



## Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales

## Sede Académica de México

## Maestría en Población y Desarrollo

## XIII Promoción

## 2018-2020

Análisis de las preferencias reproductivas y de los factores asociados al uso de anticonceptivos de las mujeres unidas en edad fértil en Haití en 2017

Tesis que para obtener el grado de Maestro en Población y Desarrollo

## **Presenta:**

**Rubens ETIENNE** 

Directoras de tesis:

Dra. Cecilia Gayet

Dra. Nathaly Llanes

## **Lectores:**

Dra. Fatima Juárez

Dr. James Lachaud

Seminario de tesis: Población y Salud

Línea de investigación: Familia, Género, Grupos de Edad, Salud

Esta maestría fue realizada gracias a una beca otorgada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT)

Ciudad de México, Agosto 2020

## FLACSO

### Resumen

En el marco de esta investigación se busca analizar las preferencias reproductivas y los factores asociados al uso de anticonceptivos y a las necesidades no satisfechas de anticoncepción entre las mujeres unidas en edad reproductiva que desean espaciar o limitar su fecundidad en Haití en 2017. Se formula la hipótesis de que las características sociodemográficas, socioeconómicas de las mujeres y características comunes de las parejas se asocian con la probabilidad de usar anticonceptivos.

Para llevar a cabo este trabajo de investigación cuantitativa, utilizamos los datos de la Encuesta de Morbilidad, Mortalidad y Uso de Servicios 2017 (EMMUS VI), de representatividad a nivel nacional. Metodológicamente, la muestra del estudio consistió en mujeres de 15 a 49 años que estaban en una unión conyugal en el momento de la encuesta. El grupo bajo estudio se describió mediante un análisis descriptivo; también se analizaron de manera descriptiva las diferentes medidas de las preferencias reproductivas de las mujeres; a nivel multivariado, se utilizó el modelo de Heckman para seleccionar a las mujeres según su intención reproductiva y, al mismo tiempo, se analizó la asociación de los diferentes factores explicativos con la probabilidad de uso de anticonceptivos por parte de las mujeres que declararon querer limitar o espaciar su fecundidad. También se analiza la asociación entre las necesidades de anticoncepción y un conjunto de factores de índole sociodemográfico, socioeconómico y comunes de las parejas.

Los hallazgos nos permiten sostener que la situación laboral de la mujer, su lugar de residencia, su edad, el nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos, la diferencia de edad entre ella y su pareja, así como la toma de decisiones conjuntas dentro de la pareja son factores que contribuyen estadísticamente a la variación de la probabilidad de uso de anticonceptivos entre las mujeres que desean espaciar o limitar su fecundidad. Por otro lado, los factores como edad, escolaridad, el lugar de residencia, la situación ocupacional, la decisión sobre el uso o no de anticonceptivos, así como el índice de conocimiento de los métodos contribuyen en la determinación de la probabilidad de no tener NNSA.

Palabras clave: reproducción, métodos anticonceptivos, Haití, factores demográficos, socioeconómicos, factores comunes en pareja.

## FLACSO MÉXICO

### **Abstract**

This research examines reproductive preferences and factors associated with contraceptive use among united women of reproductive age in Haiti in 2017. The main argument is that sociodemographic and socioeconomic characteristics of women and common characteristics of couples are associated with the probability of using contraception.

To conduct this quantitative research, we used data from the Demographic Health Survey (DHS), a national representative survey conducted almost every five years. Methodologically, the study sample consisted of women aged 15-49 years who were in a marital union at the time of the survey. The group under study was described by means of a descriptive analysis; the different measures of women's reproductive preferences were also analyzed descriptively; at the multivariate level, Heckman's model was used to select women according to their reproductive intention and, at the same time, the association of the different explanatory factors with the probability of contraceptive use by women who declared that they wanted to limit or space their fertility was analyzed. The association between contraceptive needs and a set of sociodemographic, socioeconomic and some common factors of the couples was also analyzed.

The findings allow us to argue that a woman's employment situation, place of residence, age, level of knowledge of contraceptive methods, age difference between her and her partner as well as joint decision making within the couple are factors that statistically contribute to the variation in the probability of contraceptive use among women who wish to space or limit their fertility. On the other hand, factors such as age, schooling, place of residence, occupational status, the decision on whether or not to use contraceptives as well as the rate of knowledge of the methods contribute to the determination of the probability of not having unmet contraceptive needs.

*Key words:* reproduction, contraceptive methods, Haiti, demographic factors, socioeconomic factors, common factors in couples.

# FLACSO

## Dedicatoria

A mi eterna madre que ha desempeñado el papel de madre-padre desde mi nacimiento, Marie Louise Yresse ETIENNE.

A todas las haitianas que tienen

dificultades para controlar su fecundidad.

# FLACSO

## **Agradecimientos**

Esta página del documento obedece a un requisito moral del que no puedo prescindir. Lo poco que he podido lograr en el marco de esta tesis no sería posible sin la ayuda de una serie de personas físicas y morales, que son difíciles de mencionar en una sola página. Mis primeras palabras de agradecimiento van dirigidas a la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO sede México), institución que me ha permitido vivir una experiencia académica que marcará para siempre mi vida como profesional e investigador. Y quiero expresar mi especial agradecimiento al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por su inconmensurable apoyo financiero durante estos dos años, sin el cual me hubiera sido imposible lograr esta maestría.

Estoy profundamente agradecido al personal docente y administrativo de esta casa de estudio, un agradecimiento especial a cada profesor que ha ayudado a orientarme en el camino de la investigación. Y a cada miembro del personal administrativo que siempre ha estado presente con sabiduría y respeto para ayudarme en mis trámites administrativos. En esta misma línea, presento un tributo de gratitud a la Dra. Rosa María Rubalcava y a Mabel Nieves, dos personas a las que estaré eternamente agradecido por su asistencia, atención y sobre todo su amabilidad. Dos personas sin las cuales me hubiera sido muy difícil integrarme en la vida académica del centro. Mis homenajes también van a mis tutores en el Seminario de Salud y Población, que han mostrado profesionalismo, paciencia y sabiduría hacia mí a lo largo de este viaje; Dr. Dávila y Dr. Gayet han sido impecables en su trabajo. Muchas gracias a ustedes. En este mismo espíritu de gratitud, quiero dar las gracias de manera especial a mis dos Directoras (Dra. Cecilia Gayet y Dra. Nathaly Llanes). Sin ustedes, me sería extremadamente difícil llegar a cabo este trabajo. Su paciencia, su profesionalismo y sus experiencias me han sido de gran utilidad.

A mi madre, que siempre estaba al otro lado del teléfono, quiero rendirle un homenaje interminable por haber creído siempre en mí y por haber tenido siempre las palabras adecuadas para empujarme hacia adelante a pesar de la distancia cuando quería dudar de mí mismo. Te quiero mi jefa y gracias por todo. También quiero agradecer a cada compañero de la decimotercera promoción de la Maestría en población y desarrollo, algunos de ellos fueron mis profesores de idiomas, otros fueron consejeros siempre presentes para ayudarme



en los momentos más críticos. Me temo que no encuentre las palabras para agradecerles adecuadamente. Gracias a todos ustedes, queridos compañeros.

In fine, un agradecimiento a los camaradas haitianos que me precedieron, a los que me acompañaron en las fases de integración, les doy las gracias de todo corazón. Un gran agradecimiento a Emmanuel Exantus por su amistad durante estos dos años. Agradezco también a mis camaradas de Haití que pudieron acompañarme a distancia durante mi estancia aquí en México. Finalmente quiero agradecer al pueblo mexicano por su hospitalidad. Gracias a este país que me ha permitido conocer gente resistente, fuerte y hospitalaria.



## Tabla de contenido

Resumen		ii
Abstract.		iii
Dedicator	ia	iv
Agradecii	mientos	v
Tabla de	contenido	vii
Índice de	Cuadros, de gráficas y de figuras	ix
Introduce	ión	1
a) Co	ontextualización	1
b) Pla	anteamiento de la problemática	5
	1: Consideraciones conceptuales y empíricas en torno a las preferencias tivas, al uso de anticonceptivos y la NNSA	9
1.1. Pre	eferencias reproductivas: definición y medición	10
1.2. Me	étodos anticonceptivos: antecedentes y definición	13
1.3. Lo	s métodos anticonceptivos y sus distintos tipos	16
1.4. Ne	cesidades No Satisfechas de Anticoncepción (NNSA): Definición	16
1.5. Us	o de métodos anticonceptivos y NNSA: factores asociados	19
1.5.1.	Uso de métodos anticonceptivos, NNSA y el nivel socioeconómico	20
1.5.2.	Uso de métodos anticonceptivos, NNSA y Edad/diferencia de edad	22
1.5.3.	Uso de métodos anticonceptivos, NNSA y Educación	24
1.5.4.	Uso de métodos anticonceptivos, NNSA y Religión	27
1.5.5.	Uso de métodos anticonceptivos, NNSA y Tipo de unión	29
1.5.6. de an	Uso de métodos anticonceptivos, NNSA y la concordancia en la pareja so	
1.5.7. antice	Uso de métodos anticonceptivos, NNSA y conocimiento de métodos onceptivos	32
	tulo 2: Presentación del contexto sociodemográfico, socioeconómicos y de	
-	tiva de Haití en 2017	
	erca del contexto demográfico	
	bre el contexto económico	
	cerca del sistema de salud global y de la salud reproductiva en Haití en 2	
2.3.1.	0	
2.3.2.		
2.3.3.	La situación de la salud sexual y reproductiva en Haití en 2017	41



Capítulo	3: Metodología de investigación	13
3.1. Pregu	nta de investigación4	3
3.2. Objet	ivos del estudio4	4
3.3. Hipót	esis de investigación4	-5
3.4. Sobre	la fuente de datos4	6
3.4.1.	Presentación de la submuestra bajo estudio4	17
3.5. Opera	acionalización de las variables del estudio4	9
3.5.1.	Variables dependientes4	
3.5.2.	Variables independientes5	50
3.6. Recla	sificación del índice de riqueza de los hogares5	7
3.7. Const	rucción del índice de conocimiento de métodos anticonceptivos5	9
3.8. Estrat	egia analítica privilegiada6	<u>i1</u>
3.8.1.	Análisis descriptivo y bivariado6	51
3.8.2.	Análisis multivariado6	52
Capítulo	9 4: Presentación de los resultados6	8
4.1. Análi	sis descriptivo de las variables bajo estudio6	8
4.1.1.	Las preferencias reproductivas: análisis descriptivo6	58
4.1.2.	Uso de anticonceptivos y Necesidades de anticoncepción	72
4.1.3.	Presentación descriptiva de las características de las mujeres bajo estudio	74
4.2. Análi	sis bi-variado: factores asociados al uso de anticoncepción y las NNSA8	0
4.3. Análi	sis multivariado: Factores asociados al comportamiento anticonceptivo8	3
4.3.1.	Presentación de los resultados del modelo de selección (primera etapa) 8	34
4.3.2. (segunda	Presentación de los resultados de la estimación del modelo de uso de anticoncepción etapa)	
4.3.3. anticonc	Presentación de los resultados de la estimación del modelo de las necesidades de epción de las mujeres unidas y en edad fértil	)5
Consideracio	ones generales y conclusión	)0
Bibliografía		)7
Anexo 1		
Anexo 2		22
Anexo 3		24



## Índice de Cuadros, de gráficas y de figuras

## **CUADROS**

Cuadro 3.1. Operacionalización recapitulativa de las variables de interés 56
Cuadro 4.1. Evolución de indicadores de las preferencias reproductivas de las mujeres unidas entre 15 y 49 años. Haití, de 1995 a 2017
Cuadro 4.2. Distribución ponderada (en %) de número de hijos adicionales deseados y número ideal de hijos, según la paridad de las mujeres unidas y en edad fértil. Haití, 2017
Cuadro 4.3. Distribución ponderada de las mujeres unidas de 15-49 años, según el uso de anticoncepción y las necesidades de anticoncepción. Haití, 201774
Cuadro 4.4. Características sociodemográficas de las mujeres unidas y de 15 a 49 años en Haití. 2017
Cuadro 4.5. Características de las mujeres por uso de métodos anticonceptivos y NNSA.  Haití, 2017
Cuadro 4.6. Comparación de los resultados de los modelos del uso de anticoncepción de las mujeres unidas de 15-49 años sin y con efectos de selección
Cuadro 4.7. Probabilidades promedio predictivos y riesgos relativos (R.R) del modelo con efecto de selección
Cuadro 4.8. Resultados de la estimación del modelo probit de las NNSA
GRÁFICAS
Gráfica 2.1. Haití. Pirámide de edades quinquenales la población en 201737
Gráfica 2.2. Porcentaje de instituciones que ofrecen servicios de planificación familiar y proporcionan métodos específicos por sector
Gráfica 3.1. Distribución del índice de riqueza de los hogares según los dos métodos de estratificación. Haití, 2017
Gráfica 3.2. Distribución de las mujeres unidas y en edad reproductiva según el conocimiento de los tipos de métodos anticonceptivos. Haití 2017
Gráfica 4.1. Distribución porcentual de las mujeres unidas entre 15 y 49 años, según el deseo de tener hijos adicionales. Haití, de 1995 a 2017
FIGURAS
Figura 1.1. Definición revisada de necesidades no satisfecha de anticoncepción ¡Error! Marcador no definido.
Figura 3.1. Procedimiento de selección de la submuestra en la EMMUS. Haití, 201748





## Introducción

## a) Contextualización

La segunda mitad del siglo XX coincidió con el aumento de la atención dirigida a la salud sexual y reproductiva (SSR), y desde entonces las acciones públicas y privadas se han multiplicado, convirtiendo a la SSR en un tema estratégico en la construcción de las agendas relacionadas con los temas de población. Tal como se presenta en la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la SSR se refiere a la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como al libre albedrío de las personas en su elección de tener hijos según su voluntad y en el momento oportuno (UN, 1994: 30, párrafo 7.2). De ahí, la SSR no se considera únicamente como la ausencia de enfermedades o trastornos en el proceso reproductivo, sino más bien como una condición por la cual este proceso se lleva a cabo en un estado de completo bienestar físico, mental y social. Sobre la base de este entendimiento, el derecho a la salud reproductiva desempeña un papel primordial en el control de la fecundidad y en el desarrollo de una vida sexual plena (Fathalla & Fathalla, 2017).

Más allá de las esferas de la salud pública y los derechos humanos, la salud sexual y reproductiva extiende su alcance también a la esfera socioeconómica. De hecho, en el marco del programa de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la promoción de la salud reproductiva está incorporada como estrategia que puede ayudar a combatir la pobreza extrema, el hambre, la desigualdad socioeconómica y la desigualdad basada en el género; también, a nivel macro, podría contribuir a organizar y asignar mejor los recursos disponibles a nivel nacional (UN Millennium Project, 2005). Pues bien, el objetivo 5 apunta a mejorar la salud materna. La prevención de los embarazos no deseados y de alto riesgo y la atención durante el embarazo, el parto y el posparto salvan la vida de las mujeres. Mientras tanto, el objetivo 6 aspira a combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. La atención de la salud sexual y reproductiva incluye la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA (UN Millennium Project, 2005. p83).



Posteriormente, en el marco de los siguientes acuerdos internacionales, la salud sexual y reproductiva ha seguido siendo un tema de interés. En este sentido, se establecen varios compromisos vinculados al programa de 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), entre ellos el programa Planificación Familiar 2020 (FP2020), que tiene por objeto lograr aumentar a 120 millones el número de usuarias de anticonceptivos en el mundo para el año 2020; esta alianza también defiende los derechos de las mujeres y las niñas a decidir libremente sobre su vida reproductiva. Por otra parte, se estableció en 2015 el programa de las Naciones Unidas "Every Woman, Every Child (EWEC)", que tiene por objeto orientar e intensificar las iniciativas internacionales y nacionales de las autoridades gubernamentales, las organizaciones multilaterales, los agentes del sector privado y la sociedad civil para hacer frente a los principales problemas de salud que afectan a las mujeres y los niños, incluida la salud reproductiva y materna (IPPF, 2015; UN, 2017b).

En virtud de lo que se acaba de mencionar sobre la salud sexual y reproductiva, se puede constatar que la planificación familiar (PF), en particular el uso de anticonceptivos constituye un pilar importante en la dinámica de salud sexual y reproductiva. La PF interviene en la regulación de la natalidad, que a su vez es el componente que interviene directamente en la dinámica de la población para facilitar la renovación de esta (Partida, 2017). El uso de anticonceptivos ayuda a las parejas y a los individuos a lograr su plan de reproducción, es decir, decidir sobre cuándo y cuántos hijos quieren tener. Así, según el Departamento económico y de asuntos sociales de las Naciones Unidas "el acceso al uso de métodos anticonceptivos no sólo puede mejorar los resultados sanitarios, como la reducción de la mortalidad materna e infantil, sino que también puede afectar positivamente a la escolarización y a los resultados económicos, especialmente en el caso de las niñas y las mujeres" (United Nations, 2017a, p. 2).

Cuando el comportamiento del uso de anticonceptivos no cumple con la planeación de la reproducción, surge la necesidad no satisfecha. Las consecuencias resultantes de la discrepancia entre el plan de reproducción y el comportamiento anticonceptivo son múltiples. Se menciona que las necesidades no satisfechas de anticoncepción (NNSA), por una parte, pueden propiciar el crecimiento descontrolado del tamaño de la población; la expansión de la desigualdad y la pobreza cuando la producción y la redistribución de la riqueza no



evolucionan de manera proporcional al crecimiento demográfico; y también pueden ser un factor de contribución a la mortalidad infantil y materna (incluida la mortalidad materna por aborto) (Sedgh, Ashford & Hussain, 2016). Por otra parte, puede ser una barrera a corto, mediano y largo plazo para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades (OMS, 2018).

Para contener las consecuencias de la evolución de las necesidades no satisfechas en materia de planificación familiar, las autoridades y los actores de este campo siguen actuando tanto a nivel internacional como a nivel nacional. De este modo, las conferencias de Teherán de 1968, Nairobi de 1985, las cumbres de El Cairo de 1994 y de Londres de 2012, los programas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo de 2013 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) dan cuenta del interés de los tomadores de decisión de adoptar políticas públicas para actuar en favor de la mejora del acceso a anticonceptivos, y cada uno de esos acuerdos ofrece una perspectiva para abordar la cuestión desde distintos ángulos.

La cumbre de Teherán abordó la planificación familiar desde la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos mediante una resolución que reconocía el pleno derecho de los padres a decidir deliberadamente el número de hijos que desean tener durante su vida reproductiva (Schwarz et al., 2002). La cumbre de Nairobi, por su parte, visibilizó a la mujer como un actor central y activo en el proceso de toma de decisiones relacionadas con la planificación familiar. Más recientemente, las resoluciones de la cumbre de Londres y el programa PF20 abordan la planificación familiar mediante el enfoque de democratización del acceso a los anticonceptivos, mientras que los Objetivos de Desarrollo del Milenio proponen su promoción en la vida cotidiana de las sociedades en las que la necesidad es mayor (Schwarz et al, 2002; OMS, 2014).

Con el tiempo, se puede observar que la planificación familiar se está ampliando para incluir la salud reproductiva, puesto que los nuevos enfoques se dirigen a su promoción considerando el aspecto participativo que integra plenamente a las parejas en la toma de decisiones, la calidad de vida garantizada por el control de la reproducción, el desarrollo sostenible y, especialmente, el libre albedrío en la elección de los métodos de planificación familiar adecuados (Flórez y Soto, 2008).



El uso de anticonceptivos fue propuesto como un factor importante del control de la fecundidad en la teoría clásica de los determinantes próximos de la fecundidad de (Bongaarts, 2015). Al transcurso del tiempo, y gracias al desarrollo de técnicas estadísticas cada vez más modernas y bases de datos relacionadas a la salud reproductiva, se han llevado a cabo numerosas investigaciones sobre el uso de anticonceptivos y especialmente sobre la necesidad no satisfecha de anticonceptivos, que se refiere a las mujeres en riesgo de quedar embarazadas que no desean tener hijos pero que no están utilizando métodos anticonceptivos<sup>1</sup> (Khan, Bradley, & Mishra, 2008; Ali & Okud, 2013; Ajmal, Idris & Ajmal, 2018; Malqvist, et al, 2018; Wulifan et al., 2016; Juarez, Gayet & Mejia-Pailles, 2018; Wilopo et al., 2017; Edietah et al., 2018). Algunos de estos estudios se enfocan en el análisis de factores determinantes de las necesidades no satisfechas de anticoncepción (Ali & Okud, 2013; Malqvist et al, 2018), otros manifiestan interés en la evolución a lo largo del tiempo de dichas necesidades (Bongaarts & Johansson, 2002; Russell-Briefel, Ezzati & Perlman, 2011; Dixon, 2013); mientras que una tercera categoría de estos estudios se enfoca en determinar las razones por las que las mujeres se encuentran en situación de necesidad no satisfecha de anticoncepción (Sedgh et al., 2016).

También, para el caso de Haití se han realizado investigaciones en torno a la planificación de la familia, la fecundidad y otros aspectos relacionados. (Fene & Casique, 2019; Lachaud, 2010; Charles & Isma, 2006; Michel, 2014; Behrman & Weitzman, 2016; Pierre, 2016; Wang & Mallick, 2019). Estos estudios, que han contribuido al enriquecimiento de la literatura de la SSR en el contexto haitiano, han analizado con encuestas previas la necesidad no satisfecha respeto a sus factores asociados; análisis de comportamiento respecto al uso de métodos anticonceptivos; también realizan un análisis regional de los determinantes de la fecundidad. En el caso de nuestro trabajo nos proponemos explorar las preferencias reproductivas de este grupo de mujeres y analizar los factores que se asocian al uso de anticonceptivos así como a las necesidades no satisfechas de anticoncepción entre las mujeres unidas en edad de reproducción (15-49 años) que han deseado espaciar o limitar su fecundidad.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> En la sección 1.4 se definirá el concepto de Necesidades no satisfechas de anticoncepción



## b) Planteamiento de la problemática

De conformidad con los compromisos contraídos por los gobiernos haitianos a nivel internacional en materia de salud reproductiva (en particular, los compromisos contraídos en septiembre de 2010 en la cumbre de Nueva York sobre la reducción de la mortalidad materna en relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio), en 2012 puso en marcha un plan trienal para materializar las decisiones públicas en materia de salud reproductiva. Entre los compromisos públicos figuran los siguientes: i) Reducción de las necesidades no satisfechas en materia de planificación familiar (PF) del 38% al 10% para 2015; ii) Establecimiento de un comité nacional de coordinación multisectorial para informar sobre los progresos en la aplicación de las medidas prioritarias en materia de salud materna y neonatal y de planificación familiar; iii) Aplicación de un plan de desarrollo y gestión de los recursos humanos en materia de salud materna y neonatal y de planificación familiar; iv) Elaboración y aplicación de un plan de desarrollo de salud comunitaria centrada en la salud de la madre y el recién nacido y la planificación familiar; y v) Establecimiento de un mecanismo financiero funcional para la prestación de servicios gratuitos de atención a la madre y el recién nacido y de planificación familiar en el momento del parto, con miras a lograr un sistema de protección social (MSPP, 2012).

También, como parte de las medidas públicas para mejorar el sector de la salud sexual y reproductiva, en mayo de 2013 un decreto presidencial emanado por el Consejo de Gobierno estableció una política de planificación familiar, que estipula que la prestación de servicios gratuitos de planificación familiar es obligatoria en todos los centros de salud. Algunos de los puntos clave de este programa gubernamental son los siguientes: a) exigir a los proveedores de servicios de salud que alienten a las mujeres con más de dos o tres hijos a considerar un método anticonceptivo de larga duración; b) la anticoncepción quirúrgica debe practicarse con el consentimiento escrito e informado de la mujer; c) formulación de exigencias al Ministerio de Salud Pública y Población (MSPP) para que elabore e implemente un programa de educación sobre planificación familiar y capacite a los trabajadores de la salud en tecnologías anticonceptivas; d) solicitud a los medios de comunicación que proporcionen tiempo de emisión para los mensajes de PF. Esta decisión gubernamental es de carácter participativo, ya que moviliza a varias entidades estatales para aplicar el programa,



entre ellas: el Ministerio de la salud pública, el Ministerio de asuntos sociales, el Ministerio de asuntos de la mujer y el Ministerio del interior (Ward, Santiso-Gálvez & Bertrand, 2015).

Este conjunto de medidas refleja el compromiso del Estado para mejorar las condiciones de salud reproductiva y promover la planificación familiar y el aumento del uso de la anticoncepción. Sin embargo, las estadísticas actuales muestran que la situación después de la aplicación de los programas sigue siendo muy variada. De hecho, según los resultados de la sexta Encuesta sobre Mortalidad, Morbilidad y Utilización de Servicios 2016-2017 (EMMUS-VI), entre los nacimientos que tuvieron lugar durante los cinco años anteriores a la encuesta, 1 de cada 4 (o sea el 25%) no fue intencional. Este hecho que plantea cuestionamientos sobre la situación general en cuanto al uso de métodos anticonceptivos y la necesidad no satisfecha de anticonceptivos (NNSA) (Institut Haitien de l'Enfance & ICF, 2018).

Al considerar la realidad en torno al uso de anticonceptivos y la necesidad no satisfecha de anticonceptivos, se observa que entre las mujeres de 15 a 49 años que vivían en unión al momento de la encuesta, el 34% utilizó un método anticonceptivo, de los cuales el 32% utilizó uno moderno y el 3% uno tradicional. En cuanto a la necesidad no satisfecha de anticonceptivos, el 38% de mujeres de 15 a 49 años unidas tienen una necesidad no satisfecha de planificación familiar. Al mismo tiempo, el uso de anticonceptivos varía respeto a ciertas características. En este sentido, la prevalencia de los anticonceptivos modernos varía con la edad: 25% de las mujeres unidas de 15 a 19 años declararon utilizar un método anticonceptivo moderno, la prevalencia de los anticonceptivos modernos aumenta hasta un máximo de 38% a la edad de 25 a 29 años y luego disminuye al 16% entre las mujeres de 45 a 49 años. Respecto al lugar de residencia, la prevalencia del uso de anticonceptivos modernos es ligeramente más alta en zonas urbanas que en las rurales (33% contra 31%). También, el uso de anticonceptivos difiere según el nivel de educación alcanzado por las mujeres. Los resultados por nivel educativo muestran que entre las mujeres sin educación, la prevalencia de los anticonceptivos modernos es del 28%, mientras que es del 32% entre las que tienen estudios secundarios o superiores. Por otra parte, un tercio de las mujeres con educación primaria (33%) utilizaban un método anticonceptivo moderno al momento de la encuesta (Institut Haitien de l'Enfance & ICF, 2018).



En cuanto a la necesidad no satisfecha de anticoncepción tomada en su conjunto, en 2017, 38% de las haitianas en edad fértil tienen una necesidad no satisfecha de planificación familiar: un 15% para espaciar los nacimientos y un 23% para limitarlos. Como en el caso de las intenciones reproductivas y del uso de anticoncepción, la necesidad insatisfecha de anticoncepción varía de una mujer a otra con respeto a ciertas características. En cuanto al lugar de residencia, la proporción de mujeres que actualmente están en unión y cuyas necesidades de planificación familiar no están satisfechas es mayor en las zonas rurales (41%) que en las urbanas (34%). En lo concerniente a la educación, las proporciones de mujeres unidas al momento de la encuesta y cuyas necesidades de planificación familiar no están satisfechas disminuyen con el nivel educativo, de un 39%, entre las que no tienen educación, a un 24% entre las que alcanzaron el nivel superior. Desde una perspectiva económica, los resultados por quintiles de bienestar económico muestran que la proporción de mujeres en unión con necesidades insatisfechas de planificación familiar es más baja en el quintil más alto (29% frente al 45% en el quintil más bajo) (Institut Haïtien de l'Enfance & ICF, 2018).

Estas cifras que acabamos de mencionar nos permiten explorar de manera general las preferencias reproductivas, el uso de anticonceptivos y la necesidad no satisfecha de anticoncepción. Las diferencias mencionadas en el uso de métodos anticonceptivos reflejan en buena medida la realidad socioeconómica del país, y también se pueden considerar mediante la problemática de género dentro de los hogares o los aspectos culturales, puesto que en los países en desarrollo, algunas mujeres mencionan la oposición del marido o la religión como razón de la no utilización de los métodos anticonceptivos (Angeli y Salvini, 2001). En menor medida, en los países en desarrollo, el miedo a los efectos secundarios puede desempeñar un papel importante en la reducción del número de casos de uso de métodos anticonceptivos (Casterline & Sinding, 2000). Además, es necesario tener en cuenta los factores sociodemográficos vinculados a la mujer (la educación, la edad, el lugar de residencia) en el análisis del uso de métodos anticonceptivos.

En distintos países en desarrollo, varios estudios han puesto de relieve la relación entre el uso de anticoncepción y ciertos factores como la educación, la edad, la falta de conocimientos de métodos anticonceptivos así como también el lugar de residencia, el estatus



ocupacional entre otros (Schoumaker, 2001; Casterline, El-Zanaty & El-Zeinei, 2003; Westoff y Bankole, 1995; Ahmadi & Iranmahboob, 2005).

Según estos estudios, se usan anticonceptivos con mayor frecuencia a una edad relativamente avanzada y después de una descendencia medianamente elevada, comportamiento que a menudo parece dictado por una necesidad de limitación más que de espaciamiento de los nacimientos. Asimismo, se han resaltado otros factores como el nivel educativo de la mujer, el estatus ocupacional, el nivel de conocimiento de los métodos, la concordancia entre las parejas tanto sobre el uso de anticoncepción como sobre el número de hijos deseados, entre otros, que influyen en el uso de anticoncepción y en las NNSA. A la luz de esas consideraciones generales y del panorama del uso de anticoncepción y de la necesitad no satisfecha en Haití en 2017 es importante preguntarse cuáles son los determinantes del uso de anticoncepción entre las mujeres que no quieren tener hijos en el plazo de dos años o que ya no quieren más. También es importante preguntarse cómo estos factores anteriormente mencionados afectan al uso de anticonceptivos.



## Capítulo 1: Consideraciones conceptuales y empíricas en torno a las preferencias reproductivas, al uso de anticonceptivos y la NNSA

"La anticoncepción ya no se utilizará (...) para evitar tener hijos, sino para tenerlos en el momento óptimo."

E. Sullerot<sup>2</sup>

En la literatura sobre salud reproductiva, particularmente en el campo de la planificación familiar, los planteamientos meramente teóricos siguen siendo limitados. Más bien, existe una literatura que proporciona explicaciones basadas en trabajos empíricos que se apoyan en propuestas teóricas de otras disciplinas científicas como la psicología (la teoría de la acción razonada), la sociología (la teoría de la difusión), la economía doméstica, entre otras.

Por este motivo, en este apartado no pretendemos desarrollar un marco teórico en torno a la preferencia reproductiva, al uso de anticonceptivos y tampoco en torno a la necesidad no satisfecha de anticonceptivos, sino que presentaremos un marco conceptual en torno a cada uno de los términos estudiados, luego daremos cuenta de los factores relevantes que los afectan (en torno al uso de anticonceptivo y la necesidad no satisfecha); y finalmente tendremos en cuenta como revisión empírica un conjunto de trabajos que anteriormente ha enriquecido este campo de estudio.

Cabe señalar que este marco empírico se centrará en el trabajo que se ha realizado en países o regiones similares al contexto haitiano desde el punto de vista social, cultural, económico y político.

9

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> E. Sullerot. (1973) La Dimension sociologique de la contraception Fertilité-Orthogénie, V, page III)



## 1.1. Preferencias reproductivas: definición y medición

Las preferencias expresadas por los individuos con respecto a su plan de reproducción constituyen un elemento esencial en la literatura sobre fecundidad; existen varias razones que explican esta importancia. Por un lado, las preferencias reproductivas (PR) forman la base para comprender los comportamientos reproductivos (Buehler, 2009) y desempeñan un papel importante en la justificación de los programas de planificación familiar (Koenig et al., 2006). Por otra parte, los deseos reproductivos han sido utilizados en la predicción de los niveles de fecundidad (Lee, 1981), por lo que deben tenerse en cuenta al tratar de comprender los nacimientos planeados o no planeados, así como los objetivos reproductivos incumplidos (Bongaarts, 1990; Quesnel-Vallée & Morgan, 2004).

Así pues, se acaba de exponer brevemente la importancia de las preferencias en materia de reproducción tanto para la comunidad de investigadores de este campo como para los tomadores de decisión en la esfera de la salud reproductiva. Sin embargo, este tema puede ser mal entendido si no se establece adecuadamente su marco de definición y sus diferentes niveles de medición. Por lo tanto, en los siguientes párrafos revisaremos la definición y la medición de esas.

En lo concerniente al marco definicional, la noción de "preferencias reproductivas" pone de manifiesto principalmente las motivaciones, actitudes y creencias individuales; expresan evaluaciones personales de los objetivos formulados en torno al plan de reproducción (Miller, 1994; Buehler et al, 2010). Las preferencias también forman parte del proceso de toma de decisiones en materia de reproducción; representan lo que alguien quiere o desea (Miller, 1994) y proporcionan la base de motivación para las intenciones de comportamiento mediante la definición de objetivos prefijados (Perugini & Bagozzi, 2001).

La recopilación y el análisis de las preferencias reproductivas (PR) ha sido un objetivo del programa de Encuestas Demográficas y de Salud (DHS, por sus siglas en inglés) desde su creación en 1984 y sigue siendo uno de sus objetivos en los países en desarrollo (Gebreselassie, 2008). Con el tiempo, esta temática ha sido ampliamente abordada y en esta tesis se mencionarán algunos trabajos que presentan los diferentes niveles de medición de las PR.



Las preferencias reproductivas se miden mediante ciertos indicadores cuidadosamente escogidos por investigadores como Westoff (2010), quien en una investigación que abarca sesenta países durante el período 1998-2008, presentó las preferencias reproductivas a través de cuatro niveles de medición: el número ideal de hijos deseado, la proporción de mujeres que ya no quieren tener hijos, la tasa de fecundidad total deseada y la proporción de nacimientos no deseados durante los cinco años anteriores a las encuestas.

