



Instituto Nacional de
Salud Pública

Factores asociados a la demanda del servicio de interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México, 2010

ARTÍCULO

que para obtener el grado

**MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD
CON ÁREA DE CONCENTRACIÓN EN
SISTEMAS DE SALUD**

P R E S E N T A

Alejandro Figueroa Lara

Factores asociados a la demanda del servicio de interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México, 2010

Resumen

Introducción: Se estimó que 132 mil mujeres utilizarían la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) anualmente, sin embargo, sólo 13 mil procedimientos son realizados cada año. Ciertos factores de las mujeres impiden la demanda del servicio, no obstante, en la Ciudad de México se desconoce cuáles son.

Objetivo: Identificar los factores asociados a la demanda del servicio de ILE en la Ciudad de México.

Metodología: Se utilizó un diseño de casos-controles. Usuarias que utilizaron la ILE fueron definidas como casos, usuarias del servicio de control prenatal con edad gestacional mayor a 12 semanas constituyeron los controles. Se ajustaron regresiones logísticas para estimar razones de momios.

Resultados: La percepción del riesgo de una ILE (RM=14.6;IC:2.8-76.2), identificación del personal de salud que la realiza (RM=6.6;IC:1.1-44) y experiencia previa de una interrupción (RM=5;IC:1.3-24.7) se identificaron como factores asociados a la demanda.

Conclusiones: Información errónea está llegando a mujeres de todos los niveles educativos, provocando que la ILE sea percibida peligrosa. Se sugiere difundir información verídica a las potenciales usuarias.

Número de palabras: 160

Palabras clave: aborto inducido (induced abortion), estudio de casos-controles (case-control studies), utilización (utilization), estadística & datos numéricos (statistics & numerical data)

Introducción

A nivel mundial, se realizan 46 millones de abortos anualmente, de estos, 16 millones se hacen en condiciones inseguras, es decir, son realizados por personas que carecen del entrenamiento necesario y/o en un ambiente que carece de un estándar médico mínimo.¹ El aborto es responsable del 13% de la mortalidad materna en todo el mundo,² lo que en términos absolutos se traduce en 67,900 muertes de mujeres al año.³ En la región de América Latina y el Caribe, se estima que cada año tienen lugar 4 millones de abortos, casi todos de manera insegura,⁴ por lo que el aborto causa el 17% de las muertes maternas de la región.⁵

En México, se estimó que a principios de la década de los noventa se realizaban anualmente 500 mil abortos inseguros.⁶ Entre 1995 y 1997, el 8% de las muertes maternas estaban asociadas con el aborto.⁷ Es posible que las anteriores cifras no estén reflejando la relación real entre la mortalidad materna y la práctica de abortos, pues de acuerdo con las autoridades sanitarias existe un importante subregistro que impide visualizar la verdadera magnitud de esta problemática.⁸

En abril del 2007, el Gobierno de la Ciudad de México reformó su código penal para despenalizar totalmente el aborto hasta las 12 semanas de gestación,⁹ es decir, la mujer puede recibir esta atención por el sólo hecho de solicitarla. Este servicio se conoce como Interrupción Legal del Embarazo (ILE). La Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal (SSGDF), es la única institución pública que presta el servicio de ILE en la Ciudad de México. Cabe señalar, que dicha institución también atiende solicitudes de mujeres que tienen derecho a la atención médica en otras instituciones de salud ya sean públicas o privadas.⁹ La ley obliga a las unidades médicas pertenecientes a la SSGDF que no prestan el servicio de ILE a referir a la mujer a una de las unidades que sí lo hacen. Para garantizar la atención oportuna de las solicitudes, la ley también contempla los tiempos de prestación del servicio; si una mujer solicita el servicio de ILE y tiene 12 semanas de gestación, el procedimiento se le debe proveer en un máximo de 48 horas a partir de la solicitud del procedimiento y si está por debajo de las 12

semanas, la prestación del servicio se puede extender hasta por diez días a partir de la solicitud. Por otro lado, la ley prevé que únicamente los cirujanos capacitados en el procedimiento del ILE y los ginecobstetras están autorizados a realizar dicho procedimiento.⁸

Aracena-Genao y colaboradores estimaron que el número de mujeres que utilizarían anualmente el servicio de ILE en la SSGDF estaría entre 24 mil y 132 mil;¹⁰ sin embargo, el registro de mujeres que han utilizado este servicio, desde su despenalización hasta el 16 de Abril de 2010, da cuenta de poco más de 39 mil mujeres, lo que equivale a cerca de 13 mil interrupciones legales realizadas al año,¹¹ por lo que la diferencia entre el número de procedimientos estimado y registrados está entre 11 y 119 mil.

