropeanlibrary.org).

(14) Abdel-Tawab N, Saher S. Challenges and opportunities in providing post abortion family planning services. New Evidence and Strategies for Scaling up Post abortion care 2010. Disponible en [www.unfpa.org](http://www.unfpa.org).

(15) Gómez-Sánchez I, Pardo Y. Percepción del uso de Anticonceptivos en Bogotá (Colombia) 2009. Estudio Cualitativo. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2010;61(1):34-41.

(16) Quintero Benavides A. Algunas ideas en torno al embarazo adolescente: un ejercicio biopolítico (Tesis). Bogotá: Los Andes Univ.; 2008.

(17) Knerr W. The Write Effect Limited. Cuenta atrás 2015 Europa. Campaña por el acceso universal a la salud reproductiva. Las necesidades no cubiertas de planificación familiar: Manual de herramientas de incidencia política para la promoción de la planificación familiar Argumentario para satisfacer las necesidades no cubiertas 2015. Disponible en [www.countdown2015europe.org](http://www.countdown2015europe.org)

(18) Prada E, Remez L, Susheela S, Villarreal C. Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia causas y consecuencias. 2011. Disponible en <http://worldcat.org>.

(19) Boada Chaparro CL, Cotes Benítez M, Espriella de León A. Política nacional de salud sexual y reproductiva: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); 2003.

(20) Profamilia. Derechos Sexuales y Reproductivos. Disponible en [www.profamiliaeduca.com](http://www.profamiliaeduca.com)..

(21) Resolución 0769 de 2008. Ministerio de Protección Social. Imprenta nacional de Colombia - Diario Oficial - Diario Oficial, 2008..

(22) Resolución 412 de 2000. Ministerio de Salud de Colombia. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública, 2000.

(23) Acuerdo 380 de 2007. Ministerio de Protección Social. Por medio del cual se incluyen medicamentos anticonceptivos hormonales y el condón masculino en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, 2007.

(24) Acuerdo 191 de 2005. Secretaria de Salud de Bogotá, Concejo de Bogotá Distrito Capital, 2005.

(25) Sentencia C-355/06. Corte Constitucional de Colombia. Corte Constitucional - República de Colombia, 2006.

(26) Resolución 4905 de 2006. Ministerio de Protección Social, 2006.

(27) Organización Mundial de la Salud OMS. Informe sobre la salud en el Mundo 2003. World Health Organization; 2003.

(28) Cynthia L. Williams y, George M. Stamcel. ESTROGENOS Y PROGESTAGENOS.

(29) Sánchez QV. Factores socio reproductivos y su relación con el aborto provocado Instituto Especializado Materno Perinatal - 2004. (Tesis). Peru: Univ Nacional Mayor de San Marcos; 2005.

(30) Langer A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. Revista Panamericana de Salud Pública 2002 March;11(3):192-205.

- (31) Parrado R. Atención Post Aborto (APA) y sus complicaciones. Documento Técnico para prestadores de servicios de salud. Bogotá D.C.; 2014.
- (32) Aibar VL. Complicaciones y tratamiento del aborto precoz. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada 2009.
- (33) Resolución 1995 de 1999. Ministerio de Salud. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica, 1999.
- (34) Ku E. Causas de necesidad insatisfecha en planificación familiar en mujeres con embarazo no deseado del Instituto Nacional Materno Perinatal. Revista Peruana de Epidemiología 2010;14.
- (35) Arteaga CM. Asociación entre conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en estudiantes de enfermería y medicina de la Universidad El Bosque. (Tesis). Bogotá: Universidad El Bosque, Enfermería; 2006.
- (36) Castro PM, Peniche MA, Peña WJ. Conocimientos, mitos y prácticas sobre el uso de métodos anticonceptivo asociados al incremento de embarazos no planificados en estudiantes adolescentes en dos instituciones educativas en la ciudad de Cartagena. (Tesis). Cartagena: Corporación Universitaria Rafael Nuñez; 2012.
- (37) Gutiérrez GR, Villanueva SOS, Ponce de León AL. Acceptance of contraceptives in the postpartum period in unplanned pregnancies. Ginecología y obstetricia de México 2009;77(11):499.
- (38) Singh S, Wulf D, Hussain R, Bankole A, Sedgh G. Aborto a nivel mundial: Una década de progreso desigual. : Leiden, Koninklijke Brill NV; 2014.

(39) Quintero-Roa EM, Ortiz-Serrano R, Ochoa-Vera ME, Consuegra-Rodriguez MP, Oliveros CA. Características socio demográficas de las mujeres con abortos inducidos en un Hospital Público de Bucaramanga. Revista de Salud Publica 2010 August 1;12(4):570.

(40) Méndez SL, CABRERA GJ. Factores que influyen en la aceptación o rechazo de métodos anticonceptivos en las mujeres en edad reproductiva de la Comunidad de nuevo horizonte Santa Ana, Peten. (Tesis). Guatemala: Univ de San Carlos Facultad de Ciencias Médicas; 2008.

(41) Cabrera HMC. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos de las pacientes en puerperio de los servicios de maternidad del hospital central universitario "Antonio Maria Pineda" abril - diciembre 2000. Barquisimeto. (Tesis). México: Univ Centroccidental Lisandro Alvarado; 2001.

(42) Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF. Caracterización de las familias en Colombia. - Subdirección de Familia; 2012.

(43) Colciencias, Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Disponible en [http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/C0031102015-salud\\_mental\\_tomol.pdf](http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/C0031102015-salud_mental_tomol.pdf).

(44) Szulik D, Gogna M, Petracci M, Ramos S, Romero M. Anticoncepción y aborto en Argentina: perspectivas de obstetras y ginecólogos. Salud Pública de México 2008 Febrero: 50(1):32-9..