Para obtener la medida del número ideal de hijos, se preguntó a las mujeres que ya habían sido madres que si pudieran volver a la época en que no tenían hijos y pudieran elegir exactamente cuántos hijos tener en sus vidas, cuántos les hubiera gustado tener. Para aquellas que no habían tenido hijos vivos, se les preguntó si pudieran elegir exactamente cuántos hijos tener en sus vidas, cuántos querrían. De la formulación de las preguntas se desprende que esta medida de las preferencias abarca toda la vida reproductiva de las mujeres y es de índole hipotética (Westoff & Bankole, 2002; Westoff, 2010).

El segundo indicador de las preferencias reproductivas se refiere al deseo de tener o no más hijos. La pregunta para identificar este indicador se formula de la siguiente manera: en el caso de las mujeres que estaban embarazadas al momento de la entrevista, se les preguntó después del presente embarazo, si les gustaría tener otro hijo o si preferirían no tener más hijos. Para las que no estaban embarazadas, se les preguntó si les gustaría tener un hijo o si preferirían no tenerlo. En ambos casos, si la respuesta es afirmativa, se les preguntó sobre el horizonte temporal (Westoff & Bankole, 2002; Westoff, 2010).

En cuanto a los nacimientos deseados y no deseados, se preguntó a las mujeres que habían experimentado uno o más nacimientos en los cinco años anteriores a la encuesta si el embarazo era deseado cuando se sucedía o si no era deseado, ocurría antes de lo esperado, o si la mujer en ese momento no quería tener más hijos. A partir de las respuestas obtenidas, fue posible clasificar los nacimientos no deseados y calcular también las tasas de fecundidad deseadas (Westoff & Bankole, 2002; Westoff, 2010).

Aunque durante varios años se hayan utilizado los indicadores de preferencias reproductivas, éstos han sido cuestionados repetidamente por la comunidad de investigadores en el área de la fecundidad. Entre las preguntas más frecuentes sobre estos cuatro indicadores



se encuentran las siguientes: ¿Son válidas estas medidas? ¿Predicen el comportamiento? ¿Son confiables? ¿Se entienden las preguntas de la encuesta en países con bajos niveles de habilidad numérica? ¿Informan las mujeres con precisión sobre el deseo de tener un parto reciente o existe una tendencia a lo largo del tiempo de racionalizar los nacimientos no deseados? (Westoff & Bankole, 2002; Westoff, 2010)

Con ese fin, Bankole y Westoff (1998) realizaron un estudio de panel con un grupo de mujeres en Marruecos. El panel se construyó con una primera encuesta en 1992 y una repetición de la encuesta en 1995. La segunda entrevista incluyó las mismas preguntas sobre las preferencias reproductivas en ambos momentos, así como preguntas sobre el estado de planificación de los nacimientos informados en la encuesta anterior. Los resultados obtenidos mostraron que la consistencia de informar sobre el mismo número de niños deseados es baja a nivel individual, pero casi perfecta a nivel general. Esto sugiere que el número ideal deseado de niños se relaciona más bien al nivel agregado que al nivel individual.

En segundo lugar, se comprobó que la consistencia de la información sobre el deseo de hijos es más elevada a nivel individual que el número ideal de hijos y también sirve como un importante predictor de la fecundidad posterior. En último lugar, se observó que hay graves incoherencias en la notificación de los nacimientos deseados y no deseados. Se cree que estas incoherencias se deben al hecho de que las personas tienden a racionalizar su comportamiento posterior al parto confundiendo los nacimientos no deseados con los nacimientos deseados, tendencia que aumenta con el tiempo transcurrido desde el nacimiento (Bankole y Westoff, 1998).

En esta subsección, acabamos de revisar el tema "preferencia reproductiva" en su dimensión conceptual y así como a través de sus diferentes métodos de medición. Esta revisión nos permite subrayar que en las preferencias caben los deseos e intenciones reproductivas de las mujeres tan a corto como a largo plazo. Este ejercicio nos permite también delimitar al grupo de mujeres que se discutirá en el resto de este trabajo, a saber, aquellas que han expresado una intención de limitar o espaciar los nacimientos.



## 1.2. Métodos anticonceptivos: antecedentes y definición

Sin retroceder a los tiempos remotos en la historia de la anticoncepción, se constata que los métodos se han desarrollado progresivamente y las prácticas anticonceptivas han seguido extendiéndose a pesar de la prohibición moral religiosa y de la no legalización por parte de las autoridades políticas en algunas épocas. La segunda mitad del siglo XX fue testigo de una serie de inventos de métodos anticonceptivos, de la legalización de la práctica de la anticoncepción en varios países, el aumento de los intereses de los gobiernos en el control del crecimiento demográfico y la producción de conocimientos sobre el papel de la anticoncepción en la dinámica demográfica (Díaz, 1995; Angèle, 2014).

De hecho, durante la década de 1950, los doctores Gregory Pincus y John Rock habían hecho importantes avances en los métodos hormonales. También en 1956 se inventó la píldora anticonceptiva, que más tarde se convirtió en uno de los métodos más utilizados (Díaz, 1995). Además, en 1952 se dieron los primeros pasos para la creación de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF, por sus siglas en inglés) (Potts & Campbell, 2009). Y como ya se mencionó anteriormente, se han organizado varias conferencias y cumbres sobre población en las que la planificación ha sido en el centro de los debates. También en este mismo contexto temporal, una importante parte de la producción de conocimientos demográficos se centró en explicar los cambios que se han experimentado en el uso de anticoncepción.

Se han utilizado diversos enfoques para explicar los cambios observados en la fecundidad, y la anticoncepción desempeña un papel relevante en estas explicaciones. Entre ellos se encuentra el enfoque sociológico de Judith Blake y Kingsley Davis en 1956, quienes propusieron el modelo de variables intermedias que Bongaarts (2015) retomó demostrando que los cambios en la fecundidad están relacionados con la nupcialidad, la infecundidad posparto, el aborto y, sobre todo, la anticoncepción (Cosio-Zavala, 2006). El enfoque microeconómico de Becker (1960), por su parte, destaca el costo de oportunidad de tener hijos, basado en la oferta y la demanda de hijos, en el que el costo de la anticoncepción desempeña un papel regulador. En otros enfoques sociológicos, se encuentra el que enfatiza en el rol de los cambios socioculturales asociados a la innovación y la difusión de los métodos anticonceptivos en el control de la fecundidad (Cleland &Wilson, 1987).



La anticoncepción<sup>3</sup> se puede definir como la prevención intencional de la concepción mediante el uso de dispositivos, prácticas sexuales, productos químicos, drogas o procedimientos quirúrgicos. Por lo tanto, se considera como un método anticonceptivo, un dispositivo o acto cuyo propósito es evitar que una mujer quede embarazada (Jain & Muralidhar, 2012).

Díaz y Schiappacasse (2017) proponen una definición más extendida que considera como método anticonceptivo cualquier método o procedimiento que permite evitar el embarazo dentro del grupo de las mujeres sexualmente activas, sean ellas o sus parejas quienes los utilicen. Este método o procedimiento puede ser hormonal o no hormonal, transitorio o definitivo, basado en la tecnología o el comportamiento. Esta definición se formula desde un marco ampliado, donde no solo se tiene en cuenta a la mujer en la decisión de control de los nacimientos, sino también a la pareja masculina.

Como medio para prevenir el embarazo, los anticonceptivos cuentan con una serie de características únicas. Así pues, los métodos anticonceptivos se caracterizan por la eficacia, la seguridad, la aceptabilidad, la facilidad de uso, la disponibilidad, la reversibilidad y el costo (Díaz y Schiappacasse, 2017).

La eficacia de un método anticonceptivo se refiere al riesgo de que una mujer se embarace aunque ella o su pareja masculina esté utilizando un método. La eficacia puede ser inherente al método o a la forma en que el usuario lo utiliza, puesto que un método puede no ser muy eficaz debido al mal uso de parte de la usuaria (RHR, 2004; Díaz y Schiappacasse, 2017; Lance et al 2007).

Seguidamente, la seguridad de los métodos desempeña un papel muy importante en lo que tiene que ver con la salud integral del usuario. Pero algunos efectos secundarios de ciertos métodos pueden causar graves complicaciones cuando el uso coincide con malas condiciones de salud del usuario. Por ello, la OMS establece un conjunto de criterios de elegibilidad médica para utilizar los métodos de manera segura (RHR, 2004).

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Formado del prefijo de prefijo "contra" y de "cepción" que se deriva del latín conceptio (acción de recibir, contener, concebir). Por su etimología, la palabra evoca la idea de oponerse a la concepción o la producción.



En otro orden de ideas, algunos métodos proporcionan ciertos beneficios para la salud y la protección del usuario. Por ejemplo, los preservativos no sólo previenen los embarazos no deseados, sino que también protegen contra las infecciones de transmisión sexual. Igualmente, se ha documentado que algunos comprimidos anticonceptivos combinados reducen los síntomas premenstruales y la anemia y reducen el riesgo de cáncer del tracto genital femenino (Díaz y Schiappacasse, 2017).

En lo que respeta a la aceptabilidad, en función de los efectos no deseados por el uso de un método dado, puede que el mismo resulte poco aceptable para ciertos usuarios. Un mismo método puede ser satisfactorio para algunos usuarios, e incómodo para otros. Por consiguiente, los métodos anticonceptivos deben permitir a los usuarios hacer una elección que satisfaga sus necesidades, evitando al mismo tiempo la incomodidad y el malestar asociados que pueden suceder con su uso. También, una de las características importantes de un método es su facilidad de uso. Cuanto más claras sean las instrucciones de uso, cuanto más sencillos sean los dispositivos, más probable será que el método se utilice de forma correcta y eficaz (Fernández, García & Escribano, 2010; Díaz y Schiappacasse, 2017).

Como una característica fundamental, también debe mencionarse la disponibilidad de los métodos. La disponibilidad no debe confundirse con la accesibilidad, ya que razones económicas y de otra índole pueden impedir el acceso a un método, aunque esté disponible. Así, la presencia en un centro de atención de salud reproductiva, en las farmacias y otros lugares apropiados es un factor importante para su utilización, pero debe considerarse además las posibilidades de acceso tanto económicas como geográficas. La característica reversibilidad, se basa en el hecho de que, si no son métodos irreversibles, los usuarios pueden dejar de utilizarlo sin dificultad si desean regresar a su vida reproductiva en el momento oportuno (Díaz y Schiappacasse, 2017).

Por último, el costo, desempeña un papel fundamental en el acceso a los métodos, puede ser un obstáculo que impida el pleno acceso a las mujeres con recursos económicos limitados (Fernández et al, 2010; Díaz y Schiappacasse, 2017).



## 1.3. Los métodos anticonceptivos y sus distintos tipos

La clasificación de los métodos anticonceptivos puede variar de un estudio a otro, pero en esencia se encuentra cierta convención en torno al sistema que agrupa los métodos anticonceptivos en métodos naturales o tradicionales y los llamados métodos modernos. Entre los métodos modernos se incluyen la esterilización masculina y femenina, los dispositivos intrauterinos, los implantes subdérmicos, los anticonceptivos orales, los condones (masculino y femenino), los inyectables, las pastillas de anticoncepción de emergencia, los parches, los diafragmas, los espermicidas (gel, esponja, cremas, supositorios, etc.), los anillos vaginales y las esponjas. Entre los métodos no modernos figuran el retiro, la abstinencia periódica, la amenorrea por lactancia, y los métodos de calendario fértil (Hubacher y Trussell, 2015). Existen algunos desacuerdos sobre esta clasificación como en el caso de la amenorrea por lactancia que el Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Instituto Guttmacher asocian con una práctica tradicional, mientras que para la Organización Mundial de la Salud y los investigadores de las Encuestas Demográficas y de Salud se lo considera un método moderno (Hubacher y Trussell, 2015). En esta investigación se usarán indistintamente las expresiones métodos anticonceptivos no modernos y métodos anticonceptivos tradicionales.

## 1.4. Necesidades No Satisfechas de Anticoncepción (NNSA): Definición

Definir el concepto de necesidades no satisfechas de anticoncepción (NNSA) es un ejercicio que va de la mano con su evolución histórica, ya que es un concepto, desde su aparición hasta la actualidad, que evoluciona con el paso del tiempo a través del desarrollo de algoritmos cada vez más complejos. Al inicio, la necesidad no satisfecha de anticonceptivos surgió de la constatación de la brecha entre las preferencias reproductivas de las mujeres y su comportamiento en materia de anticonceptivos. Esta constatación se hizo a partir del análisis de los resultados de las encuestas sobre conocimientos, actitudes y prácticas (KAP, por sus siglas en inglés) realizadas al principio del decenio de 1960 en países del tercer mundo (Bradley & Casterline, 2014).



Posteriormente, con el Programa de Encuestas de Demografía y Salud (DHS por sus siglas en inglés), que recopiló mucha más información sobre salud reproductiva, se formuló una primera definición de necesidad no satisfecha que se refería a la condición de las mujeres casadas en edad de procrear que ya no desean tener hijos, pero no utilizan ningún método anticonceptivo (Westoff, 1978). Esta definición de índole restringida sólo tenía en cuenta a las mujeres casadas en edad fértil y que quieren limitar el nacimiento (no tener más hijos). A lo largo del tiempo, esa definición se amplió para incorporar la necesidad de espaciar los nacimientos; en otras palabras, tomar en consideración a las mujeres que no quieren tener hijos en los dos próximos años, pero que no usan un método anticonceptivo (Westoff & Pebley 1981; Nortman 1982). Aún en la misma dinámica de tiempo, la definición de necesidad no satisfecha de métodos anticonceptivos se ha ido extendiendo para incluir otros parámetros como: las mujeres en situación de amenorrea posparto; aquellas embazadas al momento de la encuesta, las mujeres no casadas pero que están en algún tipo de unión (sexualmente activas); y no se consideran a quienes no pueden dar luz por razón de infertilidad o que están esterilizadas (Nortman 1982; Nortman & Lewis 1984; Westoff 1988; Bradley & Casterline, 2014).

En lo que respecta a los cambios relacionados con la situación de las mujeres en situación de amenorrea posparto, éstas se han introducido en un marco prospectivo teniendo en cuenta el hecho de que, aunque no corren el riesgo de quedar embarazadas durante la lactancia, necesitarán la anticoncepción tan pronto como termine el período de amenorrea. Por otro lado, la inclusión de las mujeres embarazadas en la categoría de las que necesitan anticoncepción se hace con base en una consideración retrospectiva, según la cual la mujer embarazada al momento de la encuesta se clasifica entre quienes tienen necesidad de planificación familiar, si declara que no había querido quedar embarazada (esto refleja el hecho de que no se utilizó un método anticonceptivo para apoyar su intención de reproducción de ese entonces) (Westoff y Ochoa, 1991). Para remover a las mujeres infértiles del total de las mujeres, se las identifica a partir de las siguientes condiciones: si no habían dado a luz en los últimos cinco años cuando llevaban más de cinco años casadas y nunca habían usado anticonceptivos, o si no habían tenido la menstruación en las últimas seis semanas sin estar embarazadas ni amenorreicas (Westoff, 1988).



Posteriormente, el período de aplicación del criterio de la última menstruación pasó de doce semanas a seis meses (Westoff y Ochoa 1991; Westoff y Bankole, 1995). Además, se añaden a esta categoría las mujeres que han declarado estar en fase de menopausia (Westoff y Bankole, 1995). En el cálculo de la necesidad no satisfecha, el denominador solía estar compuesto por mujeres casadas, puesto que el matrimonio se consideraba durante mucho tiempo un factor de exposición a las relaciones sexuales; pero, en la definición revisada el dominador se amplió para incluir a las mujeres que no están casadas, pero que declaran ser sexualmente activas (Bradley et al., 2012). Para evaluar la actividad sexual de las mujeres, se tiene en cuenta el número de días que preceden a la encuesta desde que la entrevistada tuvo relaciones sexuales. En este sentido, se considera que una mujer es sexualmente activa si ha tenido relaciones sexuales en los 30 días anteriores a la encuesta; en algunos otros casos, la actividad sexual también se evalúa dentro de los 90 días, ampliando así el plazo de la medición (Bradley & Casterline, 2014).

En la actualidad, ha surgido un nuevo debate en torno al tema de NNSA. Rominski y Stephenson, (2019) argumentan que muchas mujeres son clasificadas con una necesidad satisfecha, cuando en realidad tienen una necesidad no satisfecha. Esta necesidad no satisfecha se debe a que utilizan un método que no se ajusta a sus preferencias, ya sea porque provoca efectos secundarios que consideran insostenibles o porque tiene otras características que no les gustan. Bajo este nuevo enfoque, que todavía no es aceptado internacionalmente, la definición actual de necesidad no satisfecha subestima el número de mujeres con una verdadera necesidad no satisfecha de anticonceptivos, ya que no tiene en cuenta el gran número de aquellas que utilizan un método que no cumple con sus gustos y/o su organismo (Rominski y Stephenson, 2019).

Al considerar todas estas actualizaciones (excepto la propuesta de Rominski y Stephenson (2019)), vamos a delimitar para la presente investigación el concepto de Necesidad No Satisfecha de Anticoncepción como la situación de las mujeres en edad fértil, que están unidas, son fértiles y que desean retrasar o limitar el nacimiento; pero que no utilizan ningún método anticonceptivo al momento de la encuesta. También se encuentran dentro de dicha delimitación aquellas mujeres que están embarazadas o en situación de amenorrea posparto, pero que no han querido el embarazo o el último hijo.



Muieres actualmente unidas No usan anticoncepción Usan anticonceptivos No embarazada ni con Embarazada o con amenorrea posparto: la menstruación no le regresó desde el (la) último (a) nacido (a) vivo (a) en los últimos amenorrea posparto Unida más de 5 años, no tuvo hijos (as) en los últimos 5 años, y nunca usó métodos No deseatener más hijos; está dos años) mas nijos; esta esterilizada o dijo "no puede quedar embarazada" en el deseo futuro de hijos No quiso el embarazo actual/último nacido Infértil necesidades no satisfechas Dijo "no puedo quedar embarazada" en el deseo futuro de hijos para limitar Quería embarazo actual o último nacido después usa para limitar necesidades no satisfechas para espaciar Infértil Todas las demás que usan métodos Dijo "menopausia / histerectomía" en la razón de no usar anticonceptivos Quería embarazo actual /último nacido en el momento usan para espaciar anticoncepción Sin necesidades no satisfechas = Infértil La respuesta al tiempo desde la última menstruación es ≥ 6 meses y no tiene amenorrea postparto (0-59 meses) = Infértil Sin información sobre el deseo de embarazo actual / último nacido dato faltante La respuesta al tiempo desde el último período es "menopausia/ histerectomía" o "nunca menstrué" = Infértil La respuesta al tiempo desde el último período es "e último período fue antes del último No a todos (fértil) nacimiento" y el último nacimiento fue hace 5 años o más = Infértil Quiere el próximo (a) hijo (a) en dos años o más; quiere hijo (a) y No quiere más hijos (as) Desea hijos Dato perdido en el deseo futuro de hijos (as) dentro de dos años no ha decidido cuándo, o no ha decidido si quiere hijo necesidades no satisfechas para limitar dato faltante Sin necesidad (a) necesidades no no satisfecha satisfechas para espaciar

Figura 1.1. Definición revisada de necesidades no satisfecha de anticoncepción

Fuente: Gayet y Juárez (2018).

## 1.5. Uso de métodos anticonceptivos y NNSA: factores asociados

El uso de anticonceptivos no es un fenómeno aislado en el proceso de planificación familiar, sino más bien es la manifestación de un comportamiento que resulta de la intención de limitar o de espaciar futuros nacimientos (Miller, 2011). Por consiguiente, al ser un hecho que refleja un comportamiento determinado, se ve influido por factores estructurales e individuales. En lo concerniente a la NNSA, desde que se dio cuenta de la brecha entre las intenciones de fecundidad de las mujeres y su comportamiento anticonceptivo a partir de las encuestas sobre



conocimientos, actitudes y prácticas anticonceptivas, diversos estudios se han focalizado en la identificación y el análisis de factores que contribuyen a la situación de NNSA.

Estos factores pueden referirse a un conjunto de determinantes que favorecen el uso de anticonceptivos o a una serie de obstáculos que impiden que las mujeres usen anticonceptivos, como el acceso restringido y la baja calidad de los servicios de salud reproductiva, la falta de información, el bajo nivel educativo, las condiciones de vida precarias, la preocupación por los efectos secundarios y también la oposición de la pareja, entre otros (Bongaarts & Bruce, 1995; Casterline, Pérez & Biddlecom, 1997; Westoff & Ochoa, 1991). Así pues, en esta sección se revisará un conjunto de factores que coadyuvan a la situación de necesidades no satisfechas en materia de anticoncepción. Esta revisión se hará de acuerdo con la literatura empírica de países que, por su contexto socioeconómico y cultural, manifiestan ciertas semejanzas con la realidad haitiana.

Así pues, a continuación, se revisarán algunos de los factores que pueden afectar el uso de anticonceptivos y las NNSA entre las mujeres unidas en edad reproductiva, tomando en cuenta de manera especial a las mujeres en situación socioeconómica y cultural similar a la situación de las mujeres en Haití.

## 1.5.1. Uso de métodos anticonceptivos, NNSA y el nivel socioeconómico

El estudio de la relación entre el nivel socioeconómico, el uso de anticonceptivos y la necesidad insatisfecha de anticonceptivos puede abordarse a nivel individual mediante el mecanismo de los costos económicos del uso de anticonceptivos y la autonomía financiera de las mujeres. Así, al utilizar el nivel socioeconómico del hogar en el que viven las mujeres para explicar el uso de la anticoncepción y las NNSA nos refiere a los recursos económicos disponibles a estas mujeres para controlar su vida reproductiva. De aquí que, es más evidente que los hogares más pobres no pueden cubrir los costos de la atención médica, las consultas y otros requisitos necesarios en términos de atención de salud reproductiva (Nounke, 2011). De este modo, es posible que estas mujeres no usen anticonceptivos por falta de medios económicos, aunque les gustaría espaciar o limitar los nacimientos futuros.



Ahora bien, autores como N'Diaye (1998) y Akoto et al (2002) subrayan, a partir de diversos estudios realizados en África, que las precarias condiciones económicas de las mujeres de los países en desarrollo constituyen un elemento clave asociado al uso de métodos anticonceptivos. Según esos autores, los altos costos económicos (los gastos de las consultas, los exámenes biomédicos, los anticonceptivos y el transporte) para acceder a la salud reproductiva constituyen obstáculos importantes para las prácticas anticonceptivas. Diversos estudios realizados en el contexto de los países en desarrollo muestran que una mejor condición de vida del hogar en que se encuentran las mujeres favorece el uso de métodos de anticoncepción (Westoff, 2012; Adebowale, Adeoye & Palamuneli, 2013; Ward et al., 2015). En esta misma línea, se ha demostrado que en países del África subsahariana como Etiopía, Uganda, Kenia, Burkina Faso y Níger, el nivel alto de riqueza de los hogares se asocia significativamente con el uso de métodos modernos (Zimmerman et al. 2019).

A nivel individual, la autonomía económica de la mujer, estrechamente ligada a su nivel de educación y/o a su situación ocupacional, desempeña un papel importante en su práctica anticonceptiva. La autonomía financiera emancipa a algunas mujeres de sus parejas masculinas que podrían amenazar con suspender su apoyo financiero si su cónyuge no responde a sus necesidades sexuales. En este sentido, las mujeres que son económicamente autosuficientes tienden a tener más poder para negociar e influir en las decisiones de planificación familiar (Gage, 1995; KFF, 2005).

En el caso haitiano, los resultados de la investigación de Lachaud (2010) no permitieron verificar la hipótesis de que una mejor situación económica de los hogares en que se encuentran las mujeres podría asociar con la disminución de la posibilidad de no utilizar un método de anticoncepción. Los trabajos de Beaverson (2018) en el oeste del país han permitido constatar que la accesibilidad a los métodos anticonceptivos está vinculada a las condiciones socioeconómicas de las mujeres, de manera que a mejor situación socioeconómica, mayor acceso a la anticoncepción. Los resultados de este estudio sugieren que si se pudieran proporcionar recursos económicos a las mujeres, se atenuarían los problemas de accesibilidad. Así pues, la financiación sostenida o la subvención del suministro de métodos anticonceptivos gratuitos permitiría aumentar su accesibilidad.



También las evidencias empíricas han planteado que el nivel de la riqueza de un hogar es un factor directo que afecta la necesitad no satisfecha en planificación familiar. Se observa que las necesidades no satisfechas varían inversamente respeto al nivel de riqueza del hogar, de tal modo que el uso de anticonceptivos es más elevado entre las mujeres unidas del quintil de riqueza más alto (Ojakaa, 2008; Adebowale et al, 2013).

En Haití, la situación económica de los hogares es muy precaria en la mayoría de los casos, y es aún peor si se tiene en cuenta a las mujeres, que a menudo están marginadas del mercado de trabajo (Ward et al, 2015). Así, algunos trabajos en el ámbito, como el de Fene y Cacique (2019), han podido comprobar que las mujeres con un nivel de poder de decisión económico medio o elevado son menos proclives a tener necesidad no satisfecha en materia de anticoncepción. Estas observaciones empíricas van de mano con las propuestas que sostienen el enfoque según el cual la situación socioeconómicamente precaria en la que las mujeres pueden encontrarse podría convertirse en obstáculo para la planificación familiar, en particular el uso de métodos anticonceptivos.

## 1.5.2. Uso de métodos anticonceptivos, NNSA y Edad/diferencia de edad

Además de las condiciones socioeconómicas, la estructura etaria es un parámetro sociodemográfico de gran importancia en los estudios de población y está fuertemente presente en la literatura sobre salud reproductiva. En esta investigación, se considerará tanto la edad de las mujeres bajo estudio como la diferencia de edad entre estas mujeres y su pareja. En lo que se refiere a las aproximaciones teóricas, se abordará la relación entre la edad, la anticoncepción y la NNSA a partir del enfoque del comportamiento y de la experiencia. En cuanto a la diferencia de edad, la relación con el uso y las NNSA se tratará a través de la perspectiva de la relación de poder entre las parejas.

En general, las mujeres más jóvenes, casadas o en unión libre, son menos susceptibles a utilizar anticonceptivos que las mujeres de más edad, incluso en los países con una alta tasa de uso de anticonceptivos (Blanc et al, 2009). Al nivel micro, existen diferencias entre las adolescentes y las mujeres adultas en cuanto a su madurez, conocimientos, negociación en las relaciones y experiencia sexuales, así como las expectativas sociales que afectan a sus



comportamientos en relación con la aceptación y el uso de anticonceptivos. Así, el enfoque del comportamiento sugiere que los más jóvenes tienden a ser más vulnerables que los adultos en el uso de anticonceptivos, debido a que tienden a comportarse de manera arriesgada al comienzo de su vida sexual, sin un conocimiento suficiente de los métodos de control de la fecundidad (Jain & Muralidhar, 2012).

En cuanto al segundo enfoque, por su experiencia las mujeres pueden tener mayor capacidad de prevenir los embarazos no deseados a medida que envejecen, porque tienen mejores conocimientos o habilidades cognitivas que les permiten utilizar los anticonceptivos de manera más eficaz. Ellas pueden recurrir en mayor medida a la anticoncepción, ya sea porque tienen mayor poder de negociación para limitar la actividad sexual sin protección o porque están más motivadas para evitar un nacimiento si el costo de oportunidad de los niños aumenta con la edad (Hayford y Guzzo, 2010).

Desde el punto de vista empírico, son muchos los trabajos que brindan evidencias de que la edad es un factor determinante del uso de anticoncepción y de las NNSA (Blanc et al., 2009; Frost, Singh, & Finer, 2007; Upson et al, 2010; Adebowale et al. 2013). Se ha observado que en países como Nigeria, entre todos los grupos de edad, las mujeres de 25 a 34 años tienen la proporción más alta de usuarias actuales de cualquier método anticonceptivo. Lo mismo se ha constatado en Etiopia y República Democrática del Congo, pero de mujeres usuarias de anticonceptivos modernos (Tekelab, Melka y Wirtu, 2015; Izale et al, 2014).

Al abordar la diferencia de edad a partir de una dimensión sociológica, se ha constatado que una diferencia grande de edad favorable a los hombres está mucho más presente en las sociedades patriarcales donde los matrimonios arreglados son muy comunes. La diferencia de edad puede ser una fuente de desigualdad entre las parejas en varios niveles, tanto en términos de madurez y experiencia, como en términos de posición social y económica. Esto, crea un desequilibrio y deja poco poder de negociación para las mujeres en la dinámica de pareja (Ibisomi, 2014). Este desequilibrio de poder puede surgir en las negociaciones de los planes de reproducción entre las parejas y hacer que la mujer sea vulnerable en cuanto a las decisiones de planificación familiar. De este modo, la creciente diferencia de edad a favor del marido favorece su dominio en diversas decisiones familiares,



incluidas las decisiones de controlar la reproducción (Haddad, 2012). Por otra parte, Barbieri y Hertrich (2005) han planteado que las grandes diferencias de edad pueden asociarse con un modelo de fecundidad antiguo (a saber, de reproducción no controlada), en la medida en que tales diferencias contribuyen a un margen limitado de iniciativa personal de la mujer. Sobre la base de estas consideraciones de equilibrio de poder, cabe esperar que las parejas de edades similares (entre 0 y 3 años de diferencia) puedan ponerse de acuerdo mucho más fácilmente sobre sus planes de reproducción. Esto, puede alentar el uso de anticonceptivos y así evitar que la mujer termine con una necesidad insatisfecha de anticonceptivos.

Si bien no se pueden constatar evidencias empíricas en el caso de Haití, otros estudios realizados en contextos socioculturales no muy diferentes permiten explorar la relación entre la diferencia de edad y el uso de anticonceptivos, así como la NNSA. De hecho, un estudio de 18 países del África subsahariana pone de manifiesto que las mujeres tienen más probabilidades de utilizar un método anticonceptivo moderno cuando la diferencia de edad entre los cónyuges es pequeña (Barbieri & Hertrich, 2005). Esta relación entre la diferencia de edad y el uso de anticonceptivos puede perder su significancia cuando se introducen otros factores de control, como la educación de la mujer, el nivel de riqueza del hogar, entre otros (Ibisomi, 2014).

Sobre la base de estos mecanismos explicativos y de consideraciones empíricas, se presume que puede existir una relación negativa entre la diferencia de edad entre los cónyuges y el uso de anticonceptivos entre las mujeres en edad fértil y sexualmente activas que no quieren tener más hijos.

### 1.5.3. Uso de métodos anticonceptivos, NNSA y Educación

El nivel educativo de las mujeres es una de las características individuales que ocupa un lugar preponderante en los estudios sobre la evolución de la fecundidad y la planificación familiar. Este factor también es relevante cuando se aborda el uso de métodos anticonceptivos. Según la estructura del marco teórico y empírico de este trabajo, podemos considerar que la relación entre el nivel educativo de la mujer y el uso de anticonceptivos es un corolario de la relación



entre la educación de la mujer y las preferencias reproductivas, en el sentido de que, en general, el uso es la manifestación o la consecuencia de las preferencias.

Entre los mecanismos que explican esta relación, se encuentra el efecto de los ingresos, según el cual, con el aumento del nivel de la escolaridad, se incrementa el costo de oportunidad del tiempo que las mujeres dedican a la crianza de los hijos (que requieren mucho tiempo). Por otra parte, los beneficios salariales que pueden propiciar un nivel alto de escolaridad también pueden alentar a las mujeres a extender sus estudios al máximo nivel posible, lo que puede retrasar el inicio de la maternidad. Como resultado, es probable que estas mujeres retrasen su unión o usen un método anticonceptivo si son sexualmente activas (Ainsworth, Beegle & Nyamete, 1996).

Otro mecanismo que es relevante para la relación entre la educación de las mujeres y el uso de anticonceptivos es la alta demanda de escolaridad infantil. Según este enfoque, las mujeres con mayores niveles de educación pueden desarrollar mayores aspiraciones para la formación académica de sus propios hijos. Estas aspiraciones pueden llevarlas a tener una menor descendencia con el fin de poder asegurarse de una formación de calidad a los que estén criando. Este equilibrio entre cantidad y calidad puede llevar a las mujeres a adoptar comportamientos de uso de anticonceptivos. La relación cantidad-calidad observable entre mujeres de países desarrollados se constata cada vez más entre ciertos grupos de mujeres de países en desarrollo (Kelley, Nobbe & Nobbe, 1990; Montgomery, Kouame & Oliver 1995).

Generalmente, las pruebas empíricas coinciden en la mayoría de los casos en que la educación es un factor que favorece en general la práctica de la planificación familiar, y en particular el uso de métodos anticonceptivos (Ainsworth et al, 1996; Oyedokun, 2007; Ali & Okud, 2013; Andalón, Williams, & Grossman, 2014; Asiimwe et al., 2014; Meskele & Mekonnen, 2014; Zimmerman et al 2019). Por otra parte, en el África subsahariana, Zimmerman et al (2019) al igual que Oyedokun (2007) han llegado a la conclusión de que la educación está asociada de manera positiva y significativa con el uso de anticonceptivos en todos los países de la región bajo estudio.

La relación educación-uso de anticonceptivos en el caso de Haití no difiere del contexto anteriormente reseñado. En efecto, en la región rural de Léogâne entre 2015 y 2016 entre las mujeres sin hijos, el hecho de tener un diploma de enseñanza secundaria o superior



aumentó 2.81 veces la posibilidad de utilizar anticonceptivos. Mientras que entre las mujeres con al menos un hijo, tener un título de enseñanza secundaria o superior incrementó 1.5 veces la posibilidad de usar un método anticonceptivo (Beaverson, 2018).