La literatura muestra que las barreras de acceso al servicio de interrupción del embarazo en contextos de despenalización total no solamente provienen de cuestiones relacionadas a la organización de los servicios de salud;¹² se reconoce también que algunos factores propios de las mujeres, tales como: escolaridad, nivel de ingreso, creencias y opiniones sobre la interrupción del embarazo, nivel de información de los requisitos para solicitar el servicio y la filiación religiosa, condicionan la búsqueda del servicio de interrupción del embarazo.^{13 14 15 16 17 18}

Para el servicio de ILE provisto en la Ciudad de México no se tiene conocimiento de cuáles factores de las mujeres están condicionando la búsqueda de éste servicio, por lo que el presente estudio tuvo como propósito identificar los factores propios de las mujeres asociados a la búsqueda del servicio de ILE en la Ciudad de México en 2010. Se espera que los factores relacionados a la educación, capacidad de pago, mejor información y opinión favorable a la interrupción de embarazo sean los que condicionen la búsqueda de este servicio.

Metodología

Diseño del estudio

Se realizó un estudio de casos y controles, pareando un control por cada caso por edad y entidad federativa de residencia. Los casos se definieron como las mujeres residentes en el Distrito Federal o el Estado de México que utilizaron el servicio de ILE en alguna de las unidades médicas pertenecientes a la SSGDF. Se reclutó una muestra definida de controles compuesta por mujeres residentes en el Distrito Federal o el Estado de México que utilizaron el servicio de control prenatal en alguna de las unidades médicas pertenecientes a la SSGDF, con edad gestacional igual o mayor a 13 semanas, que manifestaron tener un embarazo no deseado (pero no recurrieron al servicio de ILE).

Instrumento

Todas las mujeres contestaron de manera anónima un cuestionario estructurado, piloteado previamente. Los datos fueron recogidos entre los meses de Abril y Mayo de 2010 en 13 hospitales y un centro de salud pertenecientes a la SSGDF. El cuestionario solicitaba información sobre el número de interrupciones de embarazo previas, conocimiento de la ley sobre interrupción del embarazo en la Ciudad de México, conocimiento de otra mujer que haya utilizado el servicio de ILE, opinión acerca de los derechos reproductivos de la mujer y percepción del riesgo de una interrupción de embarazo legal y clandestino. Además, se solicitó información sobre: edad, escolaridad, edad de inicio de vida sexual, número de parejas sexuales en el último año, ingresos, estado civil, convivencia con la pareja, religión, ocupación, número de hijos y derecho al servicio médico. Las preguntas utilizadas en el cuestionario se muestran en el cuadro I.

Todas las mujeres fueron informadas que su participación en el estudio era voluntaria y que no habría consecuencias en la atención que recibirían por parte de las unidades médicas si ellas decidían no participar. Se les enfatizó que toda la información sería tratada de manera confidencial. Se obtuvo consentimiento

informado firmado de todas las participantes. El estudio contó con la aprobación de las comisiones de investigación y ética del Instituto Nacional de Salud Pública (números de registro: 539 y 710, respectivamente) y de la Subcomisión de Investigación y Bioética de la SSGDF (número de registro: 101/110/002/09).

Marco conceptual

El modelo conductual de Andersen establece que el acceso a los servicios de salud se divide en dos etapas: demanda y utilización de los servicios de salud. Por demanda se entiende el proceso de búsqueda de los servicios de salud. Mientras que la utilización es el uso efectivo. La demanda es resultados de la interacción de tres tipos de variables: predisponentes, capacitantes y de necesidad. Las variables predisponentes son aquellas condiciones de los usuarios que los hacen propensos a la búsqueda del servicio, están conformados por factores sociodemográficos asociados a las actitudes y creencias en torno a la salud y la enfermedad, tales como: edad, número de hijos, escolaridad, ocupación y valores sociales. Las variables capacitantes son los medios disponibles de las personas que facilitan la demanda del servicio, algunos de ellos son: el nivel de ingreso de la persona y su condición de aseguramiento. Las variables de necesidad son todas aquellas condiciones de salud que las personas consideran que necesitan atención médica.¹⁹ El modelo de Andersen para explicar el acceso a los servicios de salud se utilizó como marco conceptual del presente estudio para investigar la parte de la demanda del servicio de ILE en la Ciudad de México; para hacer comparables a los casos y los controles, se asume que las mujeres con embarazo no deseado también perciben la necesidad de interrumpir su embarazo; la clasificación de los factores según el tipo de variable, bajo el modelo de Andersen, se presenta en el cuadro I.

Cuadro I. Operacionalización de los factores, bajo el modelo conductual de Andersen