Por otra parte, varios son los estudios que han puesto de relieve el efecto del nivel de la educación de las mujeres sobre la necesidad no satisfecha de anticoncepción (Adebowale et al, 2013; Ali & Okud, 2013; Cheng, 2011; Juarez et al, 2018; Edietah et al, 2018). En efecto, en África subsahariana, por ejemplo, se observa que un bajo nivel educativo de las parejas coincidió con la escasa utilización de la planificación familiar entre mujeres que ya habían alcanzado la paridad deseada o que querían espaciar los próximos nacimientos (Adebowale et al, 2013; Ali & Okud, 2013).

Para ilustrar esto con el caso de Uganda y Kenia, en el primer país las NNSA eran más bajas entre las mujeres con educación secundaria o superior, y en el segundo las mujeres con nivel de secundaria alcanzada tenían el doble de probabilidades de tener un mejor acceso a los servicios de salud y a la información sobre anticonceptivos, en contraste con las mujeres con niveles educativos más bajos (Ali & Okud, 2013). En el contexto latinoamericano, se ha demostrado que, a partir de los datos de la Encuesta Nacional Mexicana sobre dinámica demográfica de 2014, entre las mujeres en edad de procrear y unidas, la probabilidad de tener NNSA para espaciar los nacimientos es mayor en las mujeres con menor escolaridad que en las de mayor escolaridad (Juarez et al, 2018).

En Haití, por su parte, se ha observado que las mujeres que alcanzan el nivel secundario o superior tienen un promedio de 2.6 hijos, en comparación con 5.4 niños para las mujeres sin educación secundaria, y para ambos grupos las mujeres declaran que su número ideal de hijos es de tres. Esto sugiere que aquellas que tienen mayor escolaridad logran acercarse mucho más a sus preferencias reproductivas mediante el uso de anticonceptivos que las de menor nivel escolar. También, se ha establecido una relación de dependencia entre el hecho de estar en situación de NNSA y el nivel educativo de las mujeres (Ward et al, 2015; Lachaud, 2010).



#### 1.5.4. Uso de métodos anticonceptivos, NNSA y Religión

El cristianismo, así como otras corrientes religiosas, ha tratado de orientar los comportamientos reproductivos a lo largo del tiempo. En esta línea de ideas, Johnson (1993) ha propuesto distintas perspectivas para entender la influencia de la religión sobre la fecundidad y su control.

El primer enfoque de "teología particularista" intenta explicar la relación religiónreproducción mediante diferencias teológicas, asumiendo que algunas doctrinas religiosas
son más pro natalistas que otras. Pues bien, el catolicismo concibe la reproducción como un
propósito del matrimonio y promueve los métodos naturales de regulación, principalmente
los que están basados en la observación del ciclo de la mujer (Angèle, 2014). Así, la
pertenencia a esta religión puede tener un efecto negativo sobre el uso de anticonceptivos.
En tanto, las comunidades protestantes son más abiertas para promover medios de
contracepción por lo que pertenecer a la confesión de fe protestante puede tener un efecto
positivo pero moderado en el uso de anticonceptivos entre los hombres (Otomu, 2000; Rono
1994).

En segundo lugar, la hipótesis de la "condición de minoría" sostiene que una minoría religiosa (o étnico-religiosa) ajusta su fecundidad para maximizar su seguridad o movilidad social, o ambas. Sin ir más lejos, el caso de la comunidad mormona en los Estados Unidos ilustra esta hipótesis, adoptando un comportamiento reproductivo que la convierte en la comunidad con mayor fecundidad, con lo que el control de la reproducción queda relegado a un segundo plano (Johnson, 1993).

El último enfoque, el de la "especificidad de teología" (particularized theology) propuesto por Goldscheider (1971), matiza los efectos directos de la religión sobre la reproducción al señalar que las opciones personales reproductivas pueden estar afectadas por los ideales individuales. En este sentido, el efecto de la religión puede verse modificado por características como el nivel socioeconómico, el nivel educativo de los individuos que forman parte de los grupos religiosos. También el efecto de la religión en el comportamiento reproductivo está influenciado por las posturas que tienen las doctrinas religiosas sobre control de la fecundidad (práctica de anticoncepción). Así pues, los discursos sobre el control



de la fecundidad pueden variar de los conservadores protestantes a la comunidad religiosa católica (McQuillan, 2004; Doctor, Phillips y Sakeah, 2009).

En sentido inverso de los estudios anteriores Doctor, Phillips y Sakeah (2009) constataron que el paso de las prácticas religiosas tradicionales al cristianismo en la región de Kassena-Nankana, región nororiental de Ghana, estaba significativamente asociado con el aumento del uso de anticonceptivos en las mujeres y la disminución de la fecundidad en esa región (Doctor, Phillips y Sakeah, 2009).

Al contrario, otros estudios han demostrado que la fe religiosa no es un factor determinante del uso de la anticoncepción. Adanu et al. (2009) afirmaron que la afiliación religiosa no había influido en el uso de anticonceptivos en Accra, Ghana. Asimismo, un estudio comparativo realizado en Nigeria confirmó que no era significativa la influencia de la religión en el uso de anticonceptivos (Wusu, 2014). Se han sugerido algunas razones por las cuales la religión puede no tener influencia en el uso de anticonceptivos, entre las cuales se argumenta que una mujer de nivel educativo superior, su afiliación étnica y religiosa no tiene un efecto significativo en su uso actual de anticonceptivos (Adanu et al., 2009).

En acuerdo con los hallazgos anteriores, datos de la DHS para Haití, en 2010, sugieren que la gran mayoría de las mujeres (90%) declaró tener una afiliación religiosa al momento de la encuesta; sin embargo, no se pudo establecer estadísticamente ninguna influencia de la pertenencia religiosa de esas mujeres en el uso de anticonceptivos (Lachaud, 2010). En un estudio cualitativo sobre las barreras percibidas para el uso de anticonceptivos entre las mujeres rurales de Haití, De Gouvenain (2017) mostró que cinco de cada seis mujeres declaran haber considerado su religión al tomar decisiones sobre la anticoncepción. De estas cinco, cuatro señalaron que, aunque su comunidad religiosa prohíbe el uso de anticonceptivos modernos, era la mejor opción para ellas y sus familias. Dos de ellas señalaron que no querían que en su iglesia se supiera que estaban usando anticonceptivos. Una de ellas dijo que su iglesia sí apoyaba el uso de anticoncepción.

En las encuestas DHS, la variable religión es un parámetro que debe tomarse con cuidado por la manera en que se construye en el cuestionario y la poca información que brinda sobre la práctica religiosa de las entrevistadas. De hecho, la pregunta del cuestionario de la encuesta sólo permite establecer la pertenencia religiosa de la encuestada. Sin embargo,



no se proporciona información sobre el nivel de participación de la persona en la misma. Para entender mejor el nivel de influencia del discurso religioso en el estilo de vida del creyente sería necesario contar con más información.

A la luz de estas diferentes consideraciones en torno al uso de anticonceptivos, NNSA y religión, resulta conveniente señalar que no hay acuerdo en la literatura consultada acerca de la relación entre uso de anticoncepción, NNSA y religión, por lo que se explorará en el contexto haitiano.

#### 1.5.5. Uso de métodos anticonceptivos, NNSA y Tipo de unión

Al analizar el efecto del tipo de unión sobre el comportamiento anticonceptivo y las NNSA, surge la noción de "estabilidad", que es un factor inherente a las uniones y puede afectar la intención y, posteriormente, la decisión de tener o no hijos (Maynard-Tucker, 1996). Este mecanismo se explica por el hecho de que las mujeres involucradas en uniones informales pueden encontrarse en situación de incertidumbre sobre el futuro de la relación en la que se encuentran, por lo que deciden no tener hijos con un cónyuge cuya separación puede ocurrir en cualquier momento, o que no se responsabiliza de la crianza de los hijos. Todo esto impacta en el comportamiento de uso de anticonceptivos de manera que las mujeres utilicen la anticoncepción como una alternativa segura para el futuro. Así, dentro del matrimonio, que es el tipo de unión más estable, el uso de anticonceptivos puede ser el resultado de la concordancia entre las parejas (Makinwa-Adebusoye, 1992; Caldwell, Orubuloye & Caldwell, 1992).

Al considerar los trabajos empíricos sobre la relación entre uso de anticoncepción y tipo de unión, Manlove et al. (2014) aportaron evidencias empíricas al emprender un enfoque analítico basándose en la duración de las relaciones. Los resultados indican que las parejas que mantienen relaciones duraderas utilizan muchos menos métodos anticonceptivos que las parejas que mantienen relaciones de corta duración. Estos resultados no sólo se observan respeto a la dureza de las relaciones, sino también en un marco que tiene en cuenta el grado de conflicto e intimidad entre las parejas (Manlove et al., 2014). Por otra parte, la estabilidad de los arreglos conyugales, puede ser un factor que favorece el uso de anticonceptivos,



evidencias empíricas han mostrado que las mujeres que declaran tener varias parejas sexuales durante un período de seis meses eran casi dos veces más propensas a utilizar algún método anticonceptivo que las que declaran no haber tenido varias parejas (Adanu et al, 2009; Germek, 2012).

En otros tipos de uniones el uso de anticonceptivos puede ser el resultado de la rivalidad entre mujeres. En las uniones poligámicas, por ejemplo, (por lo general en los países africanos y en las comunidades vudú de Haití), las mujeres tienden a legitimar su unión con nacimientos, en cuyo caso el uso de anticonceptivos puede evolucionar negativamente en este tipo de unión. Palamuleni (2013) constata que las mujeres que viven en hogares polígamos tienen menos probabilidades de utilizar anticonceptivos que las que viven en hogares monogámicos, ya que compiten con las otras mujeres por los hijos, tienen menos relaciones sexuales y se adhieren más a las creencias tradicionales sobre la anticoncepción.

En lo que se refiere a Haití, aunque la poligamia no está legalmente establecida, diversos tipos de unión informal (relación de visita, concubinato y otros) son comunes. De hecho, en 2016 la unión libre, principalmente compuesta de concubinato y relación de visita, ha sido el tipo de unión más frecuente entre las mujeres y los hombres de 15 a 49 años (26% y 23%, respectivamente), y también el 14% de las mujeres de 15 a 49 años casadas declararon que su cónyuge tenía otra o más mujeres (Institut Haitien de l'Enfance & ICF, 2018). En tal situación, la competencia entre las mujeres podría no ser demasiado diferente del contexto de poligamia, en la medida en que cada una intenta legitimar su relación con un número de nacimientos superior al de los otros rivales. Por lo tanto, en tal situación, el tipo de unión puede ser determinante para rechazar el uso de la anticoncepción, a una paridad dada.

## 1.5.6. Uso de métodos anticonceptivos, NNSA y la concordancia en la pareja sobre el uso de anticonceptivos

En cuanto a la concordancia entre parejas, conviene mencionar que cuando las opiniones dentro de la pareja sobre la intención o la decisión de tener hijos coinciden, no hay mucha dificultad para seguir un plan de reproducción común que refleje sus acuerdos; a saber, un acuerdo para usar o para no anticoncepción. En el otro caso, cuando las perspectivas reproductivas difieren entre los miembros de la pareja, la discrepancia tendrá consecuencias



sobre el plan de reproducción y ésta puede variar en función de cómo se establezca la relación de poder entre los cónyuges. Sin embargo, las evidencias empíricas demuestran que ante los desacuerdos, es más posible el uso de anticoncepción (Feyisetan, 2000; Oyediran, 2002).

La concordancia en la pareja sobre el uso o no de anticonceptivos debe tenerse en cuenta según el contexto social y económico en el que se encuentran las parejas. En el caso de países en desarrollo como la gran mayoría de los del continente africano y como Haití, la desaprobación del marido, en el caso de las parejas en cohabitación, es un factor significativo en la falta de uso de anticonceptivos, lo que ocasiona la situación de NNSA por parte de las mujeres que desean limitar o espaciar nacimientos. De igual forma, las normas culturales son muy influyentes en la vida de las parejas, en las que las mujeres casadas no se sienten libres de discutir los métodos anticonceptivos con sus maridos, porque en muchas comunidades, las discusiones sobre temas sexuales siguen siendo tabú tanto para hombres como para mujeres y las parejas pueden tener miedo de plantear el tema de la anticoncepción, especialmente al principio del matrimonio (Khan et al., 2008). En otro orden de ideas, ciertos autores argumentan que en situaciones de conflicto, cuando las parejas se ponen a discutir sobre planificación familiar, las mujeres a menudo tienen la última palabra en la toma de decisiones (cuando las intenciones reproductivas difieren de un miembro de la pareja al otro). De manera empírica, las evidencias muestran que en los casos en que las parejas logran acuerdos, eso puede tener un impacto en el uso de anticonceptivos (Rakhshani, Niknami & Moghaddam, 2005).

Blackstone e Iwelunmor (2017), utilizando datos de DHS sobre Nigeria, han obtenido resultados que subrayan la importancia de las parejas masculinas en la toma de decisiones de las mujeres en materia de anticonceptivos. En efecto, la percepción de las parejas masculinas de que las decisiones relativas a la salud deberían adoptarse de manera conjunta o principalmente por las mujeres se asociaba positivamente con la utilización. También se ha demostrado que las mujeres tienen menos probabilidad de utilizar métodos folclóricos, comparado con no usar métodos, en las parejas en las que el cónyuge masculino tiene mayor capacidad de generación de ingresos. En un contexto particular de las relaciones de género y las prácticas anticonceptivas entre las parejas palestinas, Memmi y Desgrées du Loû (2015) sostienen que la anticoncepción parece ser una cuestión conyugal en muchos casos, tanto en



lo que respecta a la toma de decisiones como al deseo de los cónyuges sobre la fecundidad. La anticoncepción se utiliza más en aquellas parejas que discutieron el número de hijos que querían y en las parejas en las que la decisión de utilizar anticonceptivos es común. Se utiliza menos cuando el marido decide solo o cuando la mujer decide sola, en comparación con las parejas en las que la decisión la toman dos personas (Memmi & Desgrées du Loû, 2015).

Por último, cuando los hombres consideraban los anticonceptivos como un factor que favorecía la promiscuidad, las mujeres tenían menos probabilidades de utilizar métodos modernos (Blackstone & Iwelunmor, 2017). En el distrito Mumbunda, en Lubumbashi (República Democrática del Congo), se comprobó que las mujeres que contaban con el apoyo de sus parejas utilizaban en mayor medida métodos de anticoncepción que las que carecían de ello; además, se ha demostrado que las mujeres que hablan con fluidez con sus cónyuges utilizan más los métodos que las que nunca discuten (Takele, Degu & Yitayal, 2012; Matungulu et al, 2015). Osei et al (2014) mostraron que las mujeres ghanesas que vivían en Accra, Ghana, y su zona metropolitana y tenían cónyuges que las apoyaban tenían más probabilidades de seguir utilizando anticonceptivos modernos, cuenta pesar del temor a los efectos secundarios.

Aunque el diálogo no significa automáticamente un acuerdo entre las parejas, cabe mencionar que sigue siendo un elemento importante para tener una idea sobre cómo se toman las decisiones relativas a la planificación familiar. En el caso de Haití, no se han identificado trabajos que pongan de relieve el efecto de la concordancia en el uso de la anticoncepción; sin embargo, el preservativo masculino se encuentra dentro de los tres métodos anticonceptivos más utilizados en el país (Ward et al, 2015), lo que hace pensar que hay un cierto nivel de acuerdo de parte de las parejas masculinas con sus parejas sobre el control de los nacimientos.

## 1.5.7. Uso de métodos anticonceptivos, NNSA y conocimiento de métodos anticonceptivos

El conocimiento sobre los métodos anticonceptivos (sus aplicaciones, sus posibles efectos secundarios y los diferentes tipos), desempeña un papel importante en el uso de estos. Bongaarts y Bruce (1995) mostraron en un estudio basado en 15 encuestas DHS, realizadas



en países en desarrollo entre 1986 y 1990, que el 25% de las mujeres que querían espaciar o limitar su fecundidad, no eran usuarias por falta de conocimiento de métodos anticonceptivos. El conocimiento de los métodos anticonceptivos y su uso están vinculados en la medida en que, incluso en sus formas más modernas, la práctica de la anticoncepción sigue siendo muy restrictiva, porque requiere un conocimiento suficiente del ciclo de vida reproductiva y el respeto de las dosis que a veces se extienden durante largos períodos (Nounke, 2011).

De manera práctica, el uso de la anticoncepción se basa sobre todo en un cierto nivel de conocimiento de los métodos de planificación, del conocimiento práctico de los mecanismos de utilización, así como informaciones precisas relativas a las fuentes de suministro. Por otra parte, conocer un cierto número de métodos amplía el espectro de posibilidades por parte de las mujeres para escoger uno que se adapte a su gusto, a su anatomía; lo que contribuye en la satisfacción de las necesidades de anticoncepción. (Ahmadi e Iranmahboob, 2005). De igual forma, se ha demostrado que el aumento del nivel de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos y sus fuentes puede desempeñar un papel crucial en la satisfacción de las necesidades de anticoncepción (Bhushan, 1997).

Son numerosos los estudios que ponen de relieve los efectos determinantes del conocimiento en materia de planificación familiar. De este modo, en el marco de una investigación sobre los determinantes de necesidades no satisfechas entre mujeres en situación de amenorrea postparto, Wilopo et al (2017) han demostrado que tener un conocimiento de cuatro o más métodos anticonceptivos está fuertemente asociado con su uso.

En los países en desarrollo, estudios e informes de investigación coinciden en que la gran mayoría de las mujeres declaran tener conocimiento de al menos un método de anticoncepción (Chipeta, Chimwaza & Kalilani-Phiri, 2010; Ward et al, 2015; Matungulu et al., 2015). En el Congo, los estudios han demostrado que las mujeres con un alto nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos tienen casi el doble de probabilidades de ser usuarias que las mujeres con un bajo nivel de conocimientos (Matungulu et al, 2015). Lo mismo ocurre en Kenia y Etiopía, donde el uso de métodos anticonceptivos de larga duración está asociado con un alto nivel de conocimientos (Alemayehu, Belachew & Tilahun, 2012; Do & Hotchkiss, 2013).



En Haití, en la última encuesta EMMUS VI se observó que todas las mujeres encuestadas afirmaron haber oído hablar de un método de anticoncepción por lo menos (Institut Haitien de l'Enfance & ICF, 2018). Sin embargo, de manera empírica, se constata una escasez de trabajos que destaquen la relación entre conocimiento los métodos y uso de anticonceptivos en el país. Entre las pocas evidencias consultadas se encuentran los trabajos de Fene y Cacique (2019) que han analizado la relación conocimiento-NNSA mediante un índice construido. Dada la información de que disponemos, seguiremos el mismo camino, consistente en construir un índice a fin de sintetizar los datos sobre el conocimiento del método anticonceptivo.

Tras este recorrido conceptual y empírico sobre las preferencias reproductivas, el uso de anticonceptivos y la necesidad insatisfecha de anticonceptivos, es conveniente ahora hacer una delimitación espacial y contextual en el cual esos términos van a ser abordados en el resto de este trabajo. Por ello, el próximo capítulo se centrará en la presentación del espacio haitiano en términos sociodemográficos, económicos y de salud.



# Capítulo 2: Presentación del contexto sociodemográfico, socioeconómicos y de la salud reproductiva de Haití en 2017

El objetivo principal de este capítulo consiste en ofrecer una breve descripción de la situación sociodemográfica, socioeconómica y del sistema de salud reproductiva de Haití. La presentación se hará con la base de recursos bibliográficos nacionales e internacionales. Así pues, se utilizarán los informes de encuestas nacionales como la EMMUS VI y la Encuesta de Evaluación de la Prestación de Servicios de Atención de la Salud (SPSSS, por sus siglas en francés) realizada por el Instituto Haitiano de la Infancia (IHE, por sus siglas en francés) en colaboración con el programa DHS. También se utilizarán otros informes anuales como los del Banco Mundial, del Instituto Haitiano de Estadística y de Informática de Haití (IHSI, por sus siglas en francés) y el del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), entre otros.

En términos de estructura, el capítulo se divide en tres secciones: la primera incluirá una presentación sociodemográfica a través de algunos indicadores clave como el tamaño de la población (estimado), el nivel de fecundidad, la tasa de crecimiento demográfico y la esperanza de vida al nacer; el segundo apartado se enfocará en la situación socioeconómica del país mediante parámetros como el Producto Interno Bruto (PIB), el nivel de desempleo, los indicadores de pobreza y la desigualdad socioeconómica; y la última abarcará una breve presentación del sistema de salud en general y de la situación de la salud reproductiva en particular.

#### 2.1. Acerca del contexto demográfico

Antes de abordar el tema de esta subsección, es importante hacer un breve repaso del contexto geográfico del país. En este sentido, la Republica de Haití, cuya capital es Puerto Príncipe, comparte la isla Haití con la República Dominicana. El país tiene una superficie de aproximadamente 27,750 km² y está dividido administrativamente en 10 departamentos, 140 municipios y 570 secciones municipales. Aproximadamente el 52% de la población en 2015 residía en zonas urbanas (Institut Haïtien de l'Enfance & ICF, 2018; María et al, 2018). Desde



el punto de vista demográfico, la población haitiana fue estimada en 2017 en 10,935,771 habitantes<sup>4</sup>, con una densidad poblacional de 394 personas por km<sup>2</sup>. Durante el mismo año, al observar la pirámide de edad quinquenal, se puede notar que la población femenina estaba ligeramente sobrerrepresentada en comparación con el conjunto de hombres. Esto fue sostenido por el índice de masculinidad estimado a 0.98 (98 hombres por cada 100 mujeres). En cuanto a la distribución etaria, más de un tercio de la población total tenía menos de 15 años, mientras que la edad media era de 23 años. Esto hace de la población haitiana de 2017 una población muy joven (Institut Haitien de l'Enfance & ICF, 2018).

Al analizar los principales indicadores de reproducción para ese año, se puede notar que la tasa bruta de natalidad se estimó en 24.3 nacimientos por cada mil habitantes. Por lo que respeta a la fecundidad, se registró una tasa total de 3 hijos por mujer, inferior a la tasa de 2012 que fue estimada en 3.5 hijos por mujer. Si se tiene en cuenta la tasa de reproducción por grupos etarios, conviene notar que es más elevada entre las mujeres de 25 a 29 años (es decir, 103 nacimientos por cada mil mujeres). Respeto al lugar de residencia, se observa que es más alta en las zonas rurales que en las áreas urbanas para todos los grupos de edad considerados. Además, es importante notar que la esperanza de vida al nacer se estimó a 62.2 años. Lo que se puede considerar como una disminución respeto al año 2015 donde la esperanza de vida al nacer fue estimada a 62.9 años (Institut Haitien de l'Enfance & ICF, 2018).

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> http://countrymeters.info/en/Haiti#facts (Population figures are estimates by Countrymeters (countrymeters.info) based on the latest United Nations data). Haití Population. Consultado el 20 de marzo de 2020.



80+ 75-79 70-74 65-69 60-64 55-59 50-54 45-49 ■ Mujeres 40-44 Hombres 35-39 30-34 25-29 20-24 15-19 10-14 5-9 -0.04 -0.02 0.02 0.04 0.06 -0.06 -0.080.08

Gráfica 2.1. Haití. Pirámide de edades quinquenales la población en 2017

Fuente: Elaboración a partir de los datos de Population Pyramids<sup>5</sup>

#### 2.2. Sobre el contexto económico

El año 2017, en Haití coincidió la ocurrencia de varios acontecimientos y las secuelas de otros que se habían producido en el año anterior, algunos de los cuales habían tenido graves impactos en el entorno económico del país. Dentro de estos eventos se puede mencionar el huracán Matthew en octubre de 2016, el fin del gobierno de transición y la llegada de un gobierno elegido democráticamente en febrero de 2017. A nivel macro, el PIB de la economía haitiana se estimó en 16,000 mil millones de gourdes (aproximadamente 836 mil millones de dólares de los EE. UU.) con un PIB per cápita estimado en 761 dólares. Esto corresponde en términos reales a un crecimiento del 1.2%. Estos resultados indican la mala salud económica del país en comparación con el año anterior, en el que se estimó un crecimiento en términos reales del 1.5%. Asimismo, ha habido un deterioro del poder adquisitivo de los consumidores. De hecho, la tasa de inflación interanual se estimó en un 14.6% para el año 2017 en comparación con el 12.5% registrado el año anterior (IHSI, 2017; Institut Haïtien de l'Enfance & ICF, 2018).

\_

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup>Recuperado a partir del sitio: <a href="https://www.populationpyramid.net/haiti/2017/">https://www.populationpyramid.net/haiti/2017/</a>. Consultado el 20 de marzo de 2020.



Este deficiente desempeño económico (parte de una larga serie) hizo de Haití la 22ª nación más pobre del mundo durante el año en cuestión, mientras que la repartición de la riqueza en el territorio sigue siendo muy desigual (según la última medición de 2012, el índice de Gini es de 0.56) (Institut Haïtien de l'Enfance & ICF, 2018). En lo que respeta al mercado laboral, la realidad no es diferente de la de otros sectores socioeconómicos. De hecho, la tasa de desempleo en relación con la población total se estima en torno al 13.4%; esta situación es aún más grave en la población femenina, donde esta tasa es del 16.3% <sup>6</sup>. Al considerar el nivel de pobreza en términos de ingresos, más de seis millones de haitianos vivían por debajo del umbral de pobreza con menos de 2.42 dólares al día y más de 2.5 millones vivían por debajo del umbral de pobreza extrema con menos de 1.23 dólares al día <sup>7</sup> (CRS, 2020).

Esta precariedad generalizada a nivel de país no sólo compromete la vida socioeconómica en el presente, sino también debilita aún más el futuro de las próximas generaciones, puesto que Haití ocupó el puesto 168 de 189 en el Índice de Capital Humano con una puntuación de 0.4. Es decir, un niño nacido en 2017 en Haití sólo será un 40% productivo creciendo de lo que sería si estuviera completamente educado y sano (World Bank, 2019).

# 2.3.Acerca del sistema de salud global y de la salud reproductiva en Haití en 2017

#### 2.3.1. La organización del sistema de salud

El sistema de salud haitiano, bajo la dirección del Ministerio de Salud Pública y Población, (MSPP) cuya función es regular y controlar toda la acción pública y privada en el sector de la salud, se organiza a partir de tres distintos ejes principales: el sistema público, el sistema

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> Estos datos fueron obtenidos del sitio web del Banco Mundial el 22 de marzo de 2020. https://donnees.banquemondiale.org/indicator/SL.UEM.TOTL.FE.ZS?locations=HT&view=chart

https://www.worldbank.org/en/country/haiti/overview#1



privado y el sistema mixto. El sistema público consiste en un conjunto de instituciones a disposición del Estado para garantizar la protección, el mantenimiento y el restablecimiento de la salud de los ciudadanos en todo el país. El sistema de salud privado, su parte, consta de dos ramas. Por un lado, la rama privada con fines de lucro, en el que las instituciones suelen estar estructuradas como sociedades o corporaciones, dentro de las cuales se lleva a cabo la actividad de los médicos particulares. En efecto, estos establecimientos privados contratan a médicos, socios o no, para asegurar la composición del personal médico, que es esencial para sus operaciones. Por otro lado, existe el sector privado sin fines de lucro con establecimientos sanitarios que auxilian a la población en materia de servicios de salud cobrando a cambio una tarifa de servicio, a menudo muy asequible para los más vulnerables. Estas instituciones están dirigidas y subvencionadas en su mayor parte por organizaciones no gubernamentales, misiones religiosas y otras (Institut Haïtien de l'Enfance & ICF, 2019).

Luego está el sistema mixto, en el que las instituciones de atención de la salud funcionan como organizaciones sin fines de lucro, pero reciben subsidios del gobierno, ya sea para subvencionar el costo de los servicios prestados o para asegurar el pago de su personal médico como resultado de la reestructuración tras la adición de uno o más servicios para satisfacer mejor las necesidades de la población y la comunidad. Además, hay algunas instituciones paramédicas que proporcionan auxiliares para apoyar a los médicos en los centros de atención. Este tipo de instituciones incluye laboratorios de análisis clínicos, centros de diálisis, farmacias, casas de lentes, centros de ambulancias, laboratorios farmacéuticos (Institut Haïtien de l'Enfance & ICF, 2019).

En paralelo a este sistema sanitario formal, es importante señalar la existencia del sistema de medicina tradicional (generalmente muy difundida en las zonas rurales) en la que se encuentran actores como las parteras, los "hougans" y las "mambo" (sacerdotes y sacerdotisas vudú), los herboristas y los curanderos (Généus y Azor, 2019). Esta alternativa al sistema de salud formal sirve de recurso para quienes se encuentran marginados socioeconómicamente y tienen poco o ningún acceso al sector formal.



#### 2.3.2. Realidad del sistema sanitario nacional

Una breve recapitulación de los principales indicadores revela qué tan precario fue el sistema de salud durante el año 2016. En efecto, se registró la existencia de 23,344 profesionales de la salud en todo en el país. Considerando la relación entre la población y el número de médicos, se estimó que por cada diez mil habitantes, hay 1.4 médicos y 1.8 enfermeras en el sector público, mientras que en el sector privado hay 1.0 médico y 2.1 enfermeras por cada diez mil habitantes (OPS, 2017). En 2017 la tasa de mortalidad se estimó en 59 muertos por cada mil habitantes, lo que es significativamente inferior a la de 1995 (74 muertos por cada mil habitantes). La prevalencia del VIH/SIDA es del 2% (0.2 puntos porcentuales más en comparación con 2006) y sigue siendo un importante desafío para el sistema de salud del país. En lo que respeta al sistema para la prestación de servicios e infraestructura, en 2017, casi el 42% de los establecimientos de salud ofreció todos los servicios de salud básicos, incluida la atención curativa ambulatoria de niños enfermos, los servicios de vacunación de niños hospitalizados, la vigilancia del crecimiento de los niños, el suministro de métodos anticonceptivos modernos, los servicios de diagnóstico y el tratamiento del paludismo, entre otros (Institut Haïtien de l'Enfance & ICF, 2018; Institut Haïtien de l'Enfance & ICF, 2019).

Por otra parte, sólo el 76% de las instalaciones médicas en Haití tiene electricidad de manera regular, el 61% tiene baños para los pacientes y el 28% tiene un sistema de transporte de emergencia funcional en todo momento. Mientras que el 67% de las instituciones de salud tiene equipo para la esterilización, sólo el 26% puede utilizarlo. Por último, los servicios de salud buco-dental y mental están muy poco disponibles. De hecho, sólo el 16% de las instalaciones ofrece servicios bucodentales y el 26% ofrece atención de salud mental. Cabe señalar también que existe gran disparidad entre las zonas metropolitanas de las grandes ciudades y las zonas rurales, ya que la mayoría de estos establecimientos sanitarios están situados en las ciudades, mientras que las zonas remotas cuentan con dispensarios y hospitales mal equipados (Institut Haïtien de l'Enfance & ICF, 2019).



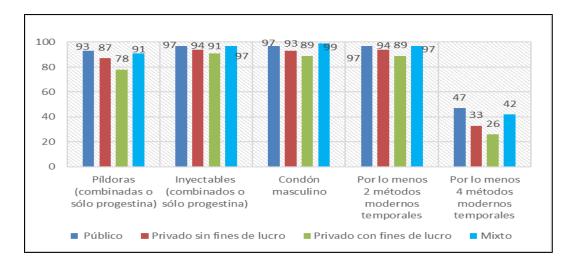
#### 2.3.3. La situación de la salud sexual y reproductiva en Haití en 2017

En términos organizacionales, los servicios de salud sexual y reproductiva se encuentran en gran parte integrados en el sistema general de salud. Desde esta óptica, los servicios de SSR se encuentran en centros médicos, hospitales y clínicas. En cuanto a la disponibilidad de estos servicios, el 74% de las instituciones de salud encuestadas en 2017 declaró ofrecer un método moderno y temporal de planificación familiar y el 6% de ellas ofreció la esterilización masculina o femenina. En la misma línea de prestación de servicios, casi todos los establecimientos (más de 95%) proporcionaron, prescribieron u orientaron a los pacientes sobre inyectables, preservativos masculinos y píldoras anticonceptivas; y el 28% la anticoncepción de emergencia. También tenemos que notar que durante este mismo año 2017, los servicios de FP variaron según el tipo de sector y la configuración geográfica. De este modo, los servicios de PF están más disponibles en el sector público y mixto, en comparación con las instalaciones del sector privado. Considerando la distribución geográfica, el 88% de las instituciones de salud pública en los departamentos Noreste y Noroeste cuentan con servicios de planificación familiar; mientras este porcentaje alcanza el 89% en el departamento de Grande-Anse. (Institut Haïtien de l'Enfance & ICF, 2019).

Al examinar los diferentes métodos en relación con las instituciones que los ofrecen, se observa que predominan las instituciones públicas y mixtas. En efecto, en materia de píldoras anticonceptivas (combinadas o progestágenas solas), se ofrecen en 93% de los establecimientos del sector público, seguido del 91% de los establecimientos mixtos; en cuanto a los inyectables, la oferta del sector público iguala la del sector mixto en un 97%. En términos de condón masculino el sector mixto ofrece 99% contra 97% por parte del sector público. Además, el sector público ofrece al menos cuatro métodos modernos temporales en un 47%, mientras que el sector mixto ofrece al 42%. Cabe mencionar también que el sector privado sin fines de lucro se posiciona como tercer proveedor más importante en todos los métodos mencionados, mientras que el sector privado con fines de lucro ocupa el último lugar en todas las categorías (véase la gráfica 2.2).



Gráfica 2.2. Porcentaje de instituciones que ofrecen servicios de planificación familiar y proporcionan métodos específicos por sector



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta evaluación de la prestación de servicios de atención de la salud 2017.

En lo que se refiere a la atención prenatal, se observa que los servicios están disponibles pero las mujeres no cumplen cabalmente con las recomendaciones de las autoridades sanitarias. Así, el 92% de las instituciones de salud encuestadas en 2017 ofrecían servicios de consulta prenatal, de los cuales, el 84% se proporcionan durante 5 o más días a la semana, y 71% de las instituciones contaron con al menos un miembro del personal capacitado en atención prenatal. Al mismo tiempo, se observa que el porcentaje de mujeres que hicieron las cuatro visitas prenatales recomendadas fue solamente 67%. En cuanto a los partos realizados durante este año, el 39% tuvo lugar en una institución sanitaria y el 42% de ellos fueron asistidos por un obstetra calificado (médico, enfermera o enfermera obstétrica).

Respeto a la atención neonatal, casi siete de cada diez (69%) mujeres que tuvieron un nacido vivo en los cinco años anteriores a la encuesta no tuvo una consulta posparto, mientras que el 55% de los recién nacidos no recibió atención posparto en los dos primeros días después del nacimiento (Institut Haïtien de l'Enfance & ICF, 2019). Esta discrepancia entre la disponibilidad de servicios prenatales y neonatales podría deberse al precario contexto económico en que viven las familias, así como al contraste entre las zonas urbanas y rurales del país.



#### Capítulo 3: Metodología de investigación

El presente capítulo está dedicado a una presentación detallada de los diferentes procedimientos seguidos para llevar a cabo la investigación. Se inicia exponiendo las preguntas de investigación, los objetivos del estudio y, sobre todo, las hipótesis elaboradas sobre la base de las revisiones empíricas realizadas anteriormente. La segunda sección se centra en los datos utilizados. Otras secciones de este capítulo incluyen una descripción detallada de los pasos seguidos en la construcción de un índice, la reclasificación del índice de riqueza de los hogares y un análisis de las estrategias analíticas (descriptivas, bivariadas y multivariadas) adoptadas.

#### 3.1. Pregunta de investigación

A partir de las consideraciones conceptuales, y los antecedentes empíricos revisados previamente en torno a las preferencias reproductivas, el uso de métodos anticonceptivos y a las NNSA, resulta importante preguntarse sobre la naturaleza de los factores que afectan el comportamiento anticonceptivo y de los determinantes de las necesidades no satisfechas de anticoncepción de las mujeres haitianas unidas y en edad reproductiva en 2017. También es importante preguntarse cómo esos factores afectan a estas últimas. De ahí surgen estas preguntas principales:

- ¿Cuáles son las preferencias de fecundidad de las mujeres unidas de 15 a 49 años?
- ¿Cuáles son los factores que afectan el uso de anticonceptivos de las mujeres unidas y en edad reproductiva que desean espaciar o limitar su fecundidad en Haití en 2017?
- ¿Cuáles son los determinantes de las necesidades no satisfechas de anticonceptivos de este conjunto mujeres unidas y en edad reproductiva en Haití en 2017?

De estas preguntas principales se desprenden las preguntas secundarias que siguen:

a) ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados al uso de anticonceptivos de las mujeres unidas y en edad reproductiva que declaran que no desean tener hijo (s) en Haití en 2017?



- b) ¿Cuáles son los factores socioeconómicos asociados al uso de anticonceptivos de las mujeres unidas y en edad reproductiva que declaran que no desean tener hijo (s) en Haití en 2017?
- c) ¿Cuáles son las características comunes de las parejas que se asocian al uso de anticonceptivos de las mujeres unidas y en edad reproductiva que declaran que no desean tener hijo (s) en Haití en 2017?
- d) ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a las necesidades no satisfechas de anticonceptivos de las mujeres unidas y en edad reproductiva en Haití en 2017?
- e) ¿Cuáles son los factores socioeconómicos asociados a las necesidades no satisfechas de anticonceptivos de las mujeres unidas y en edad reproductiva en Haití en 2017?
- f) ¿Cuáles son las características comunes de las parejas que se asocian a las necesidades no satisfechas de las mujeres unidas y en edad reproductiva que declaran que no desean tener hijo (s) en Haití en 2017?

#### 3.2. Objetivos del estudio

#### a) Objetivos principales

Fundamentalmente, este estudio tiene como objetivos: analizar los factores que se asocian con el uso de anticonceptivos y las necesidades no satisfechas de anticoncepción entre las mujeres unidas en edad de reproducción (15-49 años) que han deseado espaciar o limitar su fecundidad. También tiene por objeto explorar las preferencias reproductivas de este grupo de mujeres.

#### b) Objetivos específicos

De manera específica, a lo largo de este trabajo apuntaremos a:

 Analizar los factores socioeconómicos asociados al uso de métodos de anticoncepción de las mujeres unidas y en edad fértil que desean espaciar o limitar su fecundidad en Haití en 2017;



- Analizar si los factores comunes de las parejas se asocian al uso de anticonceptivos de las mujeres en unión y en edad reproductiva que desean espaciar o limitar su fecundidad en Haití en 2017;
- Analizar los factores sociodemográficos, socioeconómicos y los factores comunes de las parejas que se asocian con las necesidades no satisfechas de anticoncepción de las mujeres en edad de reproducción y unidas en Haití en 2017.

#### 3.3. Hipótesis de investigación

A la luz del marco conceptual y empírico previamente formulado y de las preguntas de investigación y los objetivos de trabajo, se formulan las siguientes hipótesis de investigación:

### a) Hipótesis relacionadas al uso de anticoncepción entre las mujeres unidas y en edad fértil que desean espaciar o limitar su fecundidad en Haití en 2017

- H1: Las mujeres que están en unión formal como el matrimonio tienen menor propensión a hacer uso de anticonceptivos;
- H2: A mayor edad de la mujer, mayor es la posibilidad de usar método de anticoncepción;
- H3: Las mujeres que emprenden una actividad generadora de ingreso son más propensas a usar un método de anticoncepción;
- H4: Un alto nivel de escolaridad propicia una mayor posibilidad de usar anticonceptivos;
- H5: La probabilidad de que una mujer use algún método anticonceptivo aumenta cuando la decisión se toma conjuntamente en la pareja;
- H6: A mayor nivel de conocimientos de métodos anticonceptivos, mayor probabilidad de usar un método anticonceptivo;
- H7: Una mujer que pertenece a un hogar con alto nivel socioeconómico tiene más posibilidad de hacer uso de anticoncepción con respeto a una mujer que vive en un hogar de bajo nivel socioeconómico;
- H8: Vivir en zona urbana aumenta la probabilidad de que una mujer use un método.



### b) Hipótesis relacionadas a las NNSA entre las mujeres unidas y en edad fértil en

#### Haití en 2017

- H9: Estar en una unión informal aumenta la posibilidad de no tener necesidades no satisfechas de anticoncepción en comparación a estar en una unión formal;
- H10: A medida que aumenta la edad, aumenta la probabilidad de no tener NNSA;
- H11: A mayor diferencia de edad entre las parejas, menor es la posibilidad de no estar en una situación de necesidad no satisfecha de anticonceptivos;
- H12: Tomar la decisión de usar anticonceptivos de manera conjunta en la pareja favorece el aumento de la probabilidad de no estar en situación de NNSA;
- H13: Un nivel alto de escolaridad de la mujer garantiza una mayor propensión a no estar en situación de NNSA con respeto a las mujeres de bajo nivel de escolaridad;
- H14: Una mujer en edad reproductiva que reside en el medio rural, tiene menor probabilidad de no estar en situación de NNSA en comparación una residente del medio urbano;
- H15: Formar parte de un hogar con buena condición socioeconómica aumenta la probabilidad de una mujer en edad fértil y unidas de no estar en NNSA comparada con una que pertenece a un hogar de bajo nivel socioeconómico.

#### 3.4. Sobre la fuente de datos

Los datos constituyen un elemento primordial en el ámbito de la investigación, en particular en el ámbito de la investigación cuantitativa. Los modos de recolección y las herramientas técnicas utilizadas dan cuenta de la calidad de los datos. Por ello, antes de emprender cualquier uso de estos recursos estadísticos, es necesario aclarar su procedencia, revisar los planes de muestreo y el contexto global en el que se han recogido. Así, en el marco de este trabajo, se utilizan los datos de la sexta encuesta de Mortalidad, Morbilidad y Utilización de Servicio (EMMUS VI) que se ha llevado a cabo entre los años 2016 y 2017. Esta encuesta fue realizada por el Instituto Haitiano de la Infancia (IHE, por sus siglas en francés) en colaboración técnica del Instituto Haitiano de Estadística e Informática (IHSI, por sus siglas en francés) y gracias al apoyo institucional del Ministerio de Salud Pública y Población



(MSPP) y el programa mundial de encuestas demográficas y de salud (DHS por sus siglas en inglés).

El objetivo principal de las encuestas EMMUS es recopilar datos sobre los niveles de fecundidad, las preferencias en materia de fecundidad, el conocimiento y la utilización de métodos de planificación de la familia, las prácticas de lactancia materna, la mortalidad infantil, la salud infantil y materna y el estado nutricional de la madre y el niño. Desde el punto de vista de la metodología de muestreo, la muestra del EMMUS es estratificada, y en dos etapas.

En la primera etapa, se seleccionaron las secciones de enumeración (SDE) o agrupaciones en todo el territorio nacional, con probabilidad proporcional al tamaño. La base de muestreo elegida para esas EMMUS después del año 2003 es del Censo General de Población y de la vivienda de 2003 (RGPH 2003 por sus siglas en francés), con una actualización parcial en 2005 y en 2011 por el IHSI. En segundo lugar, se seleccionó una muestra de hogares con una probabilidad uniforme de la lista recientemente elaborada. Con respecto a los encuestados, las mujeres de 15 a 49 años que vivían habitualmente en los hogares seleccionados o que estaban presentes la noche anterior a la encuesta tenían derecho a ser interrogadas. En dos terceras partes de los hogares, la encuesta se realizó también entre los hombres de 15 a 64 años (Ver "Institut Haitien de l'Enfance & ICF, 2018". pp 1-4).

#### 3.4.1. Presentación de la submuestra bajo estudio

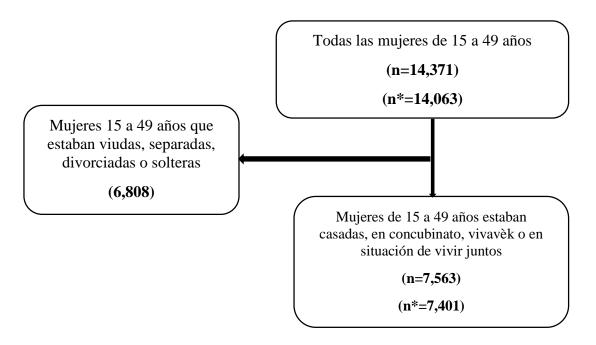
Nuestra submuestra de interés en este trabajo está constituida por las mujeres de 15 a 49 años que estaban en unión en el momento de la encuesta. La selección de este grupo de mujeres se hace principalmente para poder analizar ciertas características comunes a los miembros de la pareja (como la diferencia de edad, la decisión sobre el uso de anticonceptivos y la concordancia sobre el número de hijos). Si ampliábamos a las mujeres sexualmente activas, habría sido imposible analizar estas características comunes que acabamos de mencionar para todas las mujeres de la muestra, ya que entre las que eran sexualmente activas también había viudas, separadas, divorciadas y solteras; para quienes las características comunes no son aplicables. Además, el hecho de estar en una unión expone a las mujeres a tener relaciones



sexuales de forma regular. Lo que las pone en mejores condiciones de planificar su reproducción (excepto en el caso de algunas de ellas que vivan separadas de su cónyuge por motivos de trabajo, migración y otros).

Así, en este estudio, se considera como mujeres unidas a aquellas que están casadas o en una unión informal (concubinato, vivavèk / vivir juntos). Según los criterios de edad y unión, la submuestra de trabajo es de tamaño n=7,563 mujeres.

Figura 3.1. Procedimiento de selección de la submuestra<sup>8</sup> en la EMMUS. Haití, 2017



Fuente: Elaboración propia respecto a la EMMUS VI, 2017

Además, para considerar los factores asociados al uso de anticoncepción, se excluirán del análisis a las mujeres que se encontraban embarazadas al momento de la encuesta, por lo que el número de casos ponderados para ese modelo será de 6,795 mujeres.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> n\*: representa el tamaño ponderado que se utilizará en la sección de análisis descriptivo.



#### 3.5.Operacionalización de las variables del estudio

Esta subsección está dedicada a proveer detalles sobre el conjunto de variables que serán manejadas a continuación en este estudio, de acuerdo con el marco conceptual desarrollado anteriormente y a partir del cuestionario de la sexta encuesta EMMUS en Haití y la base de datos de DHS.

#### 3.5.1. Variables dependientes

#### - Uso de anticonceptivos

Esta variable proporciona información sobre si la encuestada o su pareja está usando o no un método para evitar un embarazo al momento de la encuesta. Si está usando uno, las siguientes respuestas obtenidas revelan si está usando un método moderno o tradicional. Para asegurarse de la veracidad de la respuesta, se le pidió a la encuestada que mencione la marca del método utilizado o que presente el embalaje, y también se hicieron otras preguntas sobre la o las fuentes de suministro. Las categorías de respuesta desprendidas de esta variable son: Uso de anticonceptivos y no uso de anticonceptivos.

#### - Necesidades No Satisfechas de anticoncepción (NNSA)

Como se desarrolló anteriormente en la sección conceptual, la NNSA es el resultado de varios cálculos en los que se utiliza un algoritmo e insumos como las intenciones reproductivas, el uso de anticonceptivos, etc. Dependiendo de las preferencias expresadas por la mujer, puede haber una necesidad no satisfecha de anticoncepción para limitar los nacimientos, o necesidad insatisfecha de espaciar los nacimientos. En el marco de este estudio, la NNSA es la suma de necesidad para espaciar y de la necesidad para limitar. Esta variable cuenta con dos categorías de respuesta: Tiene NNSA y no tiene NNSA.



#### 3.5.2. Variables independientes

#### 3.5.2.1. Factores sociodemográficos

#### - Edad de la mujer

La edad es una característica individual que se refiere a la mujer y que permite observar la población bajo estudio a través su distribución etaria. La base de datos permite explotar de dos maneras. Por un lado, la edad está disponible al estado bruto como variable numérica discreta. Por el otro, se presenta mediante grupos quinquenales. En nuestro caso, la edad va a ser utilizada bajo el formato agrupado. Y los grupos son: 15-19; 20-24; 25-29; 30-34; 35-39; 40-44; 45-49.

#### - Lugar de residencia

Esta variable proporciona información sobre el lugar en el que han vivido las mujeres durante los últimos 5 años. Contrariamente a los criterios considerados por el IHSI para establecer la diferencia entre las zonas urbanas y rurales, la encuesta EMMUS considera como población urbana a la que vive en las principales ciudades y sus áreas metropolitanas, sin tener en cuenta su grado de infraestructura y, en particular, la disponibilidad efectiva de servicios básicos y un plan de desarrollo urbano. De acuerdo con los criterios establecidos, dicha variable tiene dos categorías de repuestas: Rural y Urbano.

#### - Tipo de unión

La variable de tipo de unión va más allá del tradicional estatus marital para describir en detalle cómo las mujeres de la muestra seleccionada están viviendo su vida conyugal dentro de su hogar en el momento de la encuesta. Las categorías de respuestas relacionadas con esta



variable son tres: 1) casadas, 2) en concubinato, 3) vivavèk<sup>9</sup> y vivir juntos<sup>10</sup>. En esta investigación se agregaron las respuestas vivavèk y vivir juntos en una única categoría.

#### - Religión

La variable religión nos permite categorizar a las mujeres según la comunidad de fe a la que pertenecen. La variable no proporciona información sobre sus prácticas religiosas. Según la declaración de las mujeres, la encuesta presenta las siguientes categorías de respuesta: Católica, Protestante, Vudú, otras y sin religión. Cabe señalar que en el caso del protestantismo, hay varias denominaciones que forman parte de este último. Por ejemplo, bautistas, pentecostales, adventistas del séptimo día, metodistas, etc. Para esta investigación, dado que las respuestas católica y protestante acumulan el 89% de la muestra, se agruparon las otras categorías (sin religión, vudú y otras) en una única categoría "otras".

#### - Número de hijos vivos

Este parámetro brinda información sobre la paridad de la mujer al momento de la encuesta. También permite entender la trayectoria de la vida reproductiva de la mujer encuestada. Su construcción consiste en preguntar a la mujer cuántos hijos tiene fuera y dentro de su hogar. A partir de su respuesta, se hace la suma para obtener el número de hijos vivos al momento de la encuesta. Se trata de una variable numérica discreta con un rango de respuestas que va de cero a 12. Para la presentación de resultados descriptivos, se agrupan los valores de 5 a 12 como 5 y más hijos, en tanto que para los modelos se utiliza la variable original discreta.

#### 3.5.2.2. Factores socioeconómicos

#### - Escolaridad de la mujer

La variable educación proporciona información sobre el nivel de escolaridad de la encuestada. Para determinar el nivel de educación, se le preguntó a la mujer cuál fue la última

-

<sup>&</sup>lt;sup>9</sup> **Vivavèk:** Tipo de unión en la que hay cohabitación y diferentes niveles de vinculación, pero no hay un acuerdo formal de apoyo económico.

<sup>&</sup>lt;sup>10</sup> **Vivir juntos:** Este tipo de relación es similar a una relación de visita. En este tipo de relación, la pareja masculina no vive en la misma casa que la mujer con la que comparte la relación. Esto es muy común entre los hombres que tienen múltiples parejas. (Véase Ward et al, 2015. Pp 5)



clase que aprobó, y luego se le preguntó su nivel de educación en términos del número de años que ha completado. Si las dos respuestas no se contradicen, la mujer se clasifica en una de las siguientes categorías: Sin educación, primaria, secundaria, educación superior. Esta variable está disponible en la base de datos bajo dos formatos distintos: en número de años aprobados y nivel más alto alcanzado. En esta investigación se agrupó la escolaridad superior con el nivel secundario dado el bajo porcentaje de casos de nivel superior (5.2%). La variable escolaridad tiene tres categorías: sin escolaridad, primaria, secundaria y más.

#### - Situación ocupacional

La situación ocupacional de la mujer como variable nos da una idea de si esta última realiza o no una actividad generadora de ingresos. La base de datos proporciona información sobre los distintos sectores de actividad de las mujeres, pero no permite clasificar a las mujeres según trabajen dentro o fuera de su hogar. En este caso nos limitaremos a observar solamente si están ocupadas o no (por ocupadas, se entiende ejercer una actividad generadora de ingresos).

#### - Nivel de riqueza del hogar

Como su nombre lo indica, el índice de riqueza tiene en cuenta el nivel de vida de los hogares. El índice es una puntuación asignada a los hogares basada en el número y el tipo de bienes de consumo que poseen, bienes que van desde un televisor hasta una bicicleta o un ciclomotor, y en características de la vivienda como la fuente de suministro de agua potable, el tipo de retrete utilizado y el material del suelo. Esta variable se clasifica en cuatro grupos que van desde los más pobres a los más ricos. En la sección 3.6 se detalla el método de construcción de esta variable.

#### Conocimiento de métodos anticonceptivos

El conocimiento de los métodos anticonceptivos es un índice construido para tener en cuenta el conocimiento de las mujeres sobre los diferentes métodos anticonceptivos conocidos. Este índice tiene en cuenta el conocimiento de los métodos tradicionales así como los métodos



modernos. De acuerdo con la construcción del índice, se crean tres categorías de respuestas: bajo, medio, alto. (En la sección 3.7 se detalla la construcción del índice).

#### 3.5.2.3. Factores comunes de las parejas

#### - Decisión sobre uso de anticoncepción

En cuanto a la decisión sobre el uso de anticoncepción, se trata de una variable que aborda el nivel de implicación de los miembros de la pareja sobre el uso o no de la anticoncepción. La construcción de esta última se basa en otras dos variables complementarias entre sí. Estas son: "Principal tomador de decisiones para el uso de anticonceptivos" y "Principal tomador de decisiones para el no uso de anticonceptivos". Para estas dos variables, las posibles categorías de respuesta son: la mujer es la principal responsable de la toma de decisiones; el hombre es el principal responsable de la toma de decisión conjunta y otras.

Para construir la variable de decisión sobre el uso de anticoncepción, asumimos que la decisión conjunta o separada sobre el uso de la anticoncepción y la decisión conjunta o separada sobre no usarla son equivalentes y reflejan la idea de que los miembros están involucrados o no en una resolución común. Del mismo modo, se supone que cuando el hombre o la mujer es el principal responsable de la toma de decisiones, es probable que no haya concertación entre los dos, de ahí, la independencia en la decisión de uso de anticoncepción. Con la base en estas suposiciones, se construye la variable decisión sobre uso de anticoncepción. Y las categorías de respuestas de la variable construida son: conjunta e independiente. Además, se incorporó una categoría que incluye a las mujeres que estaban embarazadas al momento de la encuesta, a quienes no se preguntó sobre la decisión sobre el uso de anticoncepción.

#### - Concordancia en la pareja sobre el número de hijos deseados

La variable sobre la concordancia en la pareja sobre el número deseado de hijos nos permite medir en cierta medida la preferencia acerca del número de hijos de hijos de un miembro de la pareja respeto al otro. Esta variable se construye a partir de una pregunta del cuestionario



que identifica el número de hijos deseados por los miembros de la pareja. Las tres categorías de respuestas relacionadas con esta pregunta son: i) ambos quieren lo mismo; ii) el hombre quiere más; iii) la mujer quiere más. Así pues, cada vez que se observa la primera categoría (ambos quieren lo mismo), se considera que están de acuerdo sobre el número de hijos que quieren tener; cuando se observa una de las otras dos categorías, se considera que no están de acuerdo. Así, esta nueva variable creada tiene dos categorías de respuestas: de acuerdo y en desacuerdo.

#### - Diferencia de edad entre parejas

La diferencia de edad es un parámetro que toma en consideración la edad de los dos miembros de la pareja que están involucrados en la relación conyugal; es una variable que permite observar cuál de los miembros es mayor en términos de edad. Su construcción consiste en restar la edad de la mujer a la del hombre. Así, se han construido cuatro categorías de respuestas: la pareja femenina es mayor en todos los casos en que la diferencia resulta negativa, ambos tienen edad similar, la pareja masculina es mayor y la pareja masculina es mucho mayor. Cabe señalar que por edad similar se considera un intervalo de edad de 3 años. Así, entre 0 y 3 años, se considera que hay similitud entre las parejas, entre cuatro y nueve años se considera pareja masculina mayor y a partir de 10 años, pareja masculina mucho mayor.

#### 3.5.2.4. Sobre los indicadores de las preferencias reproductivas

Las preferencias reproductivas se abordan a partir de una serie de cuatro indicadores o variables que son: número ideal de hijos deseado, proporción de mujeres que desean limitar su fecundidad, tasa de fecundidad total deseada y no deseada. Las preguntas que permiten construir esos indicadores se encuentran formuladas en el cuestionario de la siguiente manera: Después del hijo que está esperando, ¿desearía tener otro hijo o preferiría no tener más hijos? (si la encuestada está embarazada) o ¿Le gustaría tener (otro) hijo o preferiría no tener (más) hijos (si la encuestada no está embarazada)? Si la mujer responde que quiere tener más hijos, se hace una pregunta relacionada con el plazo en términos de tiempo en años.



De esta serie de preguntas obtenemos las siguientes categorías de respuesta: Quiere hijo(s) en dos años; Quiere a partir de dos años o más; No quiere más; indecisas. A partir de estas respuestas, logramos resumir las respuestas de la siguiente manera: Quiere tener más hijos; No quiere tener más hijos e indecisa.

En cuanto a los análisis descriptivos relativos a las dimensiones de las preferencias reproductivas, no se va a concentrar solamente en la situación descrita por los datos de la última encuesta (2016-2017) sino que también se van a considerar en un marco evolutivo que abarca el período 1995-2007. Esta elección se hace para comprender mejor las preferencias en el tiempo.

En un marco operacional, consideraremos una variable llamada intención reproductiva que servirá como variable de selección en el modelo que tendremos que especificar y estimar en torno al uso de anticonceptivos. Incluirá categorías de respuesta: quiere tener hijos dentro de dos años o es infértil o está esterilizada; y no quiere tener más hijos o no quiere tenerlos en los próximos dos años. En esta última categoría están las mujeres que declaran estar indecisas tanto sobre si quieren más hijos o no como sobre el momento oportuno.



Cuadro 3.1. Operacionalización recapitulativa de las variables de interés

	Variable	Tipo de variable	Operacionalización
Características sociodemográficas	Edad	Categórica	15-19;20-24;25-29;30-
			34;35-39;40-44;45-49
	Lugar de residencia	Categórica	1: Urbano; 2: Rural
	Religión	Categórica	1: Católica;
			2:Protestante;
			3: Otra
	Tipo de unión	Categórica	1: Casada
			2: Concubinato
			3: Vivavèk/Vivir
			juntos
Historia reproductiva	Número de hijos vivos	Numérica discreta	De 0 a 12
Características socioeconómicas	Situación ocupacional	Categórica	1: No ocupada
			2: Ocupada
	Nivel de riqueza del	Categórica ordinal	1: Muy bajo; 2: Bajo
	hogar		3: Medio; 4: Alto
	Escolaridad	Categórica	1: Sin educación
			2: Primaria
			3: Secundaria y más
	Conocimiento de		1: Bajo;
	métodos	Categórica ordinal	2: Medio;
	anticonceptivos		3: Alto
Parámetros comunes a las parejas	Diferencia de edad	Categórica	1: Mujer mayor
			2: edad similar
			3: Hombre mayor
			4: Hombre mucho
			mayor
	Decisión sobre uso de anticoncepción	Categórica	1: Independiente
			2: Conjunta
			3: Embarazada al
			momento de la
	Intención reproductivo	Cotogórico	encuesta
Variables dependientes	Intención reproductiva	Categórica	0: Quiere hijos; 1: No quiere hijos
	Uso de anticoncepción	Categórica	1: Uso; 2: No uso
	Necesidades No	Categórica	0: Tiene NNSA;
	Satisfechas (NNSA) de	Categorica	1: No tiene NNSA
	anticoncepción		1. INO HEIR ININGA
	anticoncepcion		

Cuadro 3 1

Elaboración propia



#### 3.6. Reclasificación del índice de riqueza de los hogares

Cuando observamos de cerca los procedimientos metodológicos <sup>11</sup> para construir el índice de riqueza de los hogares que siguen las encuestas DHS, podemos ver que este índice cuenta con una propuesta metodológica bien estructurada. Así, el índice tiene en cuenta la mayor cantidad de información posible sobre los hogares, que va desde las características físicas de la casa (tipo de suelo, tipo de materiales de las paredes, tipo de ventanas, tipo de techo, combustible para cocinar, etc.) hasta información sobre la fuente de agua potable utilizada por los hogares, así como el tipo de sanitarios y el uso compartido de instalaciones sanitarias con otros hogares. Además, el índice abarca los diferentes servicios y bienes del hogar, como: electricidad, televisión, radio, relojes, tipos de vehículos, superficie de tierras agrícolas en propiedad, tipo y número de animales en propiedad, cuenta bancaria, etc.

Desde el punto de vista de las técnicas estadísticas utilizadas, no hay nada malo en los métodos y técnicas resaltadas. Sin embargo, al considerar el método de estratificación preferido, puede observarse, en particular en el caso de Haití, que esta clasificación no refleja plenamente la realidad de los hogares. De hecho, para crear los cinco niveles del índice, se construyeron quintiles. Recordemos que los quintiles forman parte de la medición de las posiciones en las estadísticas; esta noción encuentra su importancia en el hecho de que el orden de un cúmulo permite que el valor correspondiente se posicione en una distribución considerada (Lejeune, 2010).

Para construir la agrupación en el método original de la DHS, simplemente se divide la distribución del índice en cinco grupos equivalentes sin mantener conceptos importantes como la variabilidad entre los grupos y dentro de ellos. En este sentido, cuando se calculan

https://dhsprogram.com/programming/wealth%20index/Steps to constructing the new DHS Wealth\_Index.pdf

https://dhsprogram.com/programming/wealth%20index/DHS\_Wealth\_Index\_Files.pdf https://www.dhsprogram.com/programming/wealth%20index/Haiti%20DHS%202016-17/Haiti%20DHS%202016.pdf

<sup>&</sup>lt;sup>11</sup> Los documentos relativos a la construcción del índice de riqueza de los hogares están disponible en la plataforma de DHS a partir de los enlaces:



los porcentajes de los diferentes grupos observamos resultados que parecen incongruentes respeto a la realidad local.

A fin de utilizar el índice creado de manera que se aproxime lo más posible a la realidad del país durante el período 2016-2017, se utiliza otro método de estratificación univariante que es el de Dalenius y Hodges (Scince, 2010). Este método desarrollado por Tore Dalenius y Joseph L. Hodges consiste en crear estratos de tal manera que la varianza intragrupo sea lo más pequeña posible, mientras que la varianza Inter grupo sea máxima (Scince, 2010). En términos mucho más prácticos, con el método Dalenius-Hodges, los "scores" de los hogares más pobres estarán más cerca unos de otros (semejanza entre los pobres), así como los "score" de los hogares más ricos (semejanza entre los ricos), mientras que el grupo de hogares más pobres estará lo más lejos posible del grupo de hogares más ricos (disimilitud entre pobres y ricos).

Para llevar a cabo esta estratificación se utilizó el siguiente procedimiento:

 a) En primer lugar, se estandarizó el índice de riqueza de los hogares para paliar el problema de los valores negativos del índice. La fórmula de normalización utilizada es la siguiente:

$$Z = \frac{X_i - Min(X)}{Max(X) - Min(X)}$$
 (ecuación 1)

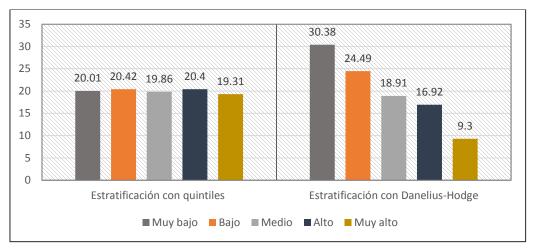
b) En segundo lugar, mediante el paquete R y el de «stratification». logramos calcular los puntos críticos para la construcción de los estratos (los resultados de los cálculos están disponibles en el cuadro A1.1 del anexo I).

Una vez que se construyen los estratos, el índice de riqueza se utiliza a lo largo del resto del trabajo como cualquier otra variable. La grafica 3.1 nos permite observar la distribución de la riqueza de los hogares tanto con la estratificación por el método de los cuantiles como con la estratificación por el método de Dalenius-Hodges. Es importante mencionar que por razones de comparación, se presenta en la gráfica 3.1 la clasificación con cinco categorías, pero en los análisis descriptivos y multivariantes se realiza una reclasificación con cuatro categorías. En el caso de Haití, el nivel de riqueza muy alto representa a un porcentaje bajo de la población. Por esa razón se agrupan el nivel de riqueza



alto y muy alto en un solo estrato. Así, para efectos de esta investigación, se consideran cuatro estratos: 1) muy bajo, 2) bajo 3) medio y 4) alto y muy alto.

Gráfica 3.1. Distribución del índice de riqueza de los hogares según los dos métodos de estratificación. Haití, 2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS VI de 2017

#### 3.7. Construcción del índice de conocimiento de métodos anticonceptivos

Como se vio en el capítulo uno, en cuanto a la relación entre el uso de anticonceptivos y el conocimiento de los métodos anticonceptivos se puede subrayar que este último desempeña un papel importante entre los factores que pueden influir en la práctica anticonceptiva de la mujer. De hecho, distintos autores, como Bongaarts y Bruce (1995); Ward et al. (2015); Do y Hotchkiss (2013), entre otros, han hecho hincapié en el conocimiento de los métodos anticonceptivos como factor clave que puede llevar a las mujeres a utilizar métodos de planificación familiar. De esta manera, es un factor que no debe pasarse por alto en un estudio de los factores asociados con el uso de anticonceptivos.

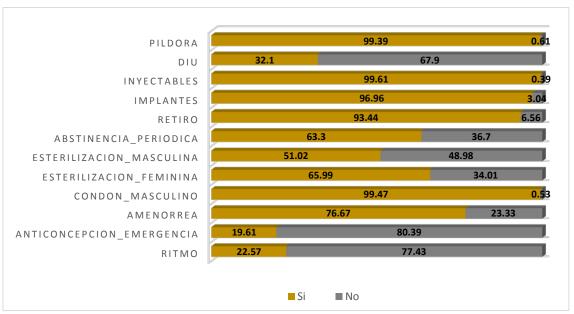
Para considerar el conocimiento de los métodos anticonceptivos en la presente investigación, se recurre al uso de técnicas estadísticas de reducción de datos que permiten explorar los diferentes niveles de conocimiento de las mujeres sobre los métodos, para llegar a la construcción de un índice. Así, el resto de esta subsección se dedicará a la presentación de las diferentes etapas de la construcción de este índice, que se denominará Índice de Conocimiento de los Métodos de Anticoncepción (ICAM).



Para llevar a cabo esta construcción, se hace referencia directa a los diferentes métodos de los que las mujeres declararon haber oído hablar. Estos son: Píldora, DIU, Inyectables, Condón masculino, Esterilización femenina y masculina, Implantes, anticoncepción de emergencia, el retiro, la amenorrea, la abstinencia periódica y ritmo.

Al observar la gráfica 3.2, podemos constatar que globalmente las mujeres están informadas sobre los métodos, puesto que la totalidad de las mujeres conoce por lo menos un método. Cuando consideramos en detalle la distribución se puede subrayar que, entre las mujeres unidas y en edad reproductiva en Haití en 2017, los métodos como píldora (99.39%), inyectables (99.61%), implantes (96.96%), retiro (93.44%) y el condón masculino (99.47%) son los más conocidos entre las mujeres. Al contrario, la anticoncepción de emergencia (19.61%), el ritmo (22.57%) y el DIU (32.1%) son los métodos menos conocidos.

Gráfica 3.2. Distribución de las mujeres unidas y en edad reproductiva según el conocimiento de los tipos de métodos anticonceptivos. Haití 2017



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS VI de 2017

El análisis factorial se lleva a cabo con las 12 variables dicotómicas, y para las correlaciones entre las variables se utiliza la matriz de correlación tetracórica que es una técnica utilizada para las variables dicotómicas. Su utilización permite un mejor ajuste y una



mayor robustez de los modelos, así como mejores estimaciones en los análisis de fiabilidad y mejores niveles de significación en las relaciones entre las variables (Choi, Peters & Mueller, 2010; Holgado et al., 2010).