Pregunta	Factor	Tipo de variable
¿Cuántos años cumplidos tiene?	Edad	Predisponente
¿Cuántos años de estudio ha realizado?	Escolaridad	Capacitante
¿Cuál es su estado civil actual?	Estado civil	Predisponente
¿Su pareja actual vive con usted todo el tiempo?	Convivencia con la pareja	
¿Cuál es su religión?	Religión	
¿Con qué frecuencia asiste usted a los servicios religiosos?		
¿Se considera usted una persona religiosa?		
En total al mes ¿cuánto es el ingreso familiar en promedio?	Ingreso mensual	Capacitante
En total al mes ¿cuánto aporta usted al ingreso familiar?		
¿A qué se dedicó usted principalmente durante la semana pasada?	Ocupación	Predisponente
¿Cuántos hijos tiene?	Número de hijos	
¿Tiene derecho al servicio médico?	Condición de aseguramiento	Capacitante
¿A que edad tuvo su primera relación sexual?	Historia sexual y reproductiva	Predisponente
¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en el último año?		
¿Cuántos abortos previos ha experimentado?		
¿Hasta qué semana de gestación es legal la interrupción del embarazo por decisión de la mujer en el D.F.?	Información sobre la ILE	Capacitante
¿Por qué razones es legal el aborto en el D.F.; después de la semana 12 del embarazo?		
Si una mujer quiere solicitar la ILE, en el DF ¿a cuáles instituciones de salud puede acudir?		
¿Quiénes están autorizados por la ley para llevar a cabo la ILE?		
¿Conoce a otra mujer que haya utilizado el servicio de ILE?		
En su opinión, ¿la mujer tiene derecho a decidir cuántos hijos tener y en qué momento?		
En su opinión, ¿cómo piensa que debe ser la actitud de una comunidad hacia las mujeres que han solicitado una ILE?		
En su opinión, ¿Quién debe decidir si la mujer se realiza una ILE?		
¿Cuál es el nivel de riesgo que usted percibe por someterse a una ILE?	Percepción del riesgo por someterse a una interrupción de embarazo	
¿Cuál es el nivel de riesgo que usted percibe por someterse a un aborto clandestino?		

Análisis de la información

Los factores se identificaron mediante la estimación de razones de momios (RM), calculados a través de una regresión logística condicional. La asociación es presentada como RM con un intervalo de confianza del 95%. La bondad de ajuste del modelo fue evaluada mediante el procedimiento de Hosmer y Lemeshow.²⁰ Dos pares de participantes fueron excluidos del modelo final por su alta influencia en los resultados, ocasionando un mal ajuste. Los datos fueron analizados en el programa estadístico Stata 10.1 para Windows.

Resultados

Un total de 148 mujeres fueron incluidas en el estudio, distribuyendo en 74 casos y 74 controles. Los factores capacitantes: escolaridad e ingreso personal muestran ser estadísticamente diferentes ($P < 0.05$) entre los grupos anteriormente mencionados. Lo mismo ocurre con los factores predisponentes: estado civil y ocupación. El 27% de los casos declara una escolaridad de por lo menos 13 años, mientras que el porcentaje de controles que declara este nivel escolar es poco mayor al 5%. El grueso de las mujeres de ambos grupos (62.2% y 79.7%) reportan no tener ingresos personales, sin embargo, cerca del 11% de los casos declara un ingreso mínimo de 2 mil pesos, mientras que la proporción de los controles que reportan este mismo nivel de ingreso es poco mayor al 1%. Cerca del 42% de los casos son mujeres solteras con pareja, entretanto, poco más del 55% de los controles son mujeres que viven en unión libre. Respecto a la ocupación, la mayoría de los casos son trabajadoras o estudiantes (33.8% y 32.4%, respectivamente), mientras que poco menos del 76% de los controles son amas de casa (Cuadro II).

Cuadro II. Factores sociodemográficos de las mujeres encuestadas

	Casos n = 74 (%)	Controles n= 74 (%)	Valor P
Edad			>0.05
15-19 años	23 (31.1)	23 (31.1)	
20-24 años	16 (21.6)	16 (21.6)	
25-29 años	18 (24.3)	18 (24.3)	
30-34 años	12 (16.2)	12 (16.2)	
35-39 años	4 (5.4)	4 (5.4)	
40-45 años	1 (1.4)	1 (1.4)	
Escolaridad			<0.05
≤7 años	8 (10.8)	19 (25.7)	
8-12 años	46 (62.2)	51 (68.9)	
≥13 años	20 (27)	4 (5.4)	
Ingreso familiar			>0.05
≤2000	22 (29.7)	32 (43.2)	
2001-5000 pesos	31 (41.9)	27 (36.5)	
5001-9000 pesos	8 (10.8)	6 (8.1)	
≥9001	4 (5.4)	0 (0)	
No contestó	9 (12.2)	9 (12.2)	
Ingreso personal			<0.05
0 pesos	46 (62.2)	59 (79.7)	
1-2000 pesos	18 (24.3)	14 (18.9)	
≥2001 pesos	8 (10.8)	1 (1.4)	
No contestó	2 (2.7)	0 (0)	
Estado civil			<0.05
Casada	8 (10.8)	13 (17.6)	
Soltera, con pareja	31 (41.9)	5 (6.8)	
Soltera , sin pareja	7 (9.5)	12 (16.2)	
Unión libre	25 (33.8)	41 (55.4)	
Otro	3 (4.1)	3 (4.1)	
Religión			>0.05
Católica	61 (82.4)	57 (77)	
Cristiana	4 (5.4)	4 (5.4)	
Sin religión	6 (8.1)	7 (9.5)	
Otros	3 (4.1)	6 (8.1)	
Ocupación			<0.05
Ama de casa	22 (29.7)	56 (75.7)	
Estudiante	24 (32.4)	4 (5.4)	
Trabajo	25 (33.8)	9 (12.2)	
Otros	3 (4.1)	5 (6.8)	
Número de hijos			>0.05
0	34 (45.9)	35 (47.3)	
1	18 (24.3)	19 (25.7)	
2	16 (21.6)	9 (12.2)	
≥3	6 (8.1)	11 (14.9)	