De los resultados obtenidos (Ver cuadro A1.3), elegimos los dos primeros, que juntos representan el 98.27% de la variabilidad total de los datos y cuyos valores propios se sitúan en torno a 1. De este modo, nuestro índice de conocimiento de los anticonceptivos será una combinación lineal de estos dos factores.

$$ICAM = a_1F1 + a_2F2$$
 (Ecuación 2)

Para comprobar la fiabilidad de la escala de medidas utilizada en la construcción del índice, nos servimos de la prueba de Cronbach con un alfa de Cronbach de 0.6927, que es suficiente para garantizar la consistencia de nuestro índice factorial (Cuadro A1.4).

Por último, la estratificación univariante de Dalenius-Hodges se utiliza para estratificar en tres grupos heterogéneos la nueva variable que es el índice.

#### 3.8. Estrategia analítica privilegiada

#### 3.8.1. Análisis descriptivo y bivariado

Este primer tipo de análisis consiste en describir globalmente la muestra de mujeres unidas y en edad fértil. Esta descripción se hace mediante las características individuales relativas a las mujeres, así como los parámetros comunes entre ellas y su cónyuge. Para llevar a cabo dicho análisis, se utilizan tablas de frecuencias (absolutas y relativas) y gráficos. Por otra parte, se somete a prueba la relación entre las variables dependientes (Uso de anticoncepción y las necesidades de anticoncepción) y cada una de las variables explicativas susceptibles de ser utilizadas en la modelización. Debido a la naturaleza dicotómica de las variables dependientes y la naturaleza categórica de las variables independientes, se utiliza la prueba de independencia de Chi cuadrado (también conocida como la prueba de asociación de Pearson). En el resto de esta sección, desarrollaremos los diversos pasos que implica la realización de esta prueba.



#### Prueba de independencia Chi cuadrada

#### - Definición

La prueba de chi cuadrada se puede usar para probar la hipótesis de independencia de dos variables de clasificación. También el coeficiente de Pearson, en esta misma línea de ideas, sirve para analizar el grado de asociación lineal entre dos variables aleatorias cuantitativas discretas o continuas (Aguirre et al., 2006; Walpole et al, 2007).

#### - Hipótesis de la prueba

H<sub>0</sub>: No hay relación de dependencia entre la variable exógena y la variable explicativa ( $\rho$ =0)

H<sub>1</sub>: Hay relación de dependencia entre la variable exógena y la variable explicativa ( $\rho \neq 0$ )

#### Decisión

Bajo el supuesto de la normalidad de los residuos:

Se rechaza  $H_0$ , si el P-valor asociado al valor de la estadística de prueba es menor al nivel de significancia ( $\alpha$ =5%). En caso el P-valor es mayor al nivel de significancia, se concluye que no hay suficientemente evidencias estadísticas para rechazar  $H_0$ .

#### 3.8.2. Análisis multivariado

Para completar la parte de análisis multivariante de este trabajo y alcanzar los objetivos planteados, utilizamos las estrategias analíticas basadas en los modelos econométricos no lineales que son ampliamente utilizados cuando las variables de respuestas son de índole dicotómica, las cuales no cumplen con el supuesto de "la distribución normal" que requieren los modelos de regresión lineal. En este sentido, analizaremos los diferentes factores que afectan al uso de anticonceptivos, así como a las NNSA entre las mujeres en unión y en edad reproductiva en Haití en el año 2017. Todo esto se hará usando el software STATA versión 16. Para modelar el uso de anticonceptivos, usamos un enfoque de modelación de dos pasos,



conocido como el modelo Heckman. Y para examinar los factores asociados a la NNSA usaremos un modelo de regresión probit.

### > Presentación y justificación de la elección del modelo probit con selección

El propósito de la modelación en esta labor es identificar y analizar los diferentes factores que se asocian con el uso de anticonceptivos y en la necesidad no satisfecha de anticonceptivos. En el caso particular de la modelación de la anticoncepción y la necesidad de anticoncepción, no existen modelos teóricos propiamente dichos a partir de los cuales se puede construir un modelo econométrico, sino una serie de trabajos empíricos que explican, a través de una serie de determinantes sociodemográficos y económicos relativos a la mujer y su cónyuge, el uso y la necesidad de anticoncepción.

En el siguiente apartado, se construirán modelos para explicar los efectos de las variables independientes sobre las variables de repuesta (uso de anticoncepción y NSA). Para el modelo sobre uso de anticonceptivos, se observa que las intenciones de las mujeres difieren en cuanto al deseo de tener hijos. Hay algunas de ellas que desean tener hijos a corto plazo (en los siguientes dos años); hay un grupo que tiene deseo de espaciar su fecundidad y otras que quieren poner fin a su trayectoria reproductiva (limitar su fecundidad); y una última categoría que incluye a las que están indecisas.

Un asunto fundamental en el análisis del uso de anticonceptivos es que la probabilidad de utilizar algún método depende de si las mujeres desean limitar o espaciar los nacimientos; es decir, el grupo de interés al modelar el uso representa una muestra censurada. Es decir, se requiere modelar el uso solamente con aquellas mujeres que quieren espaciar o limitar su fecundidad. De ahí, la posibilidad de que ocurra un sesgo de selección en este modelo. Atendiendo a lo anterior, se va a utilizar el modelo de selección probit bivariante para corregir el sesgo de selección. En caso de que no se detectara ningún efecto de sesgo de selección, se presentarán sólo los resultados del probit simple.

En estudios epidemiológicos, el uso del modelo logit es muy habitual. Sin embargo, en nuestro caso la elección del modelo probit se hace según el esquema analítico propuesto por Heckman donde el primer paso de modelización (modelo de selección) se realiza a través



del tipo probit. En el segundo paso, cuando la variable dependiente es dicotómica, la modelación se hace también a partir de una regresión probit. Por eso esta variante del modelo general de Heckman se denomina modelo heckprobit. Esto no presenta una divergencia analítica demasiado grande con respecto al modelo de tipo logit, ya que este último difiere del probit sólo en la forma (la diferencia se hace sólo en las funciones de repartición y en la interpretación de los coeficientes estimados de los dos modelos. En el caso del logit se considera la razón de momios, mientras en el probit se considera directamente la probabilidad).

En el modelo de Heckman, la muestra se divide en dos partes: una parte tiene en consideración la categoría de respuestas positivas (con valor uno en nuestro caso) y otra parte el valor nulo (en nuestro caso, la codificación se hace de tal manera que se asigna el nulo a las respuestas que expresan la intención de tener un hijo en los siguientes dos años y el valor uno se asigna a todas las demás respuestas). Propuesta en 1979, la técnica de modelación de Heckman fue abordada por Arminger (1992) que extendía el procedimiento de estimación en dos etapas para los modelos lineales de efectos aleatorios con selectividad propuesto por a las variables binarias (Nicoletti & Peracchi, 2001). Este tipo de modelación consiste en dos etapas: el primero consiste en hacer una regresión de la variable dependiente utilizando el modelo probit mientras se calcula la "ratio inversa de Mills". Este paso permite corregir el sesgo de censura que afecta a la variable dependiente debido a ciertas observaciones (las observaciones de aquellas mujeres que quieren tener hijos a corto plazo). El segundo paso consiste en la regresión de la variable dependiente censurada con las diferentes variables independientes añadidas a la "ratio inversa de Mills".

En resumen, desde un punto de vista práctico, esta técnica de modelización nos permite explicar adecuadamente la censura aclarando por qué algunas mujeres quieren tener hijos a muy corto plazo y otras no, y qué efecto tiene esta elección en el uso de la anticoncepción.



# Especificación del modelo de Heckman para el análisis de los factores asociados al uso de anticonceptivos entre mujeres que no desean un hijo en los siguientes dos años

Sean los datos representados de esta manera:  $\{(X_i, Y_i), i = 1, ....., n\}$  como una secuencia de vector idéntico distribuido independientemente. Donde  $X_i$  es el conjunto de variables exógenas y  $Y_i = (Y_{i1}, Y_{i2})$  el vector de variables endógenas. Entonces  $Y_{i1}$  representa la variable uso de anticoncepción y  $Y_{i2}$  representa la variable intención de reproducción.

De acuerdo con el diseño del proceso de modelación,  $Y_{i1}$  es observable solamente cuando  $Y_{i2} = 1$ . Es decir, el uso de anticoncepción tiene sentido solamente cuando las mujeres desean espaciar o limitar nacimientos. De ahí, el primero modelo se expresa así:

$$Y_1^* = \beta_i^* . X_i + \varepsilon_i$$
 (Ecuación 3)

Donde  $Y_1^*$  es una variable latente no observada que determina la probabilidad de que una mujer encuestada use contraceptivos;  $X_i$  que represente el vector de las variables explicativas y el término de error  $\varepsilon_i$ .

Ahora bien, consideremos que la variable  $Y_2^*$ , sea la variable de la intención de reproducción, que está explicada por un conjunto de variables que pueden ser diferentes de las que explican la variación de la variable  $Y_i^*$ .

$$Y_2^* = \gamma_i \cdot V_i + \omega_i$$
 (Ecuación 4)

Con  $V_i$  el vector de las variables que explican las variaciones de la variable intención de tener hijo. Considerado también como un vector de restricciones de exclusión y término de error  $\omega_i$ . Así,  $Y_1^*$  solo se observa cuando  $Y_i^*$  (intención de tener hijo) toma ciertos valores. A saber, si la mujer i contesta que quiere limitar o espaciar nacimientos. Entonces, los valores de  $Y_i^*$  están observados con un sesgo de selección.

Dado que en las ecuaciones anteriores sólo se observa el signo de  $Y_i^*$ , construimos una variable binaria Y de tal manera que Y=1, si  $Y_2^*=1$  y Y=0, si  $Y_2^*=0$ .

Todo lo anterior se hace bajo el supuesto que:

La distribución Prob $(Y_1^* = 1)$  y la de Prob $(Y_i = Y_2^*)$  son de índole gaussiana y donde



$$(\varepsilon_i, \omega_i) \xrightarrow{iid} N(O, \Sigma), \text{ con } O = (0,0) \ y \ \Sigma = \begin{pmatrix} 1 & \rho \\ \rho & 1 \end{pmatrix}$$

Donde  $\rho$  representa la correlación existente entre  $\varepsilon_i$  y  $\omega_i$ . Si no hay correlación ( $\rho=0$ ) en los términos de error, el resultado previsto para las mujeres que quieren espaciar o limitar nacimientos depende únicamente de las características observadas  $V_i$ . Sin embargo, si la intención de reproducción y el uso de contracepción están correlacionados, la información de que una mujer quiere espaciar o limitar un nacimiento cambia la distribución condicional de  $\varepsilon_i$  para esa mujer y la probabilidad de que use anticonceptivos. Entonces el término de error  $\varepsilon_i$  está sesgado.

Una vez que se especifica el modelo, la estimación se hace en dos pasos:

Primeramente, se estima el modelo *probit* por el método de máximo verosimilitud para obtener una estimación de los parámetros así como una estimación de la "ratio inversa de Mills" mediante la fórmula:

$$\lambda_i = \frac{\phi(\gamma_i . V_i)}{\phi(\gamma_i . V_i)}$$
 (Ecuación 5)

φ: función de densidad y Φ: función de distribución de la normal estandarizada

En segundo lugar, tenemos el modelo:  $P(Y_1^*|Y_2^* = \beta_i^*.X_i + \rho(\gamma_i.V_i))$  donde se los parámetros  $\beta_i^*$  y  $\rho$  se estiman mediante el modelo probit usando el método de máximo de verosimilitud.

### > Especificación del modelo probit de las NNSA

Para considerar las necesidades de anticoncepción con un análisis multivariante, utilizamos el tipo de regresión probit, que es un modelo de clasificación binario en el que la probabilidad condicional de una de las dos posibles realizaciones de la variable dependiente es igual a una combinación lineal de las variables explicativas, transformada por la función de distribución acumulativa de la distribución normal estándar.



Supongamos que se observa una muestra de datos  $(NA_i, x_i)$  para  $i = 1, \ldots, n$ , donde :

 $NA_i$  (necesidad de anticoncepción): es la variable dependiente que puede tomar sólo dos valores, ya sea 1 cuando se observan que las mujeres no tienen NNSA o 0 si tienen (es una variable aleatoria de Bernoulli);

 $x_i$ : es el vector compuesto por el conjunto de variables explicativas.

La probabilidad condicional de que NA sea igual a 1, dadas las variables explicativas, se supone que es  $P(NA_i = 1|x_i) = F(x_i\beta)$  donde F(t) es la función de distribución acumulativa de la distribución normal estándar y  $\beta$  es un vector de coeficientes.

Además, si  $NA_i$  no es igual a 1, entonces es igual a 0 (ningún otro valor es posible), y las probabilidades de los dos valores deben sumar a 1, de modo que

$$P(NA_i = 0|x_i) = 1 - P(NA_i = 1|x_i) = 1 - F(x_i\beta)$$

En cuanto al método de estimación, el vector de los coeficientes  $\beta$  puede ser estimado por el método de máxima verosimilitud. Suponiendo que las observaciones ( $NA_i$ ,  $x_i$ ) en la muestra están distribuidas de forma independiente e idéntica y que la matriz de variables explicativas tiene rango completo (determinante diferente de cero). La función de máxima verosimilitud es matemáticamente representada por la expresión matemática:

$$L(\beta, NA, X) = \prod_{i=1}^{n} [F(x_i \beta)]^{y_i} [1 - F(x_i \beta)]^{1 - y_i}$$



### Capítulo 4: Presentación de los resultados

### 4.1. Análisis descriptivo de las variables bajo estudio

Este subapartado consiste en la presentación descriptiva de la muestra bajo estudio, mediante las características sociodemográficas y económicas de las mujeres en edad reproductiva y unidas al momento de la encuesta. Está estructurado de tal forma que en primer lugar se encuentra la presentación de las medidas de las preferencias reproductivas y a continuación se presentara las distintas características sociodemográficas, socioeconómicas, y de pareja.

### 4.1.1. Las preferencias reproductivas: análisis descriptivo

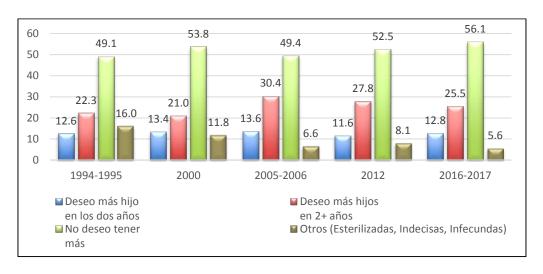
La fecundidad global en Haití ha tenido una importante disminución en el tiempo, pasando de 6.2 hijos por mujer en 1983 a 3.0 hijos por mujer en 2017 (Pierre & Galbán, 2019; Institut Haïtien de l'Enfance & ICF, 2018). Junto con la tasa de fecundidad global, hay otros componentes de las preferencias que también han cambiado durante este período y que deben ser presentados. Por ello, antes de abordar el análisis descriptivo propiamente dicho, se optó por una presentación de la tendencia en el tiempo de los distintos componentes de las preferencias reproductivas.

Como puede constatarse en la gráfica 4.1, entre 1995 y 2017 se mantuvo en general una tendencia ascendente en la proporción de mujeres que declararon que no desean tener más hijos durante el resto de su vida reproductiva (del 49.1% en 1995 al 56.1% en 2017 desean limitar su fecundidad). Por otra parte, los deseos de las mujeres de tener más hijos en los dos años o más no siguen una pauta uniforme durante el período considerado. Sin embargo, para aquellas mujeres que atestiguan el deseo de tener un hijo en los dos años siguientes a las encuestas, hay una muy leve tendencia a la baja desde 2005 (del 13.6% en 2006 al 12.8% en 2017). Así, desde un punto de vista general, los estadísticos sobre los deseos de las mujeres representan el carácter dinámico de las preferencias de las mujeres con respecto a la reproducción, y también muestran que en los últimos veinte años, las haitianas en unión y en edad fértil han estado más en favor de la limitación de la fecundidad que de la fecundidad a corto y medio plazo (el corto plazo corresponde a los dos años posteriores a la encuesta y el medio plazo a más de dos años).



Uno de los objetivos principales de la presente investigación es conocer los factores asociados al uso de métodos anticonceptivos considerando las intenciones reproductivas de las mujeres. Para ello, como se expuso en el capítulo 3 de Metodología, se plantea un modelo de regresión heckprobit de dos etapas, siendo la primera etapa un modelo de regresión sobre las intenciones reproductivas. Considerando sólo a las mujeres que no se encontraban embarazadas al momento de la encuesta (se excluye 8% de los casos por esta condición), 81.2% de las mujeres declara que no quiere tener hijos (en los próximos dos años o por el resto de su vida reproductiva), y por tanto requiere utilizar anticonceptivos. El complemento (18.8%) está formado por las mujeres que sí desean tener hijos, aquellas que estaban indecisas al respecto y las que se declararon infértiles, y por tanto no necesitan utilizar anticonceptivos.

Gráfica 4.1. Distribución porcentual de las mujeres unidas entre 15 y 49 años, según el deseo de tener hijos adicionales. Haití, de 1995 a 2017



Fuente: diseñada con base en los cálculos de STATcompiler

Manteniendo el enfoque descriptivo de los elementos de las preferencias reproductivas, en el cuadro 4.1 se presenta la evolución del promedio del número ideal de hijos, de la tasa de fecundidad total deseada y de la tasa de fecundidad total no deseada, así



como la tasa de fecundidad total y el número de mujeres que participan en esos análisis. En el período 1995-2017 el número ideal medio de hijos expresado por las mujeres registró una disminución de 3.4 a 3 hijos; mientras que en el mismo período la tasa de fecundidad total disminuyó de 4.8 hijos por mujer a 3.0. Conviene notar que la tasa de fecundidad total deseada ha ido disminuyendo durante el mismo período (de 3 hijos deseados por mujer en 1995 a 1.9 hijos deseados por mujer en 2017) y que la tasa de fecundidad no deseada ha disminuido de 1.8 a 1.1 hijos.

Al observar los indicadores en relación los unos con los otros, es importante notar que en cada año considerado, el número ideal medio de hijos expresado por las mujeres es inferior a la tasa de fecundidad total. Esto significa que, en promedio, las mujeres haitianas en edad de procrear ya han superado el número de hijos que les gustaría tener durante su vida reproductiva. En tal situación, estas mujeres parecen llegar a su plan de reproducción y deberían disponer de medios para establecer un plan anticonceptivo que les permita no tener hijos más. Cuando se analiza la tasa de fecundidad total en relación con la tasa de fecundidad deseada, se puede observar a lo largo del período que existe una discrepancia de más de un hijo, que se expresa mediante la tasa de fecundidad no deseada (Cuadro 4.1).

En resumen, al considerar este conjunto de indicadores sobre las preferencias reproductivas a lo largo del período considerado, podemos suponer que existe una brecha entre los planes reproductivos de las mujeres y su capacidad para controlar los nacimientos. Se puede observar claramente que la fecundidad está disminuyendo; sin embargo, los cambios en los componentes relacionados con las preferencias reproductivas indican que la situación requiere un examen más profundo.

Cuadro 4.1. Evolución de indicadores de las preferencias reproductivas de las mujeres unidas entre 15 y 49 años. Haití, de 1995 a 2017



Encuestas	Número de	Tasa Global	Tasa Global	Tasa	Número de
DHS	hijos ideal	de	de	Global de	mujeres
	medio	Fecundidad	fecundidad	fecundidad	unidas
		(TGF)	deseada	no deseada	
1994-95	3.4	4.8	3.0	1.8	3,069
2000	3.3	4.7	2.8	1.9	5,842
2005-06	3.2	3.9	2.4	1.5	6,317
2012	3.0	3.5	2.3	1.2	7,713
2016-17	3.0	3.0	1.9	1.1	7,390

Fuente: Elaborado con base en los cálculos de StatCompiler

Al considerar de manera detallada (en el cuadro 4.2) los indicadores de deseo de tener más hijos y el número de hijos ideal medio de mujeres en función del número de hijos que habían tenido al momento de la encuesta, se puede observar que estos indicadores de las preferencias reproductivas varían según el tamaño de la descendencia de las mujeres. De hecho, en lo que respecta al deseo de tener un hijo adicional, los porcentajes son más altos entre las mujeres que no tienen hijos y las que tienen un hijo vivo (94.33% y 77.96% respectivamente). Por el contrario, los porcentajes de mujeres que no desean tener más hijos son más altos entre las mujeres con cuatro hijos y cinco o más hijos (84.32% y 88.45% respectivamente).

Al examinar la segunda parte del cuadro 4.2 sobre el número ideal de hijos, cabe señalar que en muchos casos las mujeres optan por un número ideal de hijos por debajo de su paridad. Así, el 35.09% de las que tienen 5 hijos o más reportan cuatro como el número ideal de hijos. y el 36.19% de las mujeres con cuatro hijos vivos declaran que el número ideal de hijos es 2. Lo mismo ocurre con las que tienen una paridad de 3. En otras palabras, si estas mujeres hubieran podido elegir el número de hijos que querían tener, este número ideal hubiera sido inferior a su paridad actual.

Otra importante constatación que vale la pena mencionar es el hecho de que las mujeres sin hijos no tienen la intención de permanecer en esta situación (el 94.33% de ellas quiere tener hijos). Además, el 55.23% de ellas considera que el número ideal de hijos es de dos y el 26.43% opta por tres hijos en una situación reproductiva ideal. Pues bien, en virtud de las diferentes brechas observadas entre el nivel de reproducción de las mujeres y sus



diferentes niveles de preferencias, es de suma importancia considerar las conductas anticonceptivas de estas mujeres para analizar y comprender el nivel de implicación del uso de la anticoncepción en la dinámica de la reproducción de las mujeres unidas y en edad reproductiva. Por esta razón, los análisis que seguirán se orientarán en el uso de la anticoncepción entre estas mujeres.

Cuadro 4.2. Distribución ponderada (en %) de número de hijos adicionales deseados y número ideal de hijos, según la paridad de las mujeres unidas y en edad fértil. Haití, 2017

			Paridad			
	0	1	2	3	4	5+
Deseo de hijos adicionales						
Quiere más	94.33	77.69	34.76	15.37	7.95	3.35
No quiere más	1.94	20.06	60.80	78.85	84.32	88.45
Otro*	3.73	2.26	4.44	5.79	7.72	8.21
Número ideal de hijos						
0	.00	.92	.49	.87	.63	.80
1	4.38	4.64	4.96	6.32	2.79	1.64
2	55.23	48.98	36.65	29.59	36.19	20.62
3	26.43	27.82	26.08	22.64	14.94	24.73
4	12.21	14.57	27.28	29.32	30.65	35.09
5+	1.74	2.89	4.47	10.91	14.57	16.97
RNN**	0.00	0.17	0.07	0.34	0.23	0.15

<sup>\*:</sup> En esta categoría se incluyen las mujeres que declaran estar esterilizadas, infértiles o que no declaran ningún deseo, que se consideran indecisas.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS VI de 2017

#### 4.1.2. Uso de anticonceptivos y Necesidades de anticoncepción.

Las variables de interés principal en el marco de este trabajo, y que se considerarán como variables dependientes en los modelos, son el uso de anticoncepción y las necesidades no satisfechas de anticoncepción de las mujeres unidas en edad reproductiva.

En el cuadro 4.3 se presenta la distribución de frecuencias (absoluta y relativa) de las mujeres unidas y edad reproductiva respeto a sus comportamientos anticonceptivos y a las

<sup>\*\*:</sup> Respuestas no numéricas: Esta categoría está compuesta por las mujeres que respondieron "No lo sé" y las que respondieron que el número ideal de hijos es la voluntad de Dios.



necesidades de anticoncepción, teniendo en cuenta si la mujer estaba embarazada o no al momento de la encuesta. Al respeto, se puede notar que el 65.68% de las mujeres unidas de 15-49 años no estaba usando ningún método anticonceptivo; mientras que el 62.62% de las que no estaban embarazadas no utilizaban ningún medio de control de su fecundidad. Por otro lado, solamente 34.32% de las mujeres en edad reproductiva y unidas usaban un método para espaciar o limitar los nacimientos; al mismo tiempo, el 37.38% de la totalidad de mujeres que no estaban embarazadas usaban un método para controlar su fecundidad. Aunque el uso de anticonceptivos sigue aumentando en Haití, al país le queda un largo camino por recorrer para acercarse a la tendencia de la región en esta materia.

La situación en cuanto a las necesidades de anticoncepción también se presenta en el mismo cuadro 4.3, donde se puede subrayar que entre las mujeres unidas y en edad reproductiva, 37.96% de ellas tienen necesidad no satisfecha de anticoncepción; de las cuales 15.20% cuentan con necesidad para espaciar y 22.76% para limitar nacimientos. Lo que nos señala que hay muchas mujeres que quieren concluir su vida reproductiva, pero no logran conciliar tal intención con una práctica adecuada (que es usar un método anticonceptivo). El restante 62.04% no tiene necesidades satisfechas de anticoncepción.

Hasta aquí, no sólo la mayoría de las mujeres en cuestión no utilizan métodos de anticoncepción, sino también sus intenciones con respecto a un posible uso en el futuro difieren. Por lo tanto, es muy importante saber quiénes son estas mujeres, cómo es su situación socioeconómica y qué factores explican tal comportamiento anticonceptivo. Por lo tanto, en los siguientes párrafos exploraremos las características de estas mujeres de manera descriptiva y en las siguientes secciones analizaremos los factores explicativos.



Cuadro 4.3. Distribución ponderada de las mujeres unidas de 15-49 años, según el uso de anticoncepción y las necesidades de anticoncepción. Haití, 2017

	Mujeres unio		Mujeres unidas 15-49 años, excluyendo embarazadas	
Variables dependientes	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Uso de anticoncepción		,		
Usa anticonceptivos	2,540	34.32	2,540	37.38
No usa anticonceptivos	4,862	65.68	4,255	62.62
Total	7,402	100.00	6,795	100.00
Necesidades de anticoncepción				
Tiene NNSA	2,810	37.96	-	-
No tiene NNSA	4,592	62.04	-	-
Total	7,402	100.00		

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS VI de 2017

### 4.1.3. Presentación descriptiva de las características de las mujeres bajo estudio

A fin de presentar la muestra de mujeres unidas de 15 a 49 años bajo estudio, en el cuadro 4.4 se incluyen estadísticos descriptivos relativos a la edad, la escolaridad, lugar de residencia, situación ocupacional, religión, número de hijos vivos al momento de la encuesta, tipo de unión y algunos estadísticos relacionados al conocimiento de métodos anticonceptivos, la diferencia de edad entre estas mujeres y su cónyuge la concordancia sobre número de hijos, la decisión sobre el uso o no de anticonceptivos entre otros.

En lo que respeta a la edad de las mujeres unidas de 15 a 49 años, se observa que el grupo de 30-34 años dominan la distribución (representan el 20.4%), seguidas por el grupo etario 25-29 años que representan el 18.9%. De igual forma en el caso de la muestra que excluye a las mujeres embarazadas al momento de la encuesta, los grupos 30-34 años y 25-29 años predominan en la distribución con 20.0% y 18.6% respectivamente. En ambos casos, se trata de una muestra compuesta por mujeres relativamente jóvenes, ya que poco más de un tercio tiene menos de 30 años.

Sobre la escolaridad, los estadísticos del mismo cuadro 4.4 nos indican que en ambas distribuciones, las mujeres sin educación y las que alcanzaron la primaria representan



respectivamente 20.7% y 35.7% de la totalidad de las mujeres encuestadas. En el nivel de secundaria o más se encuentra el 43.6% de ellas.

En lo que se refiere al lugar de residencia, aquellas mujeres que viven en las zonas rurales constituyen la mayor parte de la primera distribución (59.1%), contra 40.9% que viven en un ámbito urbano. Al no considerar aquellas mujeres que estaban embarazadas, la comparación entre medio rural y urbano es 58.7% contra 41.3%.

Por otra parte, se observa que las mujeres (incluyendo las que estaban embarazadas) que declaran pertenecer a una comunidad religiosa de fe católica representan 50.7% de la distribución (50.4% en la distribución sin embarazadas), seguidas por las mujeres que pertenecen a la religión protestante (38.3% para el total y 38.7% para la distribución de los casos sin embarazo). Aquellas que forman parte de la categoría "Otra" representan el 11.0% del conjunto de mujeres bajo estudio. Cabe mencionar que la categoría "otra" está compuesta por mujeres que se declararon como sin religión, practicante de vudú y otras comunidades religiosas no especificadas.

A continuación, se puede señalar en cuanto a la situación ocupacional que 74.2% de las de mujeres (incluyendo los casos de embarazo) declaran tener una actividad generadora de ingreso contra solamente 25.8% sin actividad (porcentajes similares a los casos excluyendo los embarazos).

La situación de las mujeres sin embarazo es muy parecida al conjunto en lo tocante a la distribución general en función del nivel de riqueza de los hogares. Hay que señalar que en 2017, la mitad de los hogares se encontró en los niveles bajo y muy bajo de la distribución. Mientras que sólo el 28% se encontró en el nivel alto/muy alto de riqueza y alrededor del 20% se ubicó en nivel medio (Cuadro 4.4).

En lo que respeta al conocimiento de métodos de anticoncepción entre las mujeres, el nivel de conocimiento bajo representa 33.0%, y el nivel alto registra un porcentaje de 32.8%. El caso de los porcentajes sin tener en cuenta a las mujeres embarazadas es muy similar al conjunto de las mujeres (Cuadro 4.4).

Al tomar en consideración la paridad de las mujeres, se puede observar que las mujeres que declaran no tener hijos al momento de la encuesta representan 8.4% del total



contra 7.1% para el conjunto de mujeres sin embarazo, mientras que las encuestadas que declararon tener uno, dos y tres hijos representan respectivamente 24.4%, 23.3% y 15.6% de la distribución. Hay que señalar también las mujeres con 5 hijos o más representan 17.4% de la distribución. Al mismo tiempo, las mujeres que declararon no estar embarazadas al momento de la encuesta que tienen 1, 2 y 5 hijos representan respectivamente 23.8%, 24.0% y 18.0 de la totalidad.

En cuanto al tipo de unión en el que se encontraban las mujeres unidas de 15 a 49 años en el momento de la encuesta, el panorama descriptivo es diverso. Las mujeres en concubinato dominan la distribución con el 51.0% y 50.4% en el caso sin embarazo. Considerando la categoría "casada", el 32.1% de las mujeres declaraba formar parte de esta unión legal, y cuando no se considera a las mujeres embarazadas, este porcentaje aumenta a 32.4%. Las mujeres en situación de Vivavèk y de Vivir juntos representan alrededor del 17% en ambas distribuciones (Cuadro 4.4).

En la variable diferencia de edad con la pareja, se observa que las mujeres son mayores que sus parejas en solamente un décimo de la primera distribución y 11% en la segunda donde se excluyen las embarazadas al momento de la encuesta. Considerando las dos distribuciones, los casos en los cuales los hombres son mayores que las mujeres representan alrededor de sesenta por ciento de la distribución, de los cuales 37.4% con diferencia entre 4 y 9 años. A propósito de los casos de similitud de edad que se definen como los casos en que la diferencia de edad varía entre 0 y 3 años, su representación es casi del 30% en ambas distribuciones.

Respecto a la decisión sobre el uso o no de anticoncepción, los estadísticos informan que el 56.5% de las parejas de la muestra global tomaron de manera independiente la decisión de usar o no anticonceptivo. Es decir, la pareja femenina decide usar o no un método anticonceptivo sin concertar con su cónyuge o la pareja masculina decide acerca el uso o no de contracepción sin tener en consideración la opinión de la mujer. Por otra parte, en el 37.5% de los casos la decisión se tomó de manera conjunta. Es importante señalar que las mujeres a las que no se hizo esta pregunta por razón de embarazo representan 8.2%. Al excluir a las mujeres en estado de embarazo, se observa que en el 61.6% de los casos la decisión se tomó de manera independiente.



Considerando la concordancia en pareja sobre el número ideal de hijos, las parejas que no logran ponerse de acuerdo sobre el número de hijos que desean tener representan el 50.6% de los casos totales, mientras que en el 49.4% estaban en acuerdo sobre el número de hijos a concebir (cuadro 4.4). Los resultados no difieren tanto en la segunda distribución, puesto que los casos de desacuerdo superan a los acuerdos (50.5% contra 49.5%).