Los factores predisponentes sobre la actitud que debe tener la comunidad hacia las mujeres que han solicitado una ILE y la percepción del riesgo a este mismo procedimiento; al igual que todos los factores capacitantes, excepto el conocimiento de otra mujer que haya utilizado el servicio de ILE, mostraron una diferencia estadísticamente significativa. Cerca del 34% de los casos opina que la comunidad debe tener una actitud de indiferencia hacia las mujeres que han solicitado una ILE, mientras que poco más del 13% de los controles tiene esta misma opinión. Poco más del 58% de los casos percibe a la ILE como un procedimiento poco riesgoso, en contraste, algo más del 55% de los controles percibe a este procedimiento como muy riesgoso. La mayoría de las mujeres de ambos grupos, conoce el límite de edad gestacional para solicitar una ILE, las causales legales para solicitar una interrupción de embarazo después de la semana 12 de gestación e identifica al personal autorizado por la ley para prestar el servicio de ILE, sin embargo, el porcentaje de casos que contesta correctamente a las preguntas es significativamente mayor en comparación a los controles (Cuadro III).

Cuadro III. Factores de las mujeres encuestadas de acuerdo a interrupciones previas, conocimiento de la ley sobre ILE, conocimiento de una persona que haya interrumpido un embarazo, opinión acerca de los derechos reproductivos de la mujer y percepción del riesgo de una interrupción de embarazo.

		Casos n=74 (%)	Controles n=74 (%)	Valor P
Número de interrupciones de embarazo previas				>0.05
	0	56 (75.7)	64 (86.5)	
	1	15 (20.3)	10 (13.5)	
	≥2	3 (4.1)	0 (0)	
¿Cuál es límite de edad gestacional para solicitar una ILE?				<0.05
	Correcto	62 (83.8)	48 (64.9)	
	Incorrecto	12 (16.2)	26 (35.1)	
¿Cuáles son las causales legales para solicitar una interrupción de embarazo después de la semana 12 de gestación?				<0.05
	Correcto	71 (95.9)	58 (78.4)	
	Incorrecto	3 (4.1)	16 (21.6)	
¿Cuáles son las instituciones de salud que prestan el servicio de ILE?				<0.05
	Correcto	73 (98.6)	60 (81.1)	
	Incorrecto	1 (1.4)	14 (18.9)	
¿Quiénes del personal de salud están autorizados para prestar el servicio de ILE?				<0.05
	Correcto	62 (83.8)	44 (59.5)	
	Incorrecto	12 (16.2)	30 (40.5)	
¿Conoce a otra mujer que haya utilizado el servicio de ILE?				>0.05
	Sí	31 (41.9)	23 (31.1)	
	No	43 (58.1)	51 (68.9)	
¿La mujer tiene el derecho de decidir cuántos hijos tener y en qué momento?				>0.05
	De acuerdo	70 (94.6)	62 (83.8)	
	Más o menos de acuerdo	4 (5.4)	4 (5.4)	
	En desacuerdo	0 (0)	1 (1.4)	
	No contestó	0 (0)	7 (9.5)	
¿Cómo debe de ser la actitud de la comunidad hacia las mujeres que han solicitado una ILE?				<0.05
	Apoyo	46 (62.2)	50 (67.6)	
	Indiferencia	25 (33.8)	10 (13.5)	
	Recriminación	3 (4.1)	3 (4.1)	
	No contestó	0 (0)	11 (14.9)	
¿Quién debe decidir si la mujer se realiza una ILE?				>0.05
	La misma mujer	32 (43.2)	33 (44.6)	
	La mujer y su pareja	40 (54.1)	29 (39.2)	
	La pareja de la mujer	2 (2.7)	1 (1.4)	
	Otro	0 (0)	5 (6.8)	
	No contestó	0 (0)	6 (8.1)	
¿Qué nivel de riesgo tiene una ILE?				<0.05
	Poco riesgosa	43 (58.1)	10 (13.5)	
	Más o menos riesgosa	22 (29.7)	16 (21.6)	
	Muy riesgosa	8 (10.8)	41 (55.4)	
	No contestó	1 (1.4)	7 (9.5)	
¿Qué nivel de riesgo tiene una interrupción de embarazo clandestina?				>0.05
	Poco riesgoso	1 (1.3)	1 (1.4)	
	Más o menos riesgoso	3 (4.1)	3 (4.1)	
	Muy riesgoso	69 (93.2)	61 (82.4)	
	No contestó	1 (1.4)	9 (12.2)	

ILE= Interrupción Legal del Embarazo

En el cuadro IV se muestran los resultados de la regresión logística condicional para la identificación de los factores de las mujeres asociados a la demanda del servicio de ILE en la Ciudad de México, debido a problemas de colinealidad no fue posible incluir todos los factores inicialmente al modelo. Un factor capacitante y dos predisponente se asociaron significativamente a la demanda del servicio de ILE: la identificación del tipo de personal de salud que presta el servicio de ILE (RM= 6.65, IC 1.01 - 44.05), el número de interrupciones de embarazo previas (RM=5.76, IC 1.34 - 24.66), y la percepción del riesgo de una ILE (RM=14.65, IC 2.82 - 76.16). De los factores mencionados anteriormente, el de mayor peso fue la percepción del riesgo de una ILE, pues las mujeres que la consideran poco o nada riesgosa tienen poco más de 14.5 veces mayor posibilidad de demandar el servicio con respecto a las mujeres que la consideran más o menos riesgosa o muy riesgosa. Al ajustar por escolaridad, la identificación del tipo de personal de salud que presta el servicio de ILE fue el único factor que pierde significancia estadística al realizarse el ajuste por escolaridad (IC 0.73-36.5).

Cuadro IV. Regresión logística condicional múltiple para la estimación de RM e IC al 95% de los factores asociados a la ILE de las mujeres encuestadas.

Factores capacitantes		Crudo RM* (IC** 95%)	Valor P	Ajustado*** RM* (IC** 95%)	Valor P
Escolaridad		NA****		1.20 (0.88-1.62)	0.231
Ingreso personal	0 pesos	1.00		1.00	
	≥ 1 pesos	2.65 (0.49-14.05)	0.253	3.18 (0.57-17.65)	0.187
Derecho al servicio médico	No tiene aseguramiento médico	1.00		1.00	
	Tiene derecho a aseguramiento médico	0.18 (0.01-1.35)	0.096	0.21 (0.03-1.56)	0.128
Conocimiento del límite de edad gestacional para solicitar una ILE	Incorrecto	1.00		1.00	
	Correcto	3.88 (0.69-21.96)	0.125	3.14 (0.45-21.71)	0.246
Identificación del personal de salud que presta el servicio de ILE	Incorrecto	1.00		1.00	
	Correcto	6.65 (1.01-44.05)	<0.05	5.16 (0.73-36.50)	0.100
Conocimiento de alguna persona que haya interrumpido su embarazo	No	1.00		1.00	
	Sí	2.71 (0.32-22.86)	0.210	1.81 (0.47-6.97)	0.386
Factores predisponentes					
Número de parejas sexuales en el último año		0.43 (0.15-1.24)	0.117	0.36 (0.11-1.19)	0.095
Convivencia con la pareja	No tiene pareja estable	1.00		1.00	
	Tiene pareja estable	2.56 (0.49-13.15)	0.261	2.96 (0.53-16.60)	0.218
Religión	No tiene religión	1.00		1.00	
	Tiene alguna religión	0.14 (0.01-3.74)	0.246	0.36 (0.02-10.88)	0.558
Número de interrupciones de embarazo previas		5.76 (1.34-24.66)	<0.05	5.51 (1.27-23.84)	<0.05
Opinión acerca de los derechos reproductivos de la mujer	En desacuerdo/Más o menos	1.00		1.00	
	De acuerdo	2.71 (0.32-22.86)	0.359	1.94 (0.20-19.17)	0.586
Opinión sobre quien debe decidir si se realiza la ILE	Médico/sacerdote/pareja de la mujer/la mujer y su pareja	1.00		1.00	
	Sólo la mujer	0.40 (0.09-1.62)	0.201	0.38 (0.09-1.57)	0.180
Opinión acerca de la actitud de una comunidad hacia una mujer que solicitó la ILE	Recriminación/Indiferencia	1.00		1.00	
	Apoyo	3.22 (0.57-18.08)	0.182	4.05 (0.61-26.53)	0.144
Percepción del riesgo de una ILE	Muy riesgosa/Más o menos	1.00		1.00	
	Nada riesgosa/poco riesgosa	14.65 (2.82-76.16)	<0.05	13.16(2.47-70.26)	<0.05

*RM = Razón de momios

**IC = Intervalo de confianza

***Ajustado por años de escolaridad

****NA = No aplica

Discusión

Los resultados de esta investigación muestran que la demanda del servicio de Interrupción Legal del Embarazo provisto por la SSGDF en la Ciudad de México, está asociada con los factores predisponentes de percepción del riesgo de una ILE y número de interrupciones de embarazos previas, lo anterior sugiere que la demanda de este servicio no depende del estrato socioeconómico de la mujer.

A diferencia de los resultados de la presente investigación, los estudios de Simonds et al²¹ y Harden et al²², realizados en Estados Unidos y Reino Unido, respectivamente, donde la interrupción del embarazo esta totalmente despenalizada, concluyeron que la filiación religiosa condiciona la búsqueda este servicio. Cabe señalar, que dentro de la literatura científica se ha mencionado que existe una diferencia entre declarar una filiación religiosa y vivir en base a los cánones de esa religión,²³ esto pudiera explicar la no relación entre la filiación religiosa y la demanda por servicios de ILE provistos por la SSGDF. Por otro lado, los resultados del estudio hecho en adolescentes en Reino Unido por Lee et al²⁴ y el realizado en Nicaragua por González-Pavón,²⁵ país la interrupción del embarazo es legal bajo ciertas casuales legales, señalan que la filiación religiosa no condicionó la demanda del servicio de interrupción del embarazo, al igual que los resultados de la presente investigación.