Cuadro 4.4. Características sociodemográficas de las mujeres unidas y de 15 a 49 años en Haití. 2017

Mujeres un	Mujeres unidas 15-49 años sin embarazo al momento de la encuesta			
Variables	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Total	7,402	100.0	6,796	100.0
Edad				
15-19	218	3.0	175	2.6
20-24	1,073	14.5	924	13.6
25-29	1,397	18.9	1,264	18.6
30-34	1,508	20.4	1,362	20.0
35-39	1,322	17.9	1,224	18.0
40-44	1,016	13.7	982	14.5
45-49	867	11.7	865	12.7
Escolaridad				
Sin educación	1,532	20.7	1,408	20.7
Primaria	2,645	35.7	2,424	35.7
Secundaria y más	3,224	43.6	2,963	43.6
Lugar de residencia				
Urbano	3,025	40.9	2,808	41.3
Rural	4,376	59.1	3,988	58.7
Religión				
Católica	2,834	38.3	2,629	38.7
Protestante	3,755	50.7	3,427	50.4
Otras	812	11.0	740	10.9
Situación				
ocupacional				
No ocupadas	1,910	25.8	1,722	25.3
Ocupadas	5,491	74.2	5,074	74.7
Nivel de riqueza del hogar				
Muy bajo	2,098	28.4	1,866	27.5
Bajo	1,740	23.5	1,599	23.5
Medio	1,480	20.0	1,390	20.5
Alto y muy alto	2,083	28.1	1,941	28.6
	2,003	20.1	1,711	20.0

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS VI, 2017



Cuadro 4.4 (Continuación). Características sociodemográficas de las mujeres unidas y de 15 a 49 años en Haití. 2017

Mujeres unida	Mujeres unidas 15-49 años sin embarazo al momento de la encuesta				
	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	
Variables	absoluta	relativa (%)	absoluta	relativa (%)	
Total	7,402	100.0	6,796	100.0	
Índice de conocimiento					
de anticonceptivos					
Bajo	2,439	33.0	2,211	32.5	
Medio	2,533	34.2	2,333	34.3	
Alto	2,429	32.8	2,251	33.1	
Número de hijos					
0	622	8.4	484	7.1	
1	1,802	24.4	1,617	23.8	
2	1,721	23.3	1,630	24.0	
3	1,151	15.6	1,077	15.9	
4	816	11.0	766 1,221	11.3 18.0	
5 y más	1,290	17.4	1,221	16.0	
Tipo de unión					
Casada	2,379	32.1	2,203	32.4	
Concubinato	3,773	51.0	3,425	50.4	
Vivavèk y vivir juntos	1,250	16.9	1,167	17.2	
Diferencia de edad con la pareja					
Mujer mayor	806	10.9	750	11.0	
Edad similar (0 y 3 años)	2,204	29.8	2,003	29.5	
Hombre mayor	2,769	37.4	2,540	37.4	
(entre 4 y 9 años mayor)					
Hombre mucho mayor	1,623	21.9	1,503	22.1	
(>=10 años mayor)					
Decisión de la pareja					
sobre el uso o no uso de					
anticoncepción					
Independiente	4,185	56.5	4,185	61.6	
Conjunta	2,610	35.3	2,610	38.4	
No se pregunta (embarazada	606	8.2	-	-	
al momento de la encuesta)					
Concordancia en pareja					
sobre el número de hijos					
En desacuerdo	3,742	50.6	3,431	50.5	
De acuerdo	3,659	49.4	3,364	49.5	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS VI, 2017



#### 4.2. Análisis bi-variado: factores asociados al uso de anticoncepción y las NNSA

Para analizar la relación entre el uso de anticonceptivos, las NNSA y los diversos factores asociados mencionados anteriormente en el marco empírico, se realizan pruebas de hipótesis de independencia utilizando el coeficiente de correlación de Pearson con un nivel de confianza del 95%. Sobre la base de los resultados obtenidos, se pueden hacer las siguientes observaciones:

En lo concerniente a la relación entre el uso de anticonceptivos y los factores asociados, los resultados revelan que existe asociación estadística entre el uso de anticonceptivos y el conjunto de factores del cuadro 4.5 con un nivel de confianza de 95%, excepto en el caso de la diferencia de edad, donde esa relación de asociación estadística se verifica con un nivel de confianza de 90% y la religión donde no se encuentran evidencias estadísticas para rechazar la hipótesis de independencia (Ver Cuadro 4.5).

En lo que respecta a la relación entre las NNSA y los diferentes factores asociados, se observa que existe una asociación estadística entre las NNSA y todos los factores asociados, con un nivel de confianza de 95% excepto la variable religión, que no está estadísticamente asociada con las NNSA (Cuadro 4.5).

En cuanto a la variable número de hijos vivos por mujer, de índole numérica, realizamos la prueba de diferencia de medias para analizar la asociación entre el número de hijos vivos y del uso de anticonceptivos y de la necesidad de anticoncepción. Los resultados obtenidos en cuanto a la diferencia del número medio de hijos respeto al uso de anticonceptivos nos permitieron rechazar (al nivel de significancia 10%) la hipótesis de que el número promedio de hijos de las mujeres que utilizan la anticoncepción es igual al de las mujeres que no la utilizan. Asimismo, los resultados confirman (al umbral de significancia de 0.1%) el rechazo de la hipótesis nula que estipula que el número promedio de hijos de las mujeres que tienen NNSA es igual al número promedio de hijos de las mujeres que no tienen NNSA (ver los detalles de las pruebas en el anexo 2). Atendiendo lo anterior, se destaca la asociación entre el número de hijos y las dos variables dependientes.



Cuadro 4.5. Características de las mujeres por uso de métodos anticonceptivos y NNSA. Haití, 2017

	Uso de anticoncepción				Necesitad de anticoncepción			
	(sin e	mbaraz	zadas a	l momento		(todas	s las mujero	es)
		de la	encues	sta)				
		No Prueba de			Tiene	No tiene	Prueba de	
		uso	Uso	asociación		NNSA	NNSA	asociación
	n	(%)	(%)	$(\alpha = 0.05)$	N	(%)	(%)	$(\alpha = 0.05)$
Total	6,796	62.6	37.4	100.0	7,402	38.0	62.0	100.0
Edad	<del>                                     </del>			p = 0.0000				p= 0.0000
15-19	175	67.9	32.1		218	55.6	44.5	
20-24	924	56.9	43.1		1,073	45.1	54.9	
25-29	1,264	55.6	44.4		1,397	38.5	61.5	
30-34	1,362	59.3	40.7		1,508	38.3	61.7	
35-39	1,224	60.5	39.5		1,322	35.1	64.9	
40-44	982	67.4	32.7		1,017	36.8	63.2	
45-49	865	80.8	19.2		867	28.9	71.1	
Escolaridad				p = 0.0002				p = 0.0000
Sin educación	1,408	68.6	31.4		1,532	39.0	61.0	
Primaria	2,424	61.2	38.8		2,646	41.3	58.7	
Secundaria y más	2,963	61.0	39.1		3,224	34.8	65.2	
Lugar de residencia				p = 0.0452				p = 0.0000
Urbano	2,808	60.2	39.8		3,025	33.6	66.4	
Rural	3,988	64.3	35.7		4,377	41.0	59.1	
Religión				p = 0.1266				p = 0.7499
Protestante	2,629	61.9	38.1	F	2,835	39.0	61.0	P = 211.423
Católica	3,427	63.9	36.1		3,755	41.3	58.7	
Otras	740	59.3	40.7		812	34.8	65.3	
Situación ocupacional				p = 0.0288				p = 0.0000
No ocupadas	1,722	65.2	34.8		1,910	45.1	54.9	
Ocupadas	5,074	61.7	38.3		5,492	35.5	64.5	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS VI, 2017



Cuadro 4.5 (continuación). Características de las mujeres por uso de métodos anticonceptivos. Haití, 2017

		Uso de a	nticonce	pción	Necesitad de anticonce			ncepción
	n	No uso	Uso	Prueba de asociación (α=0.05)	n	Tiene NNSA	No tiene NNS A	Prueba de asociación (α=0.05)
Total	6,796	65.7	34.3	100.0	7,402	38.0	62.0	100.0
Nivel de riqueza del				p = 0.0441				p = 0.0000
hogar	1.066	c5 1	24.0		2 000	44.6	55.4	
Muy bajo	1,866	65.1	34.9	_	2,098	44.6	55.4	
Bajo	1,599	60.3	39.7		1,740	39.3	60.7	
Medio	1,390	59.5	40.5		1,480	37.1	62.9	
Alto	1,941	64.4	35.6		2,083	30.8	69.2	
Índice de conocimiento de anticonceptivos				p = 0.0000				p = 0.0000
Bajo	2,211	66.5	33.5		2,439	41.8	582	
Medio	2,333	62.8	37.3		2,533	37.8	62.2	
Alto	2,251	58.7	41.3		2,429	34.3	65.7	
Tipo de unión				p = 0.0047				p = 0.0000
Casada	2,203	64.4	35.7		2,379	33.6	66.4	
Concubinato	3,425	60.3	39.7		3,773	38.8	61.2	
Vivavèk y vivir juntos	1,167	66.1	33.9		1,250	43.6	56.4	
Diferencia de edad con la pareja				p = 0.0582				p = 0.0139
Mujer mayor	750	64.35	35.65		806	32.4	67.6	
Edad similar (0 y 3 años)	2,003	64.19	35.81		2,204	39.7	60.3	
Hombre mayor (entre 4 y 9 años mayor)	2,540	60.26	39.74		2,769	37.6	62.4	
Hombre mucho mayor (>=10 años mayor)	1,503	63.64	36.36		1,623	39.0	61.0	
Decisión de la pareja sobre el uso o no uso de anticoncepción				p = 0.0000				p = 0.0000
Independiente	4,185	75.5	24.5		4,185	44.6	55.4	
Conjunta	2,610	41.9	58.1		2,610	21.7	78.3	
No se pregunta					606	62.2	37.8	
Concordancia en	i							
pareja sobre el número de hijos				p = 0.0000				p = 0.0000
En desacuerdo	3,431	66.9	33.1		3,742	41.5	58.5	
De acuerdo	3,364	58.2	41.8		3,659	34.4	65.6	
De acuerdo	3,304	30.2	41.8		3,039	34.4	03.0	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS VI, 2017



#### > Sobre las correlaciones entre las variables explicativas

Después de analizar las relaciones de asociación estadística entre las diferentes variables independientes y las dos variables de respuesta (el uso de anticonceptivos y las NNSA), resulta importante analizar las correlaciones existentes entre las variables explicativas. Porque si algunas variables se correlacionan a un alto nivel puede tener un impacto en los resultados de la estimación. Entre los problemas que pueden surgir de esto es que las estimaciones de los coeficientes pueden variar enormemente dependiendo de las otras variables independientes del modelo. Los coeficientes se vuelven muy sensibles a pequeños cambios en el modelo. Otra consecuencia es que la alta correlación entre las variables reduce la precisión de los coeficientes de estimación, lo que debilita el poder estadístico del modelo de regresión. Es posible que no se pueda confiar en los valores p para identificar variables independientes que sean estadísticamente significativas (Kutner et al., 2005).

Para detectar un posible alto nivel de correlación entre las variables a incluir en el modelo, se utiliza la matriz de correlación policórica, ya que las variables en cuestión son de índole mixto (categóricas y numéricas). Los resultados obtenidos muestran que el coeficiente de correlación entre el índice de riqueza de los hogares y el lugar de residencia es de -0.8, es decir, muy alto en una escala de cero a uno (véase el cuadro A2.3 del anexo 2). Esto nos obliga a evaluar los resultados sin y con interacciones entre estas dos variables. Después de realizar las simulaciones correspondientes, optamos por modelos sin la presencia del índice de riqueza del hogar. Una vez eliminando esa variable se obtienen modelos con mayor potencia estadística y mejor poder de predicción.

### 4.3. Análisis multivariado: Factores asociados al comportamiento anticonceptivo

Esta subsección se dedica a la presentación, a la interpretación y al análisis de los diferentes resultados obtenidos de la modelación en dos etapas de Heckman. En un primer paso se enfoca en los resultados de la estimación del modelo de selección en que se estiman los coeficientes de las variables susceptibles de influir en la intención de las mujeres de tener o no hijos. En el segundo paso se presentan los resultados de la estimación del modelo de uso de anticonceptivos.



## 4.3.1. Presentación de los resultados del modelo de selección (primera etapa)

Las primeras constataciones nos permiten observar que la estimación se realiza con 6,918 observaciones (6,795 ponderadas), número de casos que corresponde a la muestra de mujeres unidas de 15 a 49 años que no estaban embarazadas al momento de la encuesta (esto porque las mujeres embarazadas, que constituyen el 8% de la muestra de mujeres unidas en edad reproductiva, no pueden utilizar métodos anticonceptivos y por ello no se les preguntó sobre la decisión de usar o no estos métodos). En cuanto a la significación global del modelo, el P-valor asociado a la estadística de Fisher indica que el modelo está globalmente bien ajustado, dado que en el nivel de significación del 0.1%, se rechaza la hipótesis nula de que todos los parámetros estimados son estadísticamente nulos. En otras palabras, hay al menos un parámetro del modelo que es estadísticamente diferente de cero (la F de Fisher es 0.0000 < 0.001) (ver cuadro A3.1 en anexo).

Por otra parte, al considerar los resultados de la prueba de independencia de rho  $(\rho)$  al nivel de significación del 5%, se observa que hay suficientes evidencias estadísticas para rechazar la hipótesis nula (dicha hipótesis estipula la independencia de los términos de error  $\varepsilon_i$  et  $\omega_i$  de las ecuaciones 3 y 4). Estos resultados están sostenidos por la significancia del parámetro (athrho) que es el arcotangente hiperbólico de rho (P-valor = 0.000 < 0.5). Además, se puede notar que el coeficiente de rho es igual a -0.471. Desde un punto de vista práctico, este conjunto de resultados nos revela que las variables de uno de los modelos probit tienen un efecto indirecto en el otro probit. Por lo tanto, podemos probar la hipótesis de que el modelo heckprobit se ajusta mejor a los datos que dos modelos probit separados. Esto confirma también la presencia de sesgo de selección en el uso de anticoncepción. En otras palabras, censurar a las mujeres que quieren tener hijos en los siguientes dos años de la muestra puede conducir a resultados diferentes que si hubiéramos estimado los dos modelos de forma separada. (Ver cuadro 3.1 del anexo 3).



Así, obtenemos los resultados de la estimación del modelo de selección probit que permite discriminar a las mujeres que quieren tener hijos en los siguientes dos años y a las que quieren espaciar o limitar nacimientos.

La edad tiene un efecto significativo sobre la intención de no tener hijos. Considerando a las mujeres de 20-24 años como grupo de referencia, no se diferencian de ellas las de 25-29. A partir de los 30 años los parámetros estimados son crecientes con signo negativo, lo que significa que a partir de esa edad, a medida que aumenta la edad es menos probable que las mujeres no quieran tener hijos. Conviene subrayar que entre las más jóvenes (15-19 años) el parámetro estimado es de signo positivo. Esto significa que las adolescentes, comparadas con las mujeres de 20-24 años, tienen mayor probabilidad de no querer tener hijos (Ver cuadro 3.1 del anexo 3).

Acerca de la concordancia entre las parejas sobre el número de hijos, se observa que esta variable contribuye significativamente en la selección de las mujeres. Además se destaca una relación negativa entre intención reproductiva y la concordancia de tal forma que entre las parejas donde hay acuerdo sobre el número de hijos deseados, las mujeres son más propensas a querer hijos respeto a las mujeres que no están de acuerdo con su pareja sobre el número de hijos (Ver cuadro 3.1 del anexo 3).

Al considerar la paridad en el momento de la encuesta (el número de hijos vivos por mujer), se constata que las variaciones del número de hijos vivos son significativas en la selección de las mujeres según sus intenciones reproductivas y se observa al mismo tiempo que tales variaciones desarrollan una relación positiva con la variable intención. En este sentido, tener un hijo adicional aumenta la posibilidad de manifestar la intención de no querer hijos. Esto nos indica que es más probable que las mujeres no quieran otros hijos a medida que su paridad aumenta.

Del mismo modo, los resultados indican que la educación se revela estadísticamente significativa en la estimación de la probabilidad de querer o no tener hijos.. Así, una mujer que alcanzó la primaria es más proclive a no querer hijos, comparada con una mujer sin educación, al igual que para aquellas mujeres que alcanzaron la secundaria o más en su trayectoria académica. A mayor escolaridad, mayor es la probabilidad de no querer hijos (Ver cuadro 3.1 del anexo 3).



En lo concerniente al nivel de riqueza de los hogares en que se encuentran las mujeres, sólo las mujeres del estrato medio se revelan estadísticamente diferentes de las del estrato muy bajo en la selección de las mujeres que quieren o no tener hijos. Las mujeres dentro de un hogar de nivel medio tienen más propensión a manifestar la intención de no querer hijos en comparación con una mujer de un hogar de condición de vida bajo (Ver cuadro 3.1 del anexo 3).

En último lugar, el tipo de unión forma parte del conjunto de factores con variaciones significativas sobre la probabilidad de desear limitar o espaciar la fecundidad entre las mujeres unidas de 15 a 49 años. Resulta importante mencionar que las mujeres en situación de concubinato son más propensas a no querer hijos, en comparación a aquellas que están en matrimonio. De la misma forma, las mujeres que se encuentren en la relación vivavèk y vivir juntos son más proclives a no querer hijos, respecto a la categoría de referencia, compuesta por las mujeres casadas (Ver cuadro 3.1 del anexo 3).

Para dar por concluida esta sección, cabe subrayar que los distintos grupos etarios (excepto el de 25-29); el nivel de riqueza de los hogares (nivel medio); la escolaridad, la concordancia entre las parejas sobre el número de hijos y el tipo de unión son los factores que intervienen significativamente en la selección de las mujeres de la muestra seleccionada según sus intenciones de reproducción. Al contrario, la situación ocupacional no contribuye en la selección de dichas mujeres. Además de estar globalmente bien ajustado, el coeficiente de rho nos indica la presencia de dependencia entre el modelo de selección y el modelo ajustado del uso de anticoncepción, este coeficiente nos revela también el efecto de selección en la muestra bajo estudio. Esto implica que el próximo modelo sólo estimará la parte no censurada de la muestra, es decir las mujeres que no quieren tener hijos (es decir, que desean espaciar el o los próximos nacimientos y aquellas que desean poner fin a su vida reproductiva).



### 4.3.2. Presentación de los resultados de la estimación del modelo de uso de anticoncepción (segunda etapa)

Posteriormente a la estimación del modelo de selección, hemos podido identificar las diferentes variables que participan en la discriminación de las mujeres según la intención de reproducción y a continuación procederemos a la presentación de los resultados de la segunda etapa de la estimación (cuadro 4.6). Como ya hemos visto, se refiere a la estimación de la probabilidad de utilizar anticonceptivos. Para comenzar, se encontró que el modelo está en general bien ajustado. De hecho, el p valor asociado al estadístico de Fisher muestra un valor inferior al 5%. Esto significa que en el umbral de significación de 0.05, se rechaza la hipótesis nula que supone que todos los coeficientes del modelo no son diferentes de cero.

Tras haber indagado los diferentes resultados de la estimación del modelo con efecto de selección, conviene arrojar luz sobre la diferencia con el modelo sin efecto de selección de uso de anticonceptivos, el cual incluye a todas las mujeres sin discriminar en función de sus intenciones reproductivas. Al considerar los resultados de la estimación del modelo simple, vemos que está globalmente bien especificado (según los resultados de la prueba global de Fisher), Además, se halla que el coeficiente de la predicción al cuadrado tiene poder explicativo, así que la especificación es buena (ver los cuadros 3.2 y 3.3 del anexo 3).

Al comparar los resultados de la estimación de los parámetros de estos dos modelos, se constata que el modelo con efecto de selección presenta resultados más interesantes que el modelo sin efecto. De hecho, en la mayoría de los casos, las variables tienen variaciones significativas en la probabilidad de usar de anticonceptivos en el modelo heckprobit, mientras que estas mimas variables no cuentan con variaciones significativas en el modelo sin efecto de selección. A modo de ilustración, las variaciones del factor lugar de residencia son significativas al nivel de 0.1% en el modelo heckprobit contra 5% en el segundo modelo. Con respecto a la distribución por edad, las variaciones son significativas en más grupos etarios en el primer modelo que en el segundo. En efecto, sólo las variaciones relativas al grupo 25-29 no son significativas en el modelo con efecto de selección, mientras que en el modelo sin efecto se encuentran sólo dos grupos con variaciones significativas (30-34 años y 35-39 años).



En este mismo marco de comparación, se resalta que las estimaciones del factor diferencia de edad presentan mejores resultados en el modelo heckprobit desde el punto de vista de la significancia. Así, se constata que las variaciones de dicho factor cuentan con un parámetro que es estadísticamente diferente de cero en el modelo con efecto selección, mientras que ninguno de ellos lo son en el modelo simple. En otras palabras, la variable diferencia de edad tiene mejor participación en la explicación de la probabilidad de usar anticonceptivos en el modelo de Heckman que en el otro.

Los resultados de las estimaciones de los modelos indican que haber alcanzado la primaria y secundaria y más es estadísticamente significativo en la explicación de la probabilidad de usar un método anticonceptivo en el modelo de Heckman, al contrario del modelo simple donde ningún nivel educativo cuenta con coeficientes estadísticamente no nulos.

El modelo sin efecto de selección presenta, en ciertos niveles, mejores resultados en la variable tipo de unión y el índice de conocimiento de métodos. Resalta la comparación de la variable de tipo de unión, que una vez que se controla el efecto de selección de la intención de tener hijos (modelo heckprobit), no hay diferencias en la probabilidad de uso de anticonceptivos entre mujeres casadas, convivientes o en unión informal. En cuanto a las similitudes, ambos modelos tienen coeficientes que son estadísticamente diferentes de cero al mismo umbral de significancia. De hecho, la decisión sobre uso de anticonceptivos y la situación ocupacional cuentan con variaciones significativas al nivel de 5% en ambos modelos. Para profundizar en los resultados del modelo sin efecto de selección, el cuadro 3.2 ubicado en el anexo 3 proporciona todos los detalles a este fin.

Al analizar por separado los resultados del modelo con efecto de selección, cabe señalar en primer lugar que la distribución etaria, un factor determinante para explicar la probabilidad del uso de anticonceptivos, presenta resultados significativos en la mayoría de los grupos. De hecho, sólo el coeficiente del grupo 25-29 años se revela estadísticamente no diferente de cero comparado con el grupo 20-24. Por otro lado, cabe mencionar que entre las mujeres unidas de 15-49 años sin embarazo (al momento de la encuesta) que no quieren tener hijos, a partir de los 30 años la edad varía en sentido contrario a la probabilidad de usar anticonceptivos; de modo que a medida que las mujeres envejecen, cada vez son menos



proclives a utilizarlos, comparadas con las mujeres de 20-24 años. Se puede observar en el cuadro 5.6 que respeto al grupo de referencia (20-24 años), el riesgo relativo de usar anticonceptivos es 0.934 para el grupo 45-49 años. En otras palabras, para una mujer entre 45 y 49 años, es 6.6% menos probable usar métodos para controlar la fecundidad respeto a una mujer de 20 a 24 años. Destaca que las adolescentes de 15 a 19 años tienen menor riesgo relativo de usar anticonceptivos que las mujeres de 20 a 24 años.

En lo que respecta a la variable escolaridad, los distintos niveles escolares cuentan con diferencias estadísticas con respecto a la categoría sin educación. Los resultados sugieren que a medida que las mujeres tienen mayor escolaridad, menos proclives son ellas a usar un método anticonceptivo. Este hallazgo va en contra de los planteamientos teóricos que estipulan que la educación es un factor que se asocia con el uso de anticonceptivo, puesto que las mujeres con mayor escolaridad pueden tener mayores aspiraciones profesionales por lo que tienden a controlar su fecundidad (Ainsworth et al, 1996; Oyedokun, 2007; Ali & Okud, 2013; Andalón, Williams, & Grossman, 2014). En el caso de las haitianas unidas de 15 a 49 años que desean limitar o espaciar su fecundidad, resulta importante analizar de manera más profunda la relación entre educación y uso de anticonceptivos.

En lo que respecta al lugar de residencia, los resultados muestran por un lado que es un factor que participa significativamente en la variación de la probabilidad de usar anticonceptivos. Por otro lado, el signo del coeficiente estimado evidencia la presencia de una relación negativa entre el uso de anticonceptivos y el lugar dónde la mujer reside, de tal manera que vivir en zona rural reduce la posibilidad de uso de medios de control de la fecundidad. En ese mismo orden de ideas, es 42.1% menos probable usar anticonceptivos al vivir en área rural que en área urbana. Esas evidencias estadísticas van de mano con la realidad haitiana considerando la disparidad que prevalece en términos de infraestructura sanitaria entre las zonas urbanas y rurales del país (ver cuadro 4.6 y 4.7).

En cuanto a la situación de la mujer en el mercado laboral, este factor resulta ser estadísticamente significativo para explicar la probabilidad de utilizar anticonceptivos al nivel de significancia de 0.1%. Además, entre dicho factor y el uso de anticonceptivo existe una relación positiva, de tal forma que, respecto a las mujeres no ocupadas (categoría de referencia), las mujeres que estén ocupadas son más propensas a usar anticonceptivos (cuadro



4.6). De la misma manera, una mujer ocupada es 195.3% más proclive a utilizar un método anticonceptivo en comparación a una mujer que no se dedica a ninguna actividad generadora de ingresos (cuadro 4.7). Sin embargo, los diversos sectores de actividad en los que han participado las mujeres aún deben ser explorados con mayor profundidad para tener un mejor entendimiento del efecto del factor de la ocupación en el uso de anticonceptivos entre las mujeres en cuestión.

Más allá la educación formal, el conocimiento de las mujeres sobre los métodos anticonceptivos es un factor relevante para el uso de métodos anticonceptivos. Los resultados de la estimación indican que un conocimiento alto de métodos anticonceptivos desempeña un papel significativo en la variación de la probabilidad de utilizarlos. Así pues, el signo positivo del coeficiente estimado para la categoría "alto" resalta que si la mujer conoce muchos métodos anticonceptivos existentes, más proclive es a utilizarlos (cuadro 4.6). El cuadro de las probabilidades promedio previstas nos permiten constatar que una mujer con nivel de conocimiento alto sobre los métodos anticonceptivos tiene un 2.2% más de posibilidad de usarlos que una mujer de nivel bajo (cuadro 4.7). Sin embargo, el nivel de conocimiento medio no se diferencia del nivel de conocimiento bajo en cuanto a su resultado en el uso de métodos anticonceptivos. Es importante señalar que mientras que las variaciones de la variable educación presentan resultados controvertidos, se ha demostrado que el conocimiento de los métodos, como parte del conjunto de conocimientos sobre planificación familiar cuenta con efectos estadísticamente contundentes sobre la probabilidad de usar anticonceptivos. Lo que sugiere que la capacitación de las mujeres en materia de planificación familiar puede ser uno de los elementos clave que propicie un aumento en el número de usuarias en el ámbito de la salud reproductiva en Haití.

El tipo de unión no resultó estadísticamente significativo para el uso de métodos anticonceptivos. En cambio, la decisión en la pareja sobre el uso de anticonceptivos desempeña un papel estadísticamente significativo en la variación de la probabilidad de que una mujer use anticonceptivos en el umbral de significancia del 0.1%. El signo del coeficiente estimado indica que en las parejas donde se toma la decisión sobre el uso de anticonceptivo de manera conjunta, las mujeres tienen más posibilidades de usar un método anticonceptivo (cuadro 4.6). De manera práctica, el riesgo relativo de que las mujeres usen anticonceptivos



cuando la decisión es conjunta es 1.604, en comparación con las parejas donde la decisión de uso se toma de manera independiente. Es decir, el hecho de concertar el uso o no de anticonceptivos aumentó 60.4% la posibilidad de usar anticonceptivos en comparación con las parejas donde la decisión de usar o no contraceptivos se hace de manera independiente (cuadro 4.7). Esto pone de manifiesto la importancia de la implicación de los dos miembros de la pareja en el proceso de la planificación familiar y la centralidad de la disposición de la pareja masculina para concertar sobre la planificación familiar. Es importante señalar que estos resultados no se enfocan solamente sobre la opinión favorable del cónyuge, sino que se refiere a algo más amplio que abarca la concertación para practicar o no el uso de los métodos anticonceptivos.

En lo tocante a la diferencia de edad que forma parte de los factores comunes en las parejas, es interesante señalar que este factor presenta resultados estadísticamente significativos después de la estimación del modelo probit del uso de anticonceptivos. Así, la categoría "hombre mucho mayor" cuenta con un coeficiente estadísticamente diferente de cero y su signo indica que las parejas en las cuales la pareja masculina es mucho mayor son menos favorables al uso de anticonceptivos (cuadro 4.6). En otras palabras, si la brecha de edad entre los cónyuges es muy grande, las mujeres son menos propensas a usar anticonceptivos. Las evidencias estadísticas del cuadro 5.6 muestran que el riego relativo al uso de anticonceptivos es 2.009 en las parejas en que los hombres son mucho mayores en comparación a las parejas de edad similar. Estos últimos resultados ponen de relieve el impacto negativo de la brecha etaria de los cónyuges en el uso de anticonceptivos en las parejas donde las haitianas unidas de 15 a 49 años que quieren limitar o espaciar su fecundidad.

En definitiva, cabe mencionar que la edad (excepto el grupo 25-29 años), el lugar de residencia, la escolaridad, la situación ocupacional, el nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos (nivel alto), la diferencia de edad entre los miembros de la pareja (cuando el hombre es mucho mayor) y la decisión conjunta en pareja sobre el uso de anticonceptivos constituyen un conjunto de factores que contribuyen significativamente en la explicación de las probabilidades asociadas a la utilización de métodos para controlar la fecundidad entre



las mujeres unidas de 15 a 49 años que no estaban embarazadas al momento de la encuesta y que quieren espaciar o limitar su fecundidad en Haití en 2017.



Cuadro 4.6. Comparación de los resultados de los modelos del uso de anticoncepción de las mujeres unidas de 15-49 años sin y con efectos de selección

_	Modelo con efecto de selección (n=6,918)	Modelo sin efecto d selección (n=5,682)
Uso de anticoncepción	Coef /(error est)	Coef /(error est)
Edad de la mujer (20-24°)		
15-19	-0.385**/ (.111)	-0.252*/(.115)
25-29	-0.057/(.068)	0.012*/(.074)
30-34	-0.170*/(.063)	0.124/(.069)
35-39	-0.187**/(.070)	0.133/(.073)
40-44	-0.461***/(.074)	-0.299***/(.082)
45-49	-0.827***/(.092)	-0.731***/(.092)
Escolaridad (Sin educación •)		
Primaria	-0.145** / (.053)	0.028/(.057)
Secundaria y más	-0.177** / (.061)	-0.097/(.069)
Lugar de residencia (Urbano •)		
Rural	-0.253***/(.052)	-0.132*/(.057)
Situación ocupacional (No		
ocupada •)		
Ocupada	0.126**/(.047)	0.119**/(.045)
ICAM (Bajo •)		
Medio	-0.010 / (. <i>051</i> )	0.101*/(.049)
Alto	0.117*/(.054)	0.206**/(.050)
Tipo de unión (Casada •)		
Concubinato	-0.004 / (.047)	0.187**/(.052)
Vivavèk y vivir juntos	0.002 / (.063)	0.166**/(.063)
Decisión sobre uso (Independiente		
•) Conjunta	0.917***/(.049)	0.982***/ (.042)
Diferencia de edad(Edad similar •)		
Mujer mayor	0.123/ (.073)	-0.044/(.075)
Hombre poco mayor	-0.006/ (.052)	0.029/(.074)
Hombre mucho mayor	-0.112*/ (.056)	-0.073/(.079)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS VI, 2017



Cuadro 4.7. Probabilidades promedio predictivos y riesgos relativos (R.R) del modelo con efecto de selección

Variables	Prob	R.R
<b>Edad:</b> 20-24	0.136	1.000
15-19	0.026	0.191**
25-29	0.185	1.360
30-34	0.200	1.471**
35-39	0.180**	1.324**
40-44	0.144***	1.059***
45-49	0.127***	0.934***
Educación: Sin educación	0.207	1.000
Primaria	0.357	1.725**
Secundaria y más	0.436	2.106**
Lugar de residencia: Urbano	0.587	1.000
Rural	0.413	0.704***
Situación ocupacional: No Ocupada	0.253	1.000
Ocupada	0.747	2.953**
ICAM: Bajo	0.325	1.000
Medio	0.343	1.055
Alto	0.332	1.022*
Decisión sobre el uso: Independiente	0.384	1.000
Conjunta	0.616	1.604***
Diferencia de edad: Edad similar	0.110	1.000
Mujer mayor	0.295	2.682
Hombre poco mayor	0.374	3.400
Hombre mucho mayor	0.221	2.009*

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS VI, 2017

Diferentes nivel de significancia: \*\*\* p<0.001 \*\* p<0.01 \*p<0.05



### 4.3.3. Presentación de los resultados de la estimación del modelo de las necesidades de anticoncepción de las mujeres unidas y en edad fértil

Después de analizar el comportamiento anticonceptivo de las mujeres que han expresado su intención de limitar o espaciar los nacimientos (y que no se encontraban embarazadas al momento de la encuesta), resulta conveniente arrojar luz sobre las necesidades de anticoncepción como resultado de la brecha entre los deseos reproductivos expresados por las mujeres y sus comportamientos anticonceptivos. Como se señaló en la sección 1.4 del capítulo 1, entre las mujeres con necesidades no satisfechas de anticoncepción se incluye además de las mujeres que requieren utilizar métodos anticonceptivos para espaciar o limitar su fecundidad y que no los están utilizando, a las mujeres que se encontraban embarazadas al momento de la encuesta y que respondieron que no deseaban ese embarazo (en ese momento o del todo) y a las mujeres que se encontraban en amenorrea postparto y que respondieron que hubieran deseado posponer o no tener ese nacimiento reciente. En este sentido, se trata de un indicador más global en cuanto al derecho de las mujeres a planificar su fecundidad, pero no puede utilizarse como indicador para la provisión de métodos anticonceptivos. Por esta razón, la población que se incluye en el modelo de factores asociados a las necesidades de anticoncepción es diferente a la del modelo de uso de métodos anticonceptivos y el significado es conceptualmente diferente. En esta investigación, se modelan los factores asociados a no tener necesidades no satisfechas de anticoncepción.

Como se indicó en el capítulo de metodología, la variable dependiente cobra el valor cero si la mujer tiene necesidad no satisfecha de anticoncepción y valor uno si las tiene satisfechas (o, lo que es lo mismo, si no tienen NNSA). Desde el punto de vista del ajuste, el modelo probit de la NSA está globalmente bien adaptado. De hecho, el P-valor asociado al estadístico de Fisher es significativo en el umbral del 5% (P-valor = 0.000). Por consiguiente, se rechaza la hipótesis de que los parámetros del modelo son nulos. En cuanto a las pruebas posteriores a la estimación, el coeficiente de la predicción al cuadrado tiene poder explicativo. Lo que sugiere que la variable dependiente del modelo está bien ajustada respeto a las variables independientes (Ver cuadro 3.5 del anexo 3).