El estudio realizado en Suecia por Larsson et al,²⁶ el estudio llevado a cabo en mujeres inmigrantes en Australia por Liamputtong;²⁷ en ambos países la interrupción del embarazo esta totalmente despenalizada, y el realizado en adolescentes por Anselmo-Olinto et al en Brasil,²⁸ donde la interrupción del embarazo es legal bajo ciertas casuales legales, concluyeron que el nivel de ingreso de las mujeres es un factor importante para la demanda del servicio de interrupción del embarazo, en contraste con los resultados de la presente investigación. La no relación entre el ingreso y la demanda por servicios de ILE provistos por la SSGDF puede explicarse debido al hecho de que el precio de la ILE ofrecida por las unidades médicas de la SSGDF está en función del nivel de ingresos de la mujer, es importante mencionar que el precio máximo del

procedimiento es de 1,500 pesos.²⁹ Los resultados obtenidos en Dinamarca por Rash et al, donde el esquema legal de la interrupción del embarazo es totalmente liberal, mencionan que el nivel de ingresos no está asociado con la demanda del servicio de interrupción de embarazo.³⁰

Los estudios realizados en Cuba, por Cabezas-García et al³¹ y Díaz et al,³² país donde la interrupción del embarazo esta totalmente despenalizada desde finales de la década de los sesenta, concluyeron que las mujeres con menor nivel educativo son más propensas a buscar el servicio de interrupción de embarazo, en cambio, el estudio de Pallikadavath et al³³, hecho en India, donde la interrupción del embarazo es legal bajo ciertas casuales legales, concluye que las mujeres con mayor nivel educativo son más propensas a buscar este servicio. Por otra parte, el estudio hecho en mujeres entre 15 y 29 años por Castañeda-Abascal et al,³⁴ en Matanzas Cuba, concluye que el nivel educativo de la mujer no se asocia a la búsqueda de la interrupción del embarazo. En el contexto de la Ciudad de México, la demanda del servicio de ILE no se asoció con la educación, aunque si influyó en la significancia estadística del factor predisponente de la identificación del personal de salud que presta dicho servicio, la no asociación de este último factor al ajustar por escolaridad puede deberse al hecho de que la identificación del personal no es parte de los requisitos fundamentales para solicitar el servicio de ILE.

Castañeda-Abascal et al,³⁴ al igual que la presente investigación, concluye que la convivencia con la pareja y la ocupación de la mujer no se asocian a la búsqueda del servicio de ILE. En este mismo sentido, Cabezas-García et al,³¹ concluye que la edad de inicio de vida sexual de la mujer tampoco se asocia a la búsqueda del servicio.

La percepción de riesgo de una ILE, es el factor más importante para demandar dicho servicio provisto por la SSGDF, su relevancia se mantiene aún cuando se incorpora el factor de escolaridad. Lo anterior puede ser explicado por el hecho de que módulos ajenos a la SSGDF, afuera de las unidades médicas donde se presta el servicio de ILE,²⁹ difunden información donde se afirma que la

interrupción de embarazo es altamente riesgosa además de causar cáncer y esterilidad,³⁵ por lo que información errónea está llegando tanto a las mujeres con poca escolaridad como a las mujeres con mediana o alta escolaridad, provocando que la ILE sea percibida como peligrosa. Esta información contrasta con la contenida en la literatura científica, donde se documenta que una interrupción de embarazo realizada por personal calificado y en un lugar salubre, es uno de los procedimientos médicos más seguros, teniendo una probabilidad de muerte no mayor a 1 por cada 100 mil procedimientos.³⁶

Aunque no es posible discernir si las interrupciones de embarazo previas fueron legales o clandestinas, es muy probable que haber experimentado una interrupción previa aporte a la mujer, conocimientos sobre la institución que presta dicho servicio, así como los requisitos que debe de cumplir, además de que puede evitar que se tenga una percepción peligrosa hacia la ILE, razones por las cuales, no es de extrañar que el número de interrupciones previas se asocie a la búsqueda del servicio de ILE provisto por la SSGDF. Por otro lado, Díaz et al 2001,³² también concluye que el número de interrupciones previas se asocian a la búsqueda del servicio de ILE.

El perfil de la mujer que utiliza el servicio de ILE en la Ciudad de México, en la población muestreada, es el de una mujer que está entre los 15 y 24 años de edad, con una escolaridad entre 8 y 12 años, lo que indica una educación superior a la básica pero inferior a la educación universitaria; un ingreso familiar mensual entre 2 y 5 mil pesos, sin ingresos propios, soltera con pareja, de filiación católica, de ocupación estudiante o trabajadora y sin hijos. La anterior información no difiere en gran medida de las características de las mujeres que utilizaron este mismo servicio entre los años 2007 y 2011 en la SSGDF, según lo publicado por la Organización de la Sociedad Civil GIRE; el 53% son solteras, cerca del 48% tienen entre 18 y 24 años de edad, 30% con nivel de educación secundaria y alrededor de 39% con preparatoria.³⁷

El perfil reportado para mujeres que utilizaron el servicio de urgencias de ginecobstetricia por aborto y sus complicaciones en Colombia (donde el aborto

es legal bajo cumplimiento de causales legales), el promedio de edad es de 25 años, la mayoría de ellas se dedica al hogar, vive en unión libre, tiene dos hijos, con secundaria incompleta y no contaban con ingresos propios.^{38 39} Al hacer el contraste entre el perfil reportado en Colombia y el reportado en la Ciudad de México, se puede concluir que las mujeres en este último lugar muestran mejores condiciones sociodemográficas, lo que sugiere que utilizaron el servicio de ILE por decisión propia, y no por presiones económicas.