Sobre los efectos simultáneos de los factores explicativos sobre la NNSA, empezando por el factor de la edad, puede observarse que todos los grupos etarios considerados que esta variable desempeñan un papel significativo en la determinación de la probabilidad de no tener NNSA, excepto los grupos 25-29 años y 30-34 años. Los resultados también indican que cuanto mayor sea la edad de las mujeres, más probable es que no tengan necesidad no satisfecha de anticoncepción. Esta tendencia se observa a nivel de todos los grupos, pero es más pronunciada entre los grupos de edad de 35-39 años y de 45-49 años (Cuadro 4.8). Estos resultados pueden entenderse mediante el enfoque que sostiene que con la edad las mujeres las mujeres se vuelven más experimentadas en el control de la fecundidad, en la medida en que con el tiempo tienen mejores conocimientos o habilidades cognitivas para utilizar eficazmente los anticonceptivos; con la edad, también, ellas pueden adquirir mayor poder de negociación para limitar relaciones sexuales sin protección y, por ende, conciliar su plan de reproducción con un comportamiento anticonceptivo adecuado (Hayford y Guzzo, 2010).

También se constata que contar con educación secundaria y más participa significativamente en la variación de la probabilidad de tener NNSA (Cuadro 4.8). El signo del coeficiente estimado en la variable escolaridad sugiere que las mujeres que han alcanzado la secundaria o el nivel universitario tienden a ser más propensas a no tener NNSA (es decir la posibilidad de tener NNSA es menor para las de alta escolaridad comparadas con las mujeres sin escolaridad). Las mujeres con nivel primaria no se diferencian de las mujeres sin escolaridad en cuanto a las NNSA. Esos hallazgos acerca de las mujeres haitianas unidas de 15 a 49 años en 2017 se suman a una amplia serie de investigaciones que evidencian el impacto positivo del alto nivel de escolaridad sobre la posibilidad de satisfacer las necesidades de anticoncepción. Asimismo, en el contexto haitiano, las mujeres que integran la esfera educativa hasta el secundario e incluso la universidad u otra carrera profesional son más capaces de informarse y capacitarse sobre la planificación familiar y son más proclives a formar parte de grupos de amigos y colegas donde se vehiculan ideas u opiniones que pueden tener influencia sobre su plan de reproducción y que puede incitar a la práctica de la planificación familiar.



En cuanto al lugar de residencia, se comprueba que vivir en una zona rural disminuye la probabilidad de satisfacer sus necesidades de anticonceptivos al nivel de significancia de 0.1% (el signo negativo significa que las mujeres que viven en áreas rurales tienen menos posibilidad de no tener NNSA que las que viven en áreas urbanas) (Cuadro 4.8). Esos resultados de la estimación reflejan adecuadamente la realidad del país donde prevalece una considerable discrepancia entre medio urbano y rural en materia de organización del sistema de salud, especialmente la salud reproductiva.

En lo que se refiere a los efectos de la situación ocupacional sobre las NNSA, los resultados de la estimación muestran que este factor afecta significativamente a la probabilidad de encontrarse en una situación de NNSA (Cuadro 4.8). La relación entre la situación ocupacional y no tener NNSA tiene signo positivo, de manera que las mujeres que participan activamente en el mercado laboral tienen mayores posibilidades de no tener necesidades no satisfechas (dicho de otra manera, las mujeres ocupadas tienen menores posibilidades de tener NNSA que las no ocupadas).

El índice de conocimiento de los métodos anticonceptivos registra resultados satisfactorios con respecto a la probabilidad de encontrarse en una situación de no tener NNSA en su nivel alto (Cuadro 4.8). De hecho, disponer de un alto nivel de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos contribuye significativamente en la variación de la probabilidad de no tener NNSA. Así, una mujer con alto nivel de conocimiento de los métodos se ve menos propensa a estar en situación de no poder conciliar su plan de reproducción y su comportamiento anticonceptivo. Aquellos resultados arrojan luz sobre la importancia de la capacitación de la mujer en materia de planificación familiar; no sólo capacitarlas sobre conocimientos de los métodos existentes, sino también facilitar la información sobre los mecanismos de uso, los efectos secundarios relativos a los métodos así como las fuentes de suministros (especialmente las fuentes donde se proporcionan métodos sin costo o con precio subsidiado).

En el caso del tipo de unión se observa que el hecho de estar en situación de "vivavèk o vivir juntos" propicia estadísticamente la no satisfacción de las necesidades de anticoncepción comparadas con las mujeres casadas (Cuadro 4.8). Las mujeres en concubinato no se diferencian de las casadas en cuanto a no tener NNSA. Dado el contexto



haitiano, donde las mujeres en situación de vivavèk y vivir juntos no cohabitan de manera permanente, a veces no estiman necesario usar un método anticonceptivos (por lo general, los hombres hacen visitas de noche, con frecuencia poco regular). Así, aunque podrían querer controlar su fecundidad, se ven expuestas a la situación de no poder satisfacer sus necesidades de anticoncepción.

Además, se puede señalar que las mujeres que conciertan con su pareja usar o no anticonceptivos son más proclives a no tener NNSA (el signo positivo en el modelo significa que las mujeres que toman la decisión de forma conjunta con su pareja tienen más posibilidades de no tener NNSA que las parejas que toman la decisión de manera independiente) (Cuadro 4.8). De ahí, que la implicación de ambos miembros de la pareja resulta ser contundente en la posibilidad de no tener necesidades no satisfechas. Y se puede señalar el impacto positivo que puede tener la participación de la pareja masculina (a veces pasado por alto en los procesos de planificación familiar).

En síntesis, se observa que los factores como edad (excepto los grupos 25-29 años y 30-34 años), escolaridad, el lugar de residencia, la situación ocupacional, la decisión sobre el uso o no de anticonceptivos así como el índice de conocimiento de los métodos cumplen con los resultados esperados para no tener NNSA y pueden formar parte de un conjunto de elementos sobre los que se puede actuar para dar respuestas al problema de la planificación familiar en Haití.



Cuadro 4.8. Resultados de la estimación del modelo probit de las NNSA

Numero de estratos = 29	Numero de observación = 7,563						
Numero de $PSUs = 450$		-	= 7,401.5538				
	Diseño df		= 421				
	F( 18, 4	104)	= 11.75				
	Prob > F	_	= 0.0000				
Necesidad de anticoncepción	Coeficientes	Error est.	p >  z				
Edad de la mujer (20-24*)							
15-19	-0.194	0.097	0.046				
25-29	0.120	0.064	0.061				
30-34	0.088	0.065	0.177				
35-39	0.188	0.070	0.007				
40-44	0.156	0.069	0.025				
45-49	0.417	0.089	0.000				
Escolaridad (Sin educación*)							
Primaria	-0.015	0.050	0.759				
Secundaria y más	0.138	0.053	0.009				
Lugar de residencia (Urbano*)							
Rural	-0.144	0.037	0.000				
Situación ocupacional (No							
ocupada *)							
Ocupada	0.188	0.039	0.000				
ICAM (Bajo*)							
Medio	0.042	0.042	0.318				
Alto	0.096	0.048	0.047				
Tipo de unión (Casada*)							
Concubinato	-0.033	0.041	0.428				
Vivavèk y vivir juntos	0.032	0.056	0.024				
Decisión sobre el uso							
(Independiente*)							
Conjunta	0.125	0.029	0.000				
Diferencia de edad (edad							
similar*)							
Mujer mayor	0.146	0.065	0.025				
Hombre poco mayor	0.059	0.067	0.034				
Hombre mucho mayor	0.093	0.068	0.274				

<sup>\*</sup> Las categorías marcadas con un asterisco son categorías de referencia.



## Consideraciones generales y conclusión

En este estudio se ha propuesto analizar los factores que se asocian con el uso de anticonceptivos entre las mujeres unidas en edad de reproducción (15-49 años) que han deseado espaciar o limitar su fecundidad y analizar los determinantes de la NNSA de las mujeres unidas de 15 a 49 años en Haití en 2017. Se han analizado las preferencias de aquellas mujeres mediante la descripción de los principales agregados de preferencias reproductivas; en cuanto los análisis del comportamiento anticonceptivo y de las NNSA, se han efectuado mediante un conjunto de factores de índole sociodemográfica, socioeconómica y algunos que son comunes a las parejas. Para llevar a cabo esta labor, procedimos metodológicamente a delimitar el tema salud reproductiva enfocándonos en las preferencias reproductivas, el uso de anticonceptivos y la necesidad no satisfecha de anticonceptivos. Y luego se realizó una revisión empírica en torno al uso de métodos anticonceptivos y la necesidad no satisfecha de anticoncepción.

Tras la revisión empírica, ha surgido el problema de la selección de las mujeres considerando sus intenciones reproductivas; según el cual no basta con explicar el uso de la anticoncepción al seleccionar a las mujeres con base en los criterios de actividad sexual, de edad y del hecho de estar involucrada en una relación conyugal. El uso debe ser estudiado según el plan de reproducción establecido por las mujeres, del cual se deriva la importancia de la anticoncepción. Por esta razón, después de la revisión empírica, se decidió delimitar los conjuntos de mujeres según las intenciones de tener hijos de limitar o espaciar los nacimientos. Desde el punto de vista metodológico, esta delimitación también nos permitió analizar el efecto de selección de la intención de limitar o espaciar los nacimientos entre todas las mujeres bajo estudio.

A fin de responder a las diversas preguntas de investigación formuladas, alcanzar los objetivos establecidos y contrastar las hipótesis planteadas, se estableció un marco empírico sobre los determinantes del uso de anticonceptivos y de las NNSA. Basándose en el problema de selección, se estableció también un marco analítico cuantitativo para facilitar: i) el análisis descriptivo, en el cual se describe la subpoblación bajo estudio a través de sus características demográficas y socioeconómicas, entre otras; ii) el análisis de las asociaciones entre los determinantes del uso de anticonceptivos y de los NNSA; iii) el ajuste de un modelo no lineal,



basado en los datos de EMMUS VI, para seleccionar a las mujeres según sus intenciones de reproducción; iv) el ajuste de un modelo de uso de anticonceptivos según los resultados del proceso de selección; y, por último, v) la construcción de un modelo probit para analizar el efecto de los determinantes de las NNSA. A partir de esta estrategia analítica, logramos encontrar los principales resultados que vamos a discutir a continuación.

Un primer nivel de análisis sobre las preferencias reproductivas ha puesto de manifiesto el panorama de la salud reproductiva en Haití caracterizado por la imposibilidad de conciliar para la mayoría de las mujeres sus preferencias y su plan reproductivos mediante estrategias adecuadas de planificación familiar. De hecho, los resultados obtenidos mostraron que en el período 1996-2017, el porcentaje de mujeres que desean poner fin a su vida reproductiva ha superado sistemáticamente el de las que desean espaciar los nacimientos y las que desean tener hijos en un plazo de dos años; al mismo tiempo se observa que la tasa global de fecundidad durante todo este período supera la tasa de fecundidad deseada y al número ideal de hijos de las mujeres. Paralelamente, la tasa de uso de anticonceptivos en 2017 alcanzó sólo el 34.32% entre las mujeres en edad de procrear que desean limitar o espaciar su fecundidad, mientras que la tasa de necesidades no satisfechas se estima en el 37.96% entre el mismo grupo de mujeres. Tales constataciones denotan la dificultad del sistema de salud sexual y reproductiva del país, para garantizar que las mujeres planeen y vivan su vida reproductiva al máximo como desean. Además, este ambiente precario va en contra de las resoluciones de la Cumbre de El Cairo de 1994 cuyo punto focal hace de la salud reproductiva un derecho de la mujer a decidir deliberadamente cuándo dar a luz.

El análisis de los factores comunes a las parejas en la determinación de la probabilidad de usar anticonceptivos nos permite ver la importancia de la decisión conjunta en pareja sobre el uso de los anticonceptivos. Los resultados obtenidos permitieron verificar la hipótesis **H5** según la cual las mujeres que toman la decisión de manera conjunta con su pareja tienen una mayor propensión a usar un método anticonceptivo. Así pues, estas conclusiones son congruentes con las consideraciones empíricas que sostienen que el acuerdo entre las parejas sobre el uso de métodos anticonceptivos, en particular la importancia de la pareja masculina en la toma de decisiones en países en desarrollo como Haití (Rakhshani, Niknami & Moghaddam, 2005; Khan et al., 2008). Estas conclusiones también nos interpelan sobre el



papel de los cónyuges y sus implicaciones para la expansión de las prácticas anticonceptivas entre las mujeres. Puesto que una mujer que cuenta con el pleno apoyo de su cónyuge sabe que no está sola y puede sentirse más cómoda practicando la planificación familiar.

Los resultados de investigación son unánimes en cuanto a la repercusión de la situación laboral de la mujer en su comportamiento en materia de planificación familiar. A saber, el hecho de que las mujeres desempeñen una actividad laboral las hace algo más independientes desde el punto de vista financiero y les pone en situación favorable para planificar la vida reproductiva con su pareja (Gage, 1995; KFF, 2005; Ainsworth, Kathleen & Nyamete, 1996). Los resultados de la modelación son contundentes sobre la importancia de la situación ocupacional en el uso de anticonceptivos. Así, se puede sostener la hipótesis de H3 previamente establecida, la cual estipula que las mujeres que emprenden actividad generadora de ingreso son más propensas a usar un método de anticoncepción. Esta relación entre la ocupación de la mujer y la planificación familiar sigue siendo un campo que debe explorarse en profundidad, ya que, en el caso de Haití, donde las mujeres están muy involucradas en el sector informal, todavía hay que explorar en detalle los diferentes tipos de actividad que realizan y cómo cada una de ellas influye o se asocia con el uso o no de anticoncepción.

Como se ha anticipado mediante la hipótesis **H8**, el contraste entre las zonas urbanas y rurales tiene un papel importante en la explicación del uso de anticonceptivos. Este contraste, que se verifica utilizando los resultados de la estimación del modelo heckprobit, se suma al conjunto de evidencias existentes en la literatura, las cuales sostienen que la expansión del uso de anticonceptivos sigue siendo difícil en un entorno donde hay una aguda falta de infraestructura sanitaria, donde faltan tecnologías de la información y la comunicación y el acceso a las áreas rurales es difícil en términos de medios de transporte. Esta realidad en el caso de Haití es aún más llamativa en la medida en que la mujer que vive en zona rural se enfrenta no sólo a las limitaciones mencionadas, sino también a estructuras sociales dominadas por la influencia eclesiástica; el modelo de producción agraria que ve a la mujer como auxiliar del hombre y sobre todo, la reduce a una función reproductiva en el hogar. En ese entorno, el uso de la anticoncepción queda relegado a un segundo plano y las



mujeres se encuentran a menudo en una situación de reproducción natural, es decir, sin ningún tipo de control.

Al considerar el factor de la edad, los resultados indican que las posibilidades de utilizar anticonceptivos disminuyen entre las mujeres mayores. Estos resultados no apoyan la verificación de la hipótesis **H2**, mientras que, en el caso de las NNSA, se comprueba la anticipación **H10** que planteó que las posibilidades de no tener NNSA van aumentando con la edad.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en relación con el tipo de unión, se observa que las variaciones de la categoría "vivavèk y vivir juntos" son estadísticamente significativas respeto a no tener NNSA, pero no lo son respecto a la variable dependiente uso de anticonceptivos. De hecho, estar en "vivavèk y vivir juntos" se asocia con una disminución de la probabilidad de no tener necesidades no satisfechas de anticonceptivo en comparación con el matrimonio. Cuando se aborda la situación conyugal de las haitianas desde el ángulo de la estabilidad como hacen algunos investigadores (Makinwa-Adebusoye, 1992; Caldwell, Orubuloye & Caldwell, 1992; Adanu et al, 2009; Germek, 2012); estos resultados pueden entenderse a través de una serie de consideraciones donde la más plausible es que estas mujeres que viven en situación de "vivavèk o vivir juntas", dada la inestabilidad de este tipo de relación (no cohabitan con el cónyuge varón, relación de visita) y por falta de certeza en el futuro de su relación, quieren limitar o espaciar su fecundidad pero al mismo tiempo no utilizan ningún medio anticonceptivo de acuerdo con sus intenciones. La falta de uso de anticonceptivos puede deberse a que no cohabitan con su cónyuge y no están expuestas a mantener relaciones sexuales regularmente. También hay que señalar que estos resultados no permiten verificar las hipótesis H1 y H9 sobre los efectos de los tipos de unión en el uso de anticonceptivos.

Por último, el nivel de conocimiento de las mujeres sobre los diferentes métodos disponibles muestra una gran importancia en el uso de anticonceptivos, y este factor es estadísticamente más importante que la educación formal. Prueba de que la capacitación de las mujeres en materia de planificación familiar podría ser muy eficaz, independientemente de sus antecedentes académicos. Sin embargo, es importante mencionar que esta medida es todavía muy limitada, ya que sólo abarca el conocimiento de los métodos existentes por parte



de las mujeres, sin tener en cuenta otras dimensiones como los puntos de suministro y las formas de aplicación de esos métodos.

Los resultados de la estimación del modelo en dos etapas permitieron comprobar la mayoría de los supuestos sobre el uso de anticonceptivos, con la excepción del supuesto H7, que se refiere a la relación entre el uso de anticonceptivos y el nivel de riqueza de los hogares en los que se encuentran las mujeres. Esta hipótesis, que no se ha puesto a prueba por razones puramente estadísticas desarrolladas en la sección 4.2, y la hipótesis H2 que, en el caso de la explicación de la probabilidad de usar anticonceptivo, no cumple con los resultados de la estimación. Como hemos visto anteriormente, la probabilidad de usar métodos anticonceptivos no aumenta con la edad.

#### Principales aportes de este trabajo

En esta investigación, se encontró que la decisión conjunta en la pareja sobre el uso de anticonceptivos, el conocimiento de los métodos anticonceptivos y la actividad en el mercado laboral de las mujeres desempeñan un papel fundamental en el uso de los anticonceptivos. También, en el marco de esta investigación, se utilizó una nueva clasificación del índice de riqueza de los hogares que permitió una mejor aproximación la realidad de los hogares haitianos. En cuanto a su importancia y contribución, este trabajo arroja luz sobre un nuevo enfoque del estudio del uso de anticonceptivos. De hecho, se centra en el grupo de mujeres que se encuentran en el centro de las cuestiones relacionadas con el uso de anticonceptivos y las necesidades no satisfechas; a saber, aquellas que desean espaciar la fecundidad o poner fin a su ciclo reproductivo. Por lo tanto, este estudio no sigue el camino tradicional, donde se clasifican sólo las mujeres según su actividad sexual, edad reproductiva y estatus conyugal.



#### > Limitaciones del trabajo

Este apartado está dedicado a las diversas dificultades encontradas en el marco de este estudio, de las cuales han surgido estas limitaciones principales. Primero, cabe mencionar que en este trabajo se han utilizado datos previamente recolectados de corte trasversal. Al trabajar con este tipo de datos, se corre el riesgo de dejar fuera un conjunto de factores que pueden afectar a nuestras variables de interés. Como resultado, no pudimos tener en consideración ciertos factores para explicar el uso de la anticoncepción. A modo de ilustración, utilizamos el índice de riqueza de los hogares en los que se encuentran las mujeres, en vez de utilizar el nivel de ingresos de la mujer en cuestión o su nivel de participación en los gastos domésticos. Estas variables habrían sido más útiles para observar el nivel de dependencia socioeconómica de este grupo de mujeres. Por otra parte, hemos utilizado de manera sumaria el estatus ocupacional de la mujer, mientras que, si esta variable se hubiera podido apreciar desde los diferentes tipos de actividad, habría sido más beneficiosa en la medida en que habría sido posible analizar la actividad de la mujer fuera y dentro de los hogares (algunas mujeres generan ingresos trabajando dentro del hogar y otras, en cambio, salen del ámbito privado para participar en actividades remuneradas). De hecho, trabajar desde el interior del hogar puede dejar a las mujeres mucho más tiempo para las actividades domésticas y el cuidado de los niños. Mientras que el trabajo afuera del hogar puede propiciar el control de la fecundidad a través de los costos de oportunidad. Por lo tanto, esto puede influir en el plan reproductivo de la mujer de manera diferente si trabaja dentro o fuera del hogar (Poirier, Piché & Neill, 1989; Nounke, 2011).

#### > Recomendaciones para los tomadores de decisiones públicas

A la luz de la realidad observada y analizada a lo largo de este trabajo, se evidencia que existe un conjunto de factores asociados al uso de la anticoncepción y las NNSA. Por ello, una política pública destinada a mejorar el entorno de la salud reproductiva debe abordar estos factores a través de dos líneas principales de intervención: una estructural y otra ad hoc.

Desde un punto de vista estructural, las decisiones públicas en la esfera de la salud pública, en particular la salud reproductiva, deberían apuntar a la reducción de las



disparidades entre las zonas urbanas y rurales en materia de infraestructura y servicios de salud. Estas intervenciones públicas deben dotar a las zonas rurales de infraestructuras sanitarias con centros especializados y recursos humanos y materiales que les permitan satisfacer las necesidades de salud reproductiva de la población, en particular la planificación familiar. Por otra parte, la creación de un entorno socioeconómico que fomente la actividad laboral de la mujer sería una decisión pública que tendría un buen impacto en la autonomía financiera de la mujer, lo que podría ayudarla a tener otras perspectivas reproductivas que requerirían un mejor control de su ciclo reproductivo.

En segundo lugar, desde un punto de vista ad hoc, sería de gran importancia que los responsables de la toma de decisiones intervinieran a corto y medio plazo en las iniciativas entre el sector público y el privado (desarrollando cooperaciones con organizaciones ya presentes en el área mediante sus acciones y actividades) para establecer programas de promoción de planificación familiar inclusivos. Estos programas de promoción de planificación familiar deberían alentar la participación de parejas masculinas en el proceso de toma de decisiones, ya que se ha visto que la concordancia entre las parejas desempeña un papel fundamental en la decisión de utilizar anticonceptivos. Los programas de capacitación en materia de planificación familiar dirigidos especialmente a las mujeres jóvenes menores de 30 años tendrían un doble impacto. Por una parte, permitiría a los interesados recibir una mejor formación sobre los métodos anticonceptivos y, por otra, les haría conscientes de la importancia de ese uso. Las evidencias estadísticas han mostrado que el conocimiento de los métodos anticonceptivos se asocia positivamente con la práctica de la anticoncepción.

Por último, en un marco de iniciativa mixta (pública-privada), se recomienda aumentar y diversificar los métodos anticonceptivos para permitir que los futuros usuarios tengan una amplia gama de opciones sobre qué métodos utilizar, puesto que ciertos estudios anteriores evidencian que el uso de anticonceptivos (modernos) tiende a aumentar cuando hay muchos métodos disponibles (Ross y Stover, 2013).



## Bibliografía

- Adanu, R. M. K., Seffah, J. D., Hill, A. G., Darko, R., Duda, R. B., & Anarfi, J. K. (2009). Contraceptive use by women in Accra, Ghana: results from the 2003 Accra Women 's Health Survey: original research article. African Journal of Reproductive Health, 13(1), 123–133.
- Adebowale, S., Adeoye, I., Palamuleni, M. (2013). Contraceptive use among Nigerian women with no fertility intention: interaction amid potential causative factors. African Population Studies, 27(2), Pp. 127-139. doi: <a href="https://doi.org/10.11564/27-2-435">https://doi.org/10.11564/27-2-435</a>
- Aguirre, V., Alegría, A. H., Artaloitia, B., Balmaseda, B., Fernández Duran, J. J., Ruiz Esparza, G. G., Hernandez Cid, R., Camargo, A. I., Lourdes de Léon, V., Nieto, B. L. E., Antonio, G. N., Salazar, R. P. & López, E. S. (2006). Fundamentos de probabilidad y estadística. México: Jit Press.
- Ahmadi, A., Iranmahboob, J. (2005). Unmet Need for Family Planning in Iran. IUSSP, International Population Conference, Tours: France, July 2005, 29p. [http://iussp2005.princeton.edu/download.aspx?submissionId=51915]
- Ainsworth, M., Beegle, K., Nyamete, A. (1996). The impact of women's schooling on fertility and contraceptive use: a study of fourteen Sub-Saharan African countries (English). The World Bank economic review. 10(1), 85-122. http://documents.worldbank.org/curated/en/838361468202140805/The-impact-of-womens-schooling-on-fertility-and-contraceptive-use-a-study-of-fourteen-Sub-Saharan-African-countries
- Ajmal, S., Idris, A., Ajmal, B. (2018). Factors Affecting Contraceptive Use and Unmet Need among Currently Married Women in Afghanistan: Further Analysis of the 2015 Afghanistan Demographic and Health Survey. DHS Working Paper 138. Rockville, Maryland, USA: ICF.
- Akoto, E. M., Tambashe, B. O., Amouzou, A., Djangone, A.M. R. (2002). Besoins non-satisfaits en planification familiale et transition contraceptive au Burkina Faso, au Cameroun et en Côte d'Ivoire, African Population Studies. 17(1), 19-45
- Alemayehu, M., Belachew, T., Tilahun, T. (2012). Factors associated with utilization of long acting and permanent contraceptive methods among married women of reproductive age in Mekelle town, Tigray region, north Ethiopia. BMC Pregnancy and Childbirth.; 12: 6. PubMed | Google Scholar DOI: 10.1186/1471-2393-12-6
- Ali, A.A.A., Okud, A. (2013). Factors affecting unmet need for family planning in Eastern Sudan. BMC Public Health, 13(102) doi:10.1186/1471-2458-13-102
- Andalón, M., Williams, J., Grossman, M. (2014). Empowering Women: The Effect of Schooling on Young Women's Knowledge and Use of Contraception. National Bureau of Economic Research. https://www.nber.org/papers/w19961.pdf
- Angèle, B. (2014). Histoire de la contraception- de la grossesse subie à la grossesse désirée. Thèse. Université Angers



- Angeli, A., Salvini, S. (2001). Condiciones femeninas, entorno social, planificación familiar y salud infantil en Marruecos. en ESTEM (Eds), *transiciones demográficas de los países del Sur*, (pp.302-313). Gendreau F. & Poupard M.
- Arminger, G. (1992). Analyzing panel data with non-metric dependent variables: probit models, generalized estimating equations, missing data and absorbing states, Discussion Paper No. 59, Deutsches Institut fur Wirtschaftforschung.
- Asiimwe, J. B., Ndugga, P., Mushomi, J., Manyenye Ntozi, J. P. (2014). Factors associated with modern contraceptive use among young and older women in Uganda, a comparative analysis. BMC Public Health, 14(1), 926.
- Bankole, A. (1995). Desired Fertility and Fertility Behaviour among the Yoruba of Nigeria: A Study of Couple Preferences and Subsequent Fertility, Population Studies, 49(2), 317-328.
- Bankole, A., Westoff, C.F. (1998). The Consistency and Validity of Reproductive Attitudes: Evidence from Morocco. Journal of Biosocial Science, 30(1), 439-455.
- Barbieri, M., Hertrich, V. (2005). Écarts d'âge entre conjoints et pratique contraceptive en Afrique sub-saharienne. Population, 60(5), 617-654. doi:10.3917/popu.505.0725.
- Beaverson, S. (2018). Investigation of Factors Impacting Underutilization of Family Planning in Léogâne, Haiti. Thesis Duke Global Health Institute Duke University Durham, NC
- Becker, G. (1960). An Economic Analysis of Fertility. Demographic and Economic Change in Developed Countries. Princeton University Press. Princeton.
- Behrman, J.A., Weitzman, A. (2016). Effects of the 2010 Haiti Earthquake on Women's Reproductive Health. New York: Studies in Family Planning, 47(1), 3–17. https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2016.00045.x
- Bertrand J., et al. (1993). Factors Affecting Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa. National Research Council (US) Working Group on Factors Affecting Contraceptive Use. Washington (DC): National Academies Press (US).
- Bhushan, I. (1997). Understanding Unmet Need, Working Paper, N° 4, Johns Hopkins School of Public Health, Center for Communication Programs 65p. Recuperado el 31 de Marzo a partir de URL: https://pdf.usaid.gov/pdf\_docs/PNACG563.pdf
- Bhrolcháin, M. N., Beaujouan, E. (2015). How real are reproductive goals? Uncertainty and the construction of fertility preferences. Southampton: ESRC Centre for Population Change (Working Paper 73)
- Blackstone, S. R., Iwelunmor, J. (2017). Determinants of contraceptive use among Nigerian couples: evidence from the 2013 Demographic and Health Survey. Contraception and reproductive médicine, 2(9). doi:10.1186/s40834-017-0037-6
- Blanc A.K., Tsui A.O., Croft T.N., Jamie, L.T. (2009). Patterns and trends in adolescents' contraceptive use and discontinuation in developing countries and comparisons with adult women. Int Perspect Sex Reprod Health, 35(2), 63–71.
- Bongaarts, J. (1990). The measurement of wanted fertility. Population and Development Review, 16(3), 487-506.



- Bongaarts, J., Bruce J. (1995). The causes of unmet for contraception or the social content of services, Studies in family Planning, vol 26, N°2, pp 57-75.
- Bongaarts, J. (2001). Fertility and reproductive preferences in post-transitional societies, Population and Development Review, N° 27 (Supp.)
- Bongaarts, J. (2015). Modeling the fertility impact of the proximate determinants: time for a tune-up. Demographic Research; 33: 535–560. Doi; 10.4054/DemRes.2015.33.19
- Bongaarts, J., Johansson, E. (2002), Future Trends in Contraceptive Prevalence and Method Mix in the Developing World. Studies in Family Planning, 33: 24-36. doi:10.1111/j.1728-4465.2002.00024.x
- Bradley, Sarah E.K., Trevor N. Croft, Joy D. Fishel, and Charles F. Westoff. 2012. Revising unmet need for family planning. DHS Analytical Studies No. 25. Calverton, Maryland, USA: ICF International. Available at http://dhsprogram.com/pubs/pdf/AS25/AS25.pdf.
- Bradley, S. E., Casterline, J. B. (2014). Understanding unmet need: history, theory, and measurement. Studies in family planning, 45(2), 123–150. doi:10.1111/j.1728-4465.2014.00381.x
- Buehler, C. (2009). How to Measure Preferred Family Size? A Discussion of Different Approaches. Conference paper
- Buehler, C., Gauthier, A., Goldstein, J.R., Hin, S. (2010). Measuring preferred family size. Unpublished manuscript. Rostock and Hannover: Max Planck Institute for Demographic Research and Leibniz University.
- Bhushan, I. (1997). Understanding Unmet Need Johns Hopkins School of Public Health, Center for Communication Programs, Working Paper No. 4, November 1997.
- Caldwell J. C., (1979). Education as a factor in mortality decline: an examination of. Nigerian data Population Studies, 3(3), 395-413.
- Caldwell, J., Orubuloye, I., & Caldwell, P. (1992). Fertility Decline in Africa: A New Type of Transition? Population and Development Review, 18(2), 211-242. doi:10.2307/1973678.
- Casique, I. (2003). Uso de anticonceptivos en México: ¿Qué diferencia hacen el poder de decisión y la autonomía femenina?, Papeles de población, México. CIEP, UAEM, No. 35, Pp. 209-232
- Casterline, J. B. (2001). The pace of fertility transition: national patterns in the second half of the twentieth century, pp. 17-52, in R. Bulatao and J. Casterline (eds.) Global Fertility Transition. Supplement to Population and Development Review 27p.
- Casterline, J., Perez, A., Biddlecom, A. (1997). Factors Underlying Unmet Need for Family Planning in the Philippines. Studies in Family Planning, 28(3), 173-191. doi:10.2307/2137886
- Casterline, J., Sinding, S. (2000). Unmet Need for Family Planning in Developing Countries and Implications for Population Policy. Population and Development Review, 26(4), 691-723. Retrieved March 31, 2020, from www.jstor.org/stable/172400
- Casterline, J., El-Zanaty, F., & El-Zeini, L. (2003). Unmet Need and Unintended Fertility: Longitudinal Evidence from Upper Egypt. International Family Planning Perspectives, 29(4), 158-166. doi:10.2307/3181044



- Charles, E. Isma, F. (2006). Natalité-Fécondité et besoins en planification familiale. Puerto Príncipe, Haití: Instituto Haitiano de Estadística y de Informática.
- Cheng, K.W. (2011). The effect of contraceptive knowledge on fertility: The roles of mass media and social networks. Journal of Family and Economic Issues, 32(2), 257–267.
- Chipeta, E. K., Chimwaza, W., Kalilani-Phiri, L. (2010). Contraceptive knowledge, beliefs, and attitudes in rural Malawi: misinformation, misbeliefs, and misperceptions. Malawi medical journal: the journal of Medical Association of Malawi, 22(2), 38–41. <a href="https://doi.org/10.4314/mmj.v22i2.58790">https://doi.org/10.4314/mmj.v22i2.58790</a>
- Cleland, J., Wilson, C. (1987). Demand Theories of the Fertility Transition: An Iconoclastic View, Population Studies, 41(1), 5-30, DOI: 10.1080/0032472031000142516
- Choi, J., Peters, M., Mueller, R.O. (2010). Correlational Analysis of Ordinal Data: From Pearson's "r" to Bayesian Polychoric Correlation, Asia Pacific Education Review, v11 n4 p459-466
- Cosio-Zavala, M. (2006). Genre et procréation : L'exemple de l'Amérique latine. Tumultes, 26(1), 99-113. doi:10.3917/tumu.026.0099.
- CRS / Congressional Research Service. (2020). Haiti's Political and Economic Conditions. CRS Report, R45034. <a href="https://crsreports.congress.gov">https://crsreports.congress.gov</a>
- Davis, K., Blake, J. (1956). Social Structure and Fertility: An Analytic Framework, Economic Development and Cultural Change 4(3), 211-235. https://doi.org/10.1086/449714
- De Gouvenain, J. (2017). Perceived Barriers to Contraceptive Use: An Exploratory Study of Women Living in Rural Haiti. Master's Theses, Dissertations, Graduate Research and Major Papers Overview. 194. https://digitalcommons.ric.edu/etd/194
- Díaz, A.G. (1995). Historia de la anticoncepción. Revista Cubana de Medicina General Integral, 11(2), 192-194. Recuperado en 09 de marzo de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0864-21251995000200015&lng=es&tlng=es.
- Díaz, S., Schiappacasse, V. (2017). ¿Qué y cuáles son los métodos anticonceptivos? Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER). Santiago. Recuperado a partir de: https://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion\_de\_emergencia/Que%20y%20cuales% 20son%20los%20metodos%20anticonceptivos%2025032017.pdf
- Dixon, J. (2013). National, Regional, and Global Rates and Trends in Contraceptive Prevalence and Unmet Need for Family Planning between 1990 and 2015: A Systematic and Comprehensive Analysis. The Journal of Emergency Medicine, 45(3), 482-501. Doi: 10.1016/j.jemermed.2013.07.010
- Do M., Hotchkiss D. (2013). Relationships between antenatal and postnatal care and post-partum modern contraceptive use: evidence from population surveys in Kenya and Zambia. BMC Health Serv Res 13(6). https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-6
- Doctor, H. V., Phillips, J. F., Sakeah, E. (2009). The Influence of Changes in Women 's Religious Affiliation on Contraceptive Use and Fertility Among the Kassena-Nankana of Northern Ghana. Studies in Family Planning, 40(2), 113–122.