La mayor diferencia entre los perfiles de los casos y los controles, reportados por la presente investigación, se encuentra en los factores capacitantes de información; lo anterior aunado al resultado aportado por la regresión logística que indica que la percepción del riesgo de la ILE influye de manera importante la decisión de demanda de dicho servicio, se recomienda difundir información verídica y fácil de entender a las potenciales usuarias del servicio. De esta manera el servicio de ILE será más accesible, pues las mujeres que lo necesiten no se verán acotadas por la falsa percepción de alto riesgo por someterse a una interrupción de embarazo legal.

Una de las limitaciones de la presente investigación, es que no se puede asegurar que las mujeres que manifiesten tener un embarazo no deseado necesariamente tendrán la necesidad de interrumpir su embarazo, sin embargo la literatura menciona que tener esta característica hace propensa a la mujer a buscar la interrupción,⁴⁰ por otro lado, el tamaño de muestra obtenido es inferior al calculado para tener un poder estadístico del 80%, aunque el conseguido por la muestra de 148 observaciones está por arriba del 75%, cabe mencionar que el modelo fue lo más depurado posible: las variables fueron introducidas en una forma funcional correcta, se corrigieron problemas de colinealidad y se ajustó el modelo mediante el procedimiento de Hosmer y Lemeshow.

Hasta donde se sabe, esta es la primera investigación en explorar los factores asociados a la demanda del servicio de ILE en la Ciudad de México, por lo que creemos que es una investigación sustancial para el estudio del fenómeno de la interrupción de embarazo en México. Aún existe necesidad de continuar con

esta línea de investigación mediante nuevos estudios que confirme los hallazgos que aquí se encontraron.

Referencias

-
- ¹ World Population Prospects. The 2002 revision. Nueva York, NY, División de Población de las Naciones Unidas, 2002.
- ² Organización Mundial de la Salud. Unsafe Abortion: Global a Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2003, quinta edición. Ginebra: OMS, 2007.
- ³ Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Ginebra. OMS, 2003. 110. [En línea]. http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/safe_abortion/index.html.
- ⁴ Sedgh G et al. Induced abortion: estimated rates and trends Worldwide, Lancet, 2007, 370(9595): 1338-1345.
- ⁵ Ahman, E., Shah, I., Butler, P., & Organization, World Health. (2004). Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000.
- ⁶ Espinoza H, López C. Aborto inseguro en América Latina y el Caribe: definición del problema y su prevención. Gac Med Mex 2003;139(supl 1):9-16.
- ⁷ Consejo Nacional de Población. *Cuadernos de Salud Reproductiva*. República Mexicana. CONAPO, 2000. 152. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/00servicios/2d.htm>
- ⁸ Gobierno del Distrito Federal. Gaceta Oficial del Distrito Federal No.75; 2007. www.ordenjuridico.gob.mx. [En línea]. <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Estatal/DISTRITO%20FEDERAL/Lineamientos/DFLIN26.pdf>.
- ⁹ Gobierno del Distrito Federal. Gaceta Oficial del Distrito Federal No. 70. 2007.
- ¹⁰ Aracena-Geano B, Wilches-Gutierrez JL, Figueroa-Lara A, Sanhueza-Smith P et al. Interrupción legal del embarazo. Recursos disponibles en la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Cuernavaca, Morelos, INSP, 2009.
- ¹¹ Instituto de las Mujeres del Distrito Federal. Cifras sobre la interrupción legal del embarazo. [Consultado: diciembre 2010.] Disponible en: http://www.inmujer.df.gob.mx/int_embarazo/estadisticas/index.html.
- ¹² Langer-Glas A. Embarazo no deseado y el aborto inseguro: su impacto sobre la salud en México Gac Med Mex 2003; 139 (Supl 1): 3-8.

-
- ¹³ Simonds W, Ellertson C, Springer K, Winikoff B: Abortion, revised: participants in the U.S. clinical trials evaluate mifepristone. *Social Science and Medicine* 1998, 46(10):1313-1323.
- ¹⁴ Harden A, Ogden J: Young women's experiences of arranging and having abortions. *Sociology of Health and Illness* 1999, 21(4):426-444.
- ¹⁵ Larsson, M., Aneblom, G., Odland, V., & Tyden, T. (2002). Reasons for pregnancy termination, contraceptive habits and contraceptive failure among Swedish women requesting an early pregnancy termination. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81(1), 64–71.
- ¹⁶ Liamputtong, P. (2003). Abortion—It is for some women only! Hmong women's perceptions of abortion. *Health Care for Women International*, 24(3), 230–241.
- ¹⁷ Mogilevkina I, Hellberg D, Nordstrom M, Odland V. Factors associated with pregnancy termination in Ukrainian women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79: 1126-1131.
- ¹⁸ Rodgers S, Downie J. Abortion: ensuring access. *CMAJ* 2006; 175(1): 9.
- ¹⁹ Andersen RM, Rice TH, Kominski GF, editors. *Changing the U.S. health care system: key issues in health services policy and management*. 3rd Ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2007. p. 3-31.
- ²⁰ Hosmer D, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. 2nd Edition. Hoboken, New Jersey, Wiley, 2000.
- ²¹ Simonds W, Ellertson C, Springer K, Winikoff B. Abortion, revised: participants in the U.S. clinical trials evaluate mifepristone. *Social Science and Medicine* 1998, 46(10):1313-1323.
- ²² Harden A, Ogden J: Young women's experiences of arranging and having abortions. *Sociology of Health and Illness* 1999, 21(4):426-444.
- ²³ Worthington E, Wade N, Hight T, Ripley J, McCullough M, Berry J et al. The religious commitment inventory-10: Development, refinement and validation of a brief scale for research and counseling. *Journal of Counseling Psychology* 2003; 50(1):84-96.
- ²⁴ Lee E, Clements S, Ingham R, Stone N. *A matter of choice? Explaining national variations in teenage abortion and motherhood*. York, Joseph Rowntree Foundation; 2004.
- ²⁵ González-Pavón J. Determinantes de aborto en adolescentes. Centro de adolescentes. Hospital Berta Calderon. Enero-Junio 2005. Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud 2006.
- ²⁶ Larsson, M., Aneblom, G., Odland, V., & Tyden, T. (2002). Reasons for pregnancy termination, contraceptive habits and contraceptive failure among Swedish women requesting an early pregnancy termination. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81(1), 64–71.
- ²⁷ Liamputtong, P. (2003). Abortion—It is for some women only! Hmong women's perceptions of abortion. *Health Care for Women International*, 24(3), 230–241.

-
- ²⁸ Anselmo-Olinto M, Moreira-Filho D. Factores de riesgo e predictores para o aborto induzido: estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*, 2006; 22(2): 365-375.
- ²⁹ Alianza Nacional por el Derecho a Decidir. Preguntas frecuentes sobre la ILE. ANDAR. Disponible en: <http://www.andar.org.mx/minisio%20andar/preguntasfrecuentes.htm>
- ³⁰ Rash V, Wielandt H, Knudsen L. Living conditions, contraceptive use and the choice of induced abortion among pregnant women in Denmark. *Scand J Public Health* 2002; 30:293-299.
- ³¹ Cabezas-García E, Langer-Glass Ana, Alvarez-Vázquez L, Bustamante P. Perfil sociodemográfico del aborto inducido. *Salud Publica Mex* 1998; 40: 265-271.
- ³² Díaz Díaz E, Álvarez-Vázques L, Farnot-Cardoso U. Factores de riesgo demográficos y sociales del aborto. *Rev Cubana Salud Pública* 2001; 27(1):26-35.
- ³³ Pallikadavath S, Stones R. Maternal and social factors associated with abortion in India: a population-based study. *International Family Planning Perspectives* 2006; 32(3):120–125.
- ³⁴ Castañeda-Abascal I, Molina-Estévez M. Factores biosociales que influyen en la aparición del aborto provocado. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1999; 25(1):55-60.
- ³⁵ Centro de Atención a la Mujer. Preguntas frecuentes sobre la Interrupción Legal del Embarazo. [Consultado: noviembre 2010]. Disponible en: <http://www.interrupcion-del-embarazo.com/dudas.htm>
- ³⁶ Alan Guttmacher Institute. Sharing responsibility: women, society and abortion Worldwide. New York and Washington DC, The Alan Guttmacher Institute.
- ³⁷ GIRE. Cifras sobre el aborto en el D.F. 2007-2011. Disponible en: <http://www.gire.org.mx/contenido.php?informacion=42>
- ³⁸ Quintero-Roa E, Ortiz-Serrano R, Ochoa-Vera M, Consuegra-Rodríguez M, Oliveros C. Características socio demográficas de las mujeres con abortos inducidos en un hospital público de Bucaramanga. *Rev Salud Publica* 2010, 12(4): 570-579.
- ³⁹ Mosquera-Becerra J, Lucumi D, Gómez O, Castro-Cabrera L. Prevalencia de aborto inducido y embarazo no planeado en las localidades de Santa Fe, Usme y Ciudad Bolívar de la Ciudad de Bogotá. Documentos de Planificación de los Servicios de Salud- Participación Ciudadana. Secretaría de Salud 2003. Disponible en: <http://hdl.handle.net/123456789/421>.
- ⁴⁰ Sousa A, Lozano R, Gakidou E. Exploring the determinants of unsafe abortion: improving the evidence base in Mexico. *Health Policy and Planning* 2010 25(4), 1-11.