- Edietah, E.E., Njotang, P.N., Ajong, A.B. et al. (2018). Contraceptive use and determinants of unmet need for family planning; a cross sectional survey in the North West Region, Cameroon. BMC Women's Health 18, 171 doi:10.1186/s12905-018-0660-7
- Fathalla, M.F., Fathalla, M.M.F. (2017) Sexual and Reproductive Health: Overview International Encyclopedia of Public Health, 2008, Pages 695-705. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00402-1
- Fene, F., Cacique, I. (2019). Empoderamiento de las mujeres: impacto sobre las necesidades no satisfechas de anticoncepción en Haití. En salud reproductiva: una perspectiva sociodemográfica en Haití/ Cecilia Gayet, Claudio Alberto Dávila Cervantes, coordinadores. FLACSO-México
- Fernández, H.S., García, L.R., Escribano, D.M. (2010). Criterios de Elegibilidad de Métodos Anticonceptivos. Nuevas Recomendaciones. REV CLÍN MED FAM 2010; 3 (3): 206-216
- Feyisetan, B. J. (2000). Spousal communication and contraceptive use among the Yoruba of Nigeria. Population Research and Policy Review 19, 29–45. https://doi.org/10.1023/A:1006388011947
- Flórez, C. E., Soto, V. E. (2008). El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe: Una visión global, Working Paper, No. 632, Inter-American Development Bank, Research Department, Washington, DC. Recuperado el 29 de noviembre de 2019 a partir de http://hdl.handle.net/10419/51457
- Frost, J.J., Singh, S., Finer, L.B. (2007). Factors Associated with Contraceptive Use and Nonuse, United States, 2004. Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 39(1), 90-99. doi:10.1363/3909007
- Gayet, C., Juarez, F. (2018). Estimación de las necesidades no satisfechas de anticoncepción en México a través de la ENADID 2014. Realidad, Datos y Espacio. Revista Internacional de Estadística y Geografía, 9(2), 54-65.

  <a href="http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/sitios/rdebeta/rde\_26/RDE25\_art05.p">http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/sitios/rdebeta/rde\_26/RDE25\_art05.p</a>
  df
- Gage, A.J. (1995). Women's Socioeconomic Position and Contraceptive Behavior in Togo. Studies in Family Planning, 26, 264-277. http://dx.doi.org/10.2307/2138012
- Gebreselassie., T. (2008). Spousal Agreement on Reproductive Preferences in Sub-Saharan Africa. Calverton, Maryland, USA: Macro International Inc.
- Généus, W., Azor, D. (2019). Presentación de Haití en el contexto regional de América Latina y el Caribe. In Salud reproductiva: una perspectiva sociodemográfica en Haití/ Cecilia I.G., Claudio, A.D.C, coordinadores. -México, 2019. 15-40.
- Germek, C. G. (2012). Predicting contraceptive use among women at risk of unintended pregnancy: does having a usual source of health care matter? California State University, Sacramento.
- Goldscheider, Calvin. (1971). Population, Modernization, and Social Structure. Boston: Little, Brown and Company.



- Haddad, Z.J.E. (2012). Age variance between the spouses and its relation with their reproductive behaviour: A quantitative analysis. European Journal of Social Sciences. European Journal of Social Sciences 29(4):501-511
- Hayford, S.R., Guzzo, K.B (2010). Age, relationship status, and the planning status of births. Demographic Research VOLUME 23, ARTICLE 13, PAGES 365-398
- Holgado–Tello, F.P., Chacón–Moscoso, S., Barbero–García, I. et al. (2010) Polychoric versus Pearson correlations in exploratory and confirmatory factor analysis of ordinal variables. Qual Quant 44, 153. https://doi.org/10.1007/s11135-008-9190-y
- Hubacher, D., Trussell, J. (2015). A definition of modern contraceptive methods, Contraception, Volume 92, Issue 5,2015, Pages 420-421, ISSN 0010-7824, doi.org/10.1016/j.contraception.2015.08.008.
- Ibisomi, L. (2014). Is Age Difference Between Partners Associated with Contraceptive Use Among Married Couples in Nigeria? International perspectives on sexual and reproductive health. 40. 39-45. 10.1363/4003914.
- IFFP: Federación Internacional de Planificación de la Familia. (2015). Objetivos de desarrollo sostenible: Guía de implementación nacional para OSC dedicadas a SDSR. Recuperado el 22 de febrero de 2020 a partir de url: https://www.ippf.org/sites/default/files/sdg\_a\_srhr\_guide\_to\_national\_implementation spanish\_web.pdf
- Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) et ICF. (2018). Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI 2016-2017) Pétion-Ville, Haïti, et Rockville, Maryland, USA : IHE et ICF
- Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) et ICF International. (2019). Évaluation de la Prestation des Services de Soins de Santé, Haïti, 2017-2018. Rockville, Maryland, USA: IHE et ICF International.
- Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI). (2017). Les comptes économiques en 2017. Publication annuelle de l'IHSI # 25 / DECEMBRE 2017. Direction des Statistiques Economiques, DES.
- Izale, K., Govender, I., Fina, J. P., Tumbo, J. (2014). Factors that influence contraceptive use amongst women in Vanga health district, Democratic Republic of Congo. African journal of primary health care & family medicine, 6(1), E1–E7. doi:10.4102/phcfm.v6i1.599
- Jain, R., Muralidhar, S. (2012). Contraceptive methods: needs, options, and utilization. Journal of obstetrics and gynecology of India, 61(6), 626–634. doi:10.1007/s13224-011-0107-7
- Johnson, N.E. (1993). Hindu and Christian fertility in India: A test of three hypotheses, Biodemography and Social Biology, 40:1-2, 87-105, DOI: 10.1080/19485565.1993.9988838
- Juarez, F., Gayet, C., Mejia-Pailles, G. (2018). Factors associated with unmet need for contraception in Mexico: evidence from the National Survey of Demographic Dynamics 2014. BMC Public Health 18, 546 doi:10.1186/s12889-018-5439-0
- Kelley, A.C., Nobbe, C. E. K., Nobbe, A.C., Charles E. (1990). Kenya at the demographic turning point? hypotheses and a proposed research agenda (English). World Bank discussion papers;



- no. WDP 107. Washington, D.C.: The World Bank. http://documents.worldbank.org/curated/en/272011468753346992/Kenya-at-the-demographic-turning-point-hypotheses-and-a-proposed-research-agenda
- KFF. (2005). Women and Health Care: A national profile. Key findings from the Kaiser women's health survey. Kaiser Family Foundation. https://www.kff.org/wp-content/uploads/2013/01/women-and-health-care-a-national-profile-key-findings-from-the-kaiser-women-s-health-survey.pdf
- Khan, E. K., Bradley, J. F., Mishra, F. V. (2008). Unmet need and the demand for family planning in Uganda: Further analysis of the Uganda Demographic and Health Surveys, 1995–2006. Calverton, MD, USA: Macro International, 2008.
- Koenig, M. A., Acharya, R., Singh, S., and Roy, T. K. (2006). Do current measurement approaches underestimate levels of unwanted childbearing? Evidence from rural India. Population Studies 60(3): 243-256.
- Kutner, M.H., Nachtsheim, C.J., Neter, J., Li, W. (2005). Applied linear statistical models. 5th ed Published by McGraw-Hill Irwin. ISBN 0-07-238688-6
- Lachaud, J. (2010). Análisis Sociodemográfico del comportamiento de las mujeres en Haití, respecto al uso de métodos anticonceptivos y las necesidades no satisfechas de anticoncepción. FLACSO-MEXICO.
- Lance, P.V., Vázquez, D.R., Rodríguez, C.P., Cervera, J.G. (2007). Planificación familiar: Información General y seguimiento de anticonceptivos orales. Guía de actuación clínica en A.P.
- Lee, R. D. (1981). A model for forecasting fertility from birth-expectations data. In: Hendershot, G. E. and Placek, P. J. (eds.). Predicting fertility: demographic studies of birth expectations. Lexington, Lexington Books: 75-99.
- Lejeune, M. (2010). Statistique. La théorie et ses applications. Deuxième édition avec exercices corrigés. Springer-Verlag France, Paris.
- Leridon, H. (2015). Théories de la fécondité : des démographes sous influence ? Population, vol. 70(2), 331-373. doi :10.3917/popu.1502.0331.
- Maynard-Tucker, G. (1996). Haiti: Unions, fertility and the quest for survival. Social Science & Medicine, 43(9), 1379-1387.
- Makinwa-Adebusoye, P. (1992). Sexual Behavior, Reproductive Knowledge and Contraceptive Use Among Young Urban Nigerians. International Family Planning Perspectives, 18(2), 66-70. doi:10.2307/2133396
- Malqvist, M., Jenny H., Margareta L., Ashish, K.C. (2018). High levels of unmet need for family planning in Nepal, Sexual & Reproductive Healthcare, View at Publisher · View at Google Scholar
- Manlove, J., Welti, K., Wildsmith, E., Barry, M. (2014). Relationship Types and Contraceptive Use Within Young Adult Dating Relationships. Perspect Sex Repro H, 46: 41-50. doi:10.1363/46e0514



- María, A., José Luis, A., Ana I. A., García Lozano. (2018). Estudio de la urbanización en Centroamérica: Oportunidades de una Centroamérica urbana. Washington, DC: Banco Mundial. doi:10.1596/978-1-4648-1220-0. Licencia: Creative Commons Reconocimiento CC BY 3.0 IGO.
- Matungulu, C. M., Kandolo, S. I., Mukengeshayi, A. N., Nkola, A. M., Mpoyi, D. I., Mumba, S. K., Kaj, F. M. (2015). Déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives dans la zone de santé Mumbunda à Lubumbashi, République Démocratique du Congo [Determinants of contraceptive use in Mumbunda health zone in Lubumbashi, Democratic Republic of Congo]. The Pan African medical journal, 22(329). doi:10.11604/pamj.2015.22.329.6262
- McQuillan, K. (2004). When Does Religion Influence Fertility? Montreal and Kingston: McGill-Queen's University Press.
- Memmi, S. & Desgrées du Loû, A. (2015). Rapports de genre et pratiques contraceptives au sein des couples palestiniens. Population, vol. 70(2), 295-330. doi:10.3917/popu.1502.0295.
- Meskele, M., Mekonnen, W. (2014). Factors affecting women 's intention to use long acting and permanent contraceptive methods in Wolaita Zone, Southern Ethiopia: A cross-sectional study. BMC Women's Health, 14(1), 109.
- Miller, W. B. (1994). Childbearing motivations, desires, and intentions: a theoretical framework. Genetic, Social, and General Psychology Monographs, 120(2), 225–255
- Miller, W. B. (2011). Differences between fertility desires and intentions: implications for theory, research, and policy in Vienna Yearbook of Population Research 2011 (Vol.9), pp. 75-98. DOI: 10.1553/populationyearbook2011s75
- Michel, J. (2014). Un análisis de los factores asociados a los niveles de la fecundidad en las mujeres unidas de Haití en 2012. Tesis de maestría, México: Flacso México.
- Ministère de la santé publique et de la population Direction de santé de la famille (MSPP). (2012). Plan stratégique national de Santé de la Reproduction Et Planification Familiale 2013-2016. Recuperado a partir de: https://www.medbox.org/countries/plan-strategique-national-de-sante-de-la-reproduction-et-planification-familiale-2013-2016/preview?q=
- Montgomery, M., Kouame, A., Oliver, R. (1995). The Tradeoff between Numbers of Children and Child Schooling: Evidence from Cote d'Ivoire and Ghana. LSMS Working Paper 112. Washington, D.C: World Bank.
- N'Diaye, M. D. (1998). « Pauvreté, attitudes et pratiques des hommes en matière de planning familial : le cas du quartier de Randoulene Nord (Thies, Sénégal) » Agence pour la Promotion des activités de population- Sénégal (APAPS).
- National Research Council. (1993). Factors Affecting Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa Washington D.C. National Academy Press. 272p.
- Nicoletti, C., Peracchi, F. (2001). Two-step estimation of binary response models with sample selection. Faculty of Economics, Tor Vergata University, I-00133 Rome, Italy.
- Nortman, D. L. (1982). Measuring the unmet need for contraception to space and limit births. International Family Planning Perspectives 8(4), 125-134.



- Nortman, D.L., Lewis, L. (1984). A time model to measure contraceptive demand. En Ordina Editions, *Survey Analysis for the Guidance of Family Planning Programs*, (pp 37-73). J. R. McNamara
- Nounke, K. (2011). Relations entre le niveau de vie, la fécondité et les besoins non satisfaits en matière de planification familiale en Guinée. Thèse présentée à la Faculté des Études supérieures (1-305). Montréal, Montréal, Canada: Université de Montréal. Recuperado el 22 de febrero de 2019, de https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/5895
- Ojakaa, D. (2008). Trends and determinants of unmet need for family planning in Kenya. DHS Working Papers No. 56. Calverton, MD: Macro International, Inc
- OMS. (2014). Planificación familiar: nueva orientación sobre cómo proporcionar información y servicios de anticoncepción: https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/guidance-contraceptive/es/
- OMS. (2018). Planificación familiar: La necesidad insatisfecha de anticoncepción en el mundo. Obtenido de organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2017). Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país. Washington, D.C.: OPS;
- Osei, I. F., Mayhew, S. H., Biekro, L., Collumbien, M., Team, E. (2014). Fertility Decisions and Contraceptive Use at Different Stages of Relationships: Windows of Risk Among Men and Women in Accra. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 40(3), 135–143.
- Otomu, C. N. (2000). Factors Influencing Family size preference and contraceptive behavior among married men: a case study of Machoge Borabu location in Kish district, Kenya. These master. university of Nairobi library
- Oyediran, K. (2002). Husband-Wife Communication and Couple's Fertility Desires among the Yoruba of Nigeria. https://www.researchgate.net/publication/277999842\_Husband-Wife\_Communication\_and\_Couple's\_Fertility\_Desires\_among\_the\_Yoruba\_of\_Nigeria
- Oyedokun, A.O. (2007). Determinants of contraceptive Usage: Lessons from Women in Osun State, Nigeria J Humanities Social Sciences 2007;1-14
- Palamuleni, M. E. (2013). Socio-economic and demographic factors affecting contraceptive use in Malawi: original research article. African Journal of Reproductive Health, 17(3), 91–104.
- Partida, V. (2017). Notas para un curso de análisis demográfico. México: Flacso México (policopia)
- Pierre, J.J. (2016). Análisis regional de los determinantes de la fecundidad en Haití. Aportación de un análisis multinivel. Baja California, México: El Colegio de la Frontera Norte.
- Pierre, J.J., Galbán, H. G. (2019). Aplicación del modelo revisado de Bongaarts sobre los determinantes próximos de la fecundidad en Haití. En salud reproductiva: una perspectiva sociodemográfica en Haití/Cecilia Gayet, Claudio Alberto Dávila Cervantes, coordinadores. FLACSO-México



- Perugini, M., Bagozzi, R. D. (2001). The role of desires and anticipated emotions in *goal directed* behaviours: broadening and deepening the theory of planned behaviour. British Journal of Social Psychology 40, 79-98.
- Potts, M., Campbell, M. (2009). History of Contraception. Global library of women's medicine. (ISSN: 1756-2228); DOI 10.3843/GLOWM.10376
- Poirier J., Piché, V., Neill, G. (1989). Travail des femmes et fécondité dans les pays en développement : Que nous a appris l'Enquête mondiale sur la fécondité ? Cahier québécois de démographie, 18(1), 159-184.
- Quesnel-Vallée, A., Morgan, S. P. (2004). Missing the target? Correspondence of fertility intentions and behavior in the U.S. Population Research and Policy Review 22, 497-525.
- Rakhshani, F., Niknami, S. & Ansari Moghadam, A.R. (2005). Couple communication in family planning decision-making in Zahedan, Islamic Republic of Iran. EMHJ Eastern Mediterranean Health Journal, 11 (4), 586-593, 2005 https://apps.who.int/iris/handle/10665/116981
- RHR: Department of Reproductive Health and Research.(2004). Select practice recommendations for contraceptive use. World Health Organization, Geneva.
- Rominski, S., Stephenson, R. (2019). Toward a New Definition of Unmet Need for Contraception. Studies in Family Planning. 50. 10.1111/sifp.12084.
- Ross, J., Stover J. (2013). Use of modern contraception increases when more methods become available: analysis of evidence from 1982-2009. Glob Health Sci Pract. 2013,1(2), 203-212. Published 2013 Jul 26. doi:10.9745/GHSP-D-13-00010
- Rono, P.K. (1994). Factors Influencing Contraceptive Use among Men: A case of Kabui Location Nandi District. M.A. Thesis 1994, University of Nairobi.
- Russell-Briefel., Ezzati, T., Perlman, J. (2011). Prevalence and trends in *oral contraceptive use in premenopausal females ages 12-54 years, United States, 1971-80*, American Journal of Public Health, 75(10) (October 1, 1985), 1173-1176. https://doi.org/10.2105/AJPH.75.10.1173.
- Schoumaker, B. (2001). Analyses multi-niveaux des déterminants de la fécondité, théories, méthodes et applications au Maroc rural. Thèse de doctorat en démographie de l'Université Catholique de Louvain, 322 p.
- Schwarz, R., Castro, R., Galimberti, D., Martínez, I., García, O., Lomuto, C., Etcheverry, E., Queiruga, M. (2002). Guía para el uso de métodos anticonceptivos. Ministerio de Salud de la Nacion, 68. Recuperado el 27 de marzo de 2019, de http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/0%20M%C3%A9todos-Anticonceptivos.-Guia-Pr%C3%A1ctica-para-Profesionales-de-la-Salud.pdf
- Sedgh, G., Ashford, S., Hussain, R. (2016). Unmet Need for Contraception in Developing Countries: Examining Women's Reasons for Not Using a Method. New York: Guttmacher Institute. Recuperado el 15 de marzo de 2019, de https://www.guttmacher.org/report/unmet-need-for-contraception-in-developing countries



- Sistema para la Consulta de Información Censal (SCINCE). (2010). Nota técnica estratificación univariada. INEGI.
- Sullerot, E. (1973). La Dimension sociologique de la contraception Fertilité-Orthogénie, 1973, V, page III) consultado el 08 de marzo de 2020://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition-contraception/
- Takele, A., Degu G., Yitayal, M. (2012). Demand for long acting and permanent methods of contraceptives and factors for non-use among married women of Goba Town, Bale Zone, South East Ethiopia. Reproductive Health. 9:26. PubMed | Google Scholar.
- Tekelab, T., Melka, A.S., Wirtu, D. (2015). Predictors of modern contraceptive methods use among married women of reproductive age groups in Western Ethiopia: a community based cross-sectional study. BMC Women's Health 15, 52 (2015) doi:10.1186/s12905-015-0208-z
- UN Millennium Project. (2005). Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals. New York.
- United Nations (UN). (1994). Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September. Document A/Conf.171/13. New York: UN.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017a). World Family Planning 2017 Highlights (ST/ESA/SER.A/414).
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017b). e Sustainable Development Goals. Recuperado de https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/
- Upson, K., Reed, S. D., Prager, S. W., Schiff, M. A. (2010). Factors associated with contraceptive nonuse among US women ages 35–44 years at risk of unwanted pregnancy. Contraception, 81(5), 427–434. doi: 10.1016/j.contraception.2009.12.013.
- Walpole, E., Myers, R.H., Myers, S.L., Ye, K. (2007). Probabilidad y estadística para ingeniería y ciencias (octava edición). Pearson Educación, México. ISBN: 978-970-26-0936-0, Formato: 20 × 25.5 cm Páginas: 840.
- Wang, W., Mallick, L. (2019). Understanding the relationship between family planning method choices and modern contraceptive use: an analysis of geographically linked population and health facilities data in Haiti. 1–10. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000765.
- Ward, V.M., Santiso-Gálvez R., Bertrand, J.T. (2015). Family Planning in Haiti. The Achievements of 50 Years. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation.
- Westoff, C. F. (1978). The unmet need for birth control in five Asian countries. Family Planning Perspectives, 10(3), 173-183. doi:10.2307/213430.
- Westoff, C.F., Pebley, A.R. (1981). Alternative measures of unmet need for family planning in developing countries, International Family. Planning Perspectives 7(4), 126–136.
- Westoff, C. (1988). The Potential Demand for Family Planning: A New Measure of Unmet Need and Estimates for Five Latin American Countries. International Family Planning Perspectives, 14(2), 45-53. doi:10.2307/2947679.



- Westoff, C. F., Ochoa, L.H. (1991). Unmet Need and the Demand for Family Planning. DHS Comparative Studies No. 5. Columbia, Maryland, USA: Institute for Resource Development.
- Westoff, C.F., Bankole A. (1995). Unmet need: 1990-1994. DHS Comparative Studies N°16, Calverton, Maryland, Macro International, 55p.
- Westoff, C.F., Bankole, A. (2002). Reproductive Preferences in Developing Countries at the Turn of the Century. DHS Comparative Reports 1(2). Calverton, Maryland: ORC Macro.
- Westoff, C. F. (2010). Desired Number of Children: 2000-2008. DHS Comparative Reports, 25. Calverton, Maryland, USA: ICF Macro.
- Westoff, C. F. (2012). Unmet Need for Modern Contraceptive Methods. DHS Analytical Studies No. 28. Calverton, Maryland, USA: ICF International.
- World Bank. 2019. World Development Report 2019: The Changing Nature of Work. Washington, DC: World Bank. doi:10.1596/978-1-4648-1328-3. License: Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO
- Wilopo, S.A., Setyawan, A., Pinandari, A.W. et al. (2017). Levels, trends, and correlates of unmet need for family planning among postpartum women in Indonesia: 2007–2015. BMC Women's Health 17(120). doi:10.1186/s12905-017-0476-x
- Wulifan, J. K., Jahn, A., Hien, H., Ilboudo, P.C., Meda. N., Robyn, P.J., Hamadou, T.S., Haidara, O., De Allegri, M. (2016). A scoping review on determinants of unmet need for family planning among women of reproductive age in low- and middle-income countries. BMC Women's Health, 16 (2).
- Wusu, O. (2015). Religious influence on non-use of modern contraceptives among women in Nigeria: comparative analysis of 1990 and 2008 NDHS. Journal of Biosocial Science, 47(5), 593-612. doi:10.1017/S0021932014000352
- Zimmerman, L.A., Bell S.O., Li, Q., Morzenti, A., Anglewicz, P., PMA2020 Principal Investigators Group, et al. (2019) Individual, community and service environment factors associated with modern contraceptive use in five Sub-Saharan African countries: A multilevel, multinomial analysis using geographically linked data from PMA2020. PLoS ONE 14(6): e0218157. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218157



## Anexo 1

Cuadro A1.1. Resultado de la estratificación de la variable Indice de Riqueza de los Hogares

Given arguments:

 $x = Indice\_riqueza$ 

nclass = 50, CV = 0.05, Ls = 5

allocation: q1 = 0.5, q2 = 0, q3 = 0.5

model = none Strata information:

type rh   bh	E(Y) Var(Y) Nh nh fh	
stratum 1   take-some 1   0.14	0.08 0.00 4713 2 0	
stratum 2   take-some 1   0.28	0.20 0.00 3799 2 0	
stratum 3   take-some 1   0.44	0.36 0.00 2933 2 0	
stratum 4   take-some 1   0.64	0.52 0.00 2625 2 0	
stratum 5   take-some 1   2.00	0.75 0.01 1443 2 0	
Total	15513 10 0	
<b>T</b> 1 1 10		

Total sample size: 10

Anticipated population mean: 0.3010595

Anticipated CV: 0.04783851



Cuadro A1.2. Matriz de correlación tetracórica entre los métodos anticonceptivos conocidos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 : Píldora	1.0000											
2 : DIU	0.1614	1.0000										
3: Inyectables	0.5875	0.0726	1.0000									
4 : Condón masculino	0.4820	0.2319	0.5155	1.0000								
5 : Esterilización femenina	0.2982	0.5770	0.1985	0.2344	1.0000							
6 : Esterilización masculina	0.2452	0.6177	0.1028	0.2322	0.8814	1.0000						
7 : Abstinencia periódica	0.3376	0.4735	0.1616	0.1966	0.4442	0.4456	1.0000					
8 : Retiro	0.4419	0.2686	0.2614	0.4506	0.4003	0.3716	0.5210	1.0000				
9: Implantes	0.4927	0.3273	0.5724	0.3320	0.1936	0.1505	0.1394	0.2809	1.0000			
10: Amenorrea	0.2723	0.2460	0.1494	0.2074	0.3661	0.3505	0.4535	0.4661	0.2497	1.0000		
11: Anticoncepción de emergencia	0.3634	0.5004	-0.0944	0.2265	0.4058	0.4463	0.4742	0.2238	0.2490	0.3303	1.0000	
12: Ritmo	0.1800	0.4376	0.0409	0.1146	0.3669	0.4237	0.4417	0.2704	0.1242	0.3615	0.5153	1.0000



# Serie de cuadros A1.3. Análisis factorial para las variables relacionadas al conocimiento de métodos anticonceptivos. Segunda rotación por varimax

Factor analysis/correlation Number of obs =7.563Method: principal factors Retained factors = 4 Rotation: ortogonal varimax (Kaiser on) Number of params = 42

Factor	Variance	Difference	Proportion	Cumulative
Factor 1	1.04264	0.08853	0.5131	0.5131
Factor 2	0.95412	0.41431	0.4695	0.9827
Factor 3	0.53981	0.13162	0.2657	1.2483
Factor 4	0.40819		0.2009	1.4492

LR test: independent vs. saturated: chi2(66) = 1.1e+04 Prob > chi2 = 0.0000

Rotated factor loadings (pattern matrix) and unique variances

Variable	Factor1	Factor2	Factor3	Factor4	Uniqueness
Pildora	0.0167	0.0163	0.0780	0.3195	0.8913
DIU	0.3158	0.4501	0.0841	0.0502	0.6881
Inyectables	0.0103	-0.0154	-0.0047	0.3286	0.8917
Condon masculino	0.0185	0.0019	0.0657	0.2305	0.9422
Esterilización feminina	0.6485	0.2254	0.2131	0.0716	0.4781
Esterilización masculina	0.6590	0.3102	0.1696	0.0411	0.4391
Abstinencia	0.1883	0.3455	0.3674	0.0674	0.7057
Retiro	0.0991	0.0666	0.3651	0.1749	0.8219
Implantes	0.0237	0.0652	0.0500	0.3025	0.9012
Amenorrea	0.1202	0.1853	0.3860	0.0911	0.7939
Anticonceptivo de emergencia	0.1199	0.4826	0.0988	0.0234	0.7424
Ritmo	0.1130	0.4569	0.1365	0.0128	0.7597

#### Factor rotation matrix

	Factor1	Factor2	Factor3	Factor4
Factor 1	0.6467	0.6172	0.4158	0.1671
Factor 2	-0.3076	-0.1731	0.3943	0.8485
Factor 3	-0.6960	0.6773	0.1511	-0.1844
Factor 4	0.0527	0.3609	-0.8055	0.4671

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS VI, 2017

# Cuadro A1.4. Resultado de la Prueba de consistencia de Cronbach

Test scale = mean (unstandardized items) Average interitem covariance: .0202021

Number of items in the scale: 12

Scale reliability coefficient: 0.6927



## Anexo 2

Cuadro A2.1. Resultados de la prueba de diferencia de medios del número de hijos respeto al uso de anticonceptivos

Number of strata	=	29						
Number of PSUs	=	450			Number of o	obs =	7,563	
					Population s	size $= 7$ ,	401.5538	
					Design df	=	421	
					F( 1, 421	) =	3.49	
					Prob > F	=	0.0623	
					R-squared	=	0.0006	
1.**				Linear	rized			
numero_hijos_vivo	S	Coef.	Std. Err.	t	P>t	[95% C	onf. Interval	]
uso_anticonceptivo	S	.1071282	.57304	1.87	0.062	0055093	.2197658	
_cons		2.671316	.0462709	57.73	0.000	2.580365	2.762267	

Adjusted Wald test

(1)  $uso_anticonceptivos = 0$ 

F(1, 421) = 3.49

Prob > F = 0.0623

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS VI, 2017

# A2.2. Resultados de la prueba de diferencia de medios del número de hijos respeto las necesidades no satisfechas de anticoncepción

Number of strata	=	29				
Number of PSUs	=	450			Number of obs	s = 7,563
					Population siz	= 7,401.5538
					Design df	= 421
					F( 1, 421)	= 53.75
					Prob > F	= 0.0000
					R-squared	= 0.0100
numero_hijos_viv	00			Lineari	ized	
numero_mjos_viv	US	Coef.	Std. Err.	t	P>t [9	5% Conf. Interval]
necesidad_anticon	cep	.4231789	.0577235	7.33	0.000 .309	97168 .5366411
_cons		2.547429	.0413963	61.54	0.000 2.4	66059 2.628798

Adjusted Wald test

(1)  $necesidad_anticoncep = 0$ 

F(1, 421) = 53.75

Prob > F = 0.0000



A2.3. Matriz de correlación policórica de las variables explicativas de los modelos de uso y de las NNSA

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1: Edad	1											
2: Escolaridad	-0.302	1										
3: Lugar de residencia	-0.026	-0.447	1									
<b>4</b> : Religión	-0.079	0.011	0.017	1								
5: Situación ocupacional	0.325	-0.090	-0.025	-0.078	1							
<b>6</b> : Nivel de riqueza del hogar	0.052	0.616	-0.795	0.006	0.056	1						
7 : Índice de conocimiento de anticonceptivos	0.122	0.236	-0.221	-0.010	0.084	0.271	1					
8: Número de hijos	0.449	-0.433	0.202	-0.037	0.161	-0.277	-0.031	1				
<b>9</b> : Tipo de unión	-0.304	-0.032	-0.002	-0.067	-0.143	-0.081	-0.074	-0.144	1			
<b>10</b> : Diferencia de edad con la pareja	-0.116	-0.081	0.058	0.004	-0.043	-0.066	-0.043	0.041	0.026	1		
11: Decisión de la pareja sobre el uso o no uso de anticoncepción	-0.157	0.076	0.028	0.016	0.007	-0.044	0.026	-0.081	-0.201	-0.012	1	
<b>12</b> : Concordancia en pareja sobre el número de hijos	-0.069	0.112	0.052	-0.022	-0.014	0.019	0.026	-0.082	-0.210	-0.077	0.221	1



# Anexo 3

Cuadro A3.1. Modelo heckprobit de Heckman (selección de las mujeres unidas de 15-49 años según la intención reproductiva)

Number of strata = 29		N	umero de	observaciones = 6,918
Number of PSUs = 450		Pop	ulation si	ze = 6,795.6751
			esign df	= 421
			( 18, 40	
T	C. C. C. C.		rob > F	= 0.0000
Intención de tener hijo	Coeficientes	Error est.	p >  z	[95% Conf. Interval]
Concordancia sobre # hijo	1176901	.0415288	0.005	19931970360605
Número hijos vivos	.3624477	.0273153	0.000	.3087564 .4161391
Edad de la mujer (20-24*)				
15-19	.5714437	.1603241	0.000	.2563083 .8865791
25-29	12185	.0696176	0.081	2586914 .0149914
30-34	3468709	.0884319	0.000	5206941730479
35-39	6244564	.0800727	0.000	78184844670643
40-44	7288765	.1116792	0.000	94839485093582
45-49	-1.224102	.1338349	0.000	-1.487179610344
Tipo de unión (Casada*)				
Concubinato	.2307163	.0478399	0.000	.1366815 .3247511
Vivavèk y vivir juntos	.1877184	.0612355	0.002	.067353 .3080839
IRE (Muy bajo*)				
Bajo	.0923271	.0673567	0.171	0400703 .2247245
Medio	.2281633	.0725139	0.002	.0856288 .3706978
Alto y muy alto	0557837	.0874848	0.524	227745 .1161777
Escolaridad (Sin educación*)				
Primaria	.4133504	.0561225	0.000	.3030352 .5236656
Secundaria y más	.5070384	.0632271	0.000	.3827582 .6313186
Situación ocupacional	0774801	.0464935	0.096	1688684 .0139083
/athrho	5112907	.131684	0.000	77013072524506
$\mathbf{Rho} =$	4709502	.1024773		64700542472209

<sup>\*</sup> Las categorías marcadas con un asterisco son categorías de referencia.



Cuadro A3.1 (continuación). Modelo uso de anticonceptivos de las mujeres unidas de 15-49 años según que desean espaciar o limitar la fecundidad

Uso de anticonceptivos	Coeficientes	Error est.	p >  z	95% Conf.	Interval]
Edad de la mujer (20-24*)					
15-19	3854928	.1105639	0.001	6028189	1681666
25-29	057427	.0684482	0.402	1919698	.0771158
30-34	1699587	.0629045	0.007	2936048	0463126
35-39	1874164	.0700248	0.008	3250581	0497747
40-44	4605891	.0742209	0.000	6064789	3146994
45-49	8274821	.0924948	0.000	-1.009291	6456729
Escolaridad (Sin educación*)					
Primaria	144599	.0528241	0.006	2484309	0407671
Secundaria y más	1766043	.0606007	0.004	2957219	0574867
ICAM (Bajo*)					
Medio	0098535	.0509146	0.847	109932	.090225
Alto	.1173043	.053659	0.029	.0118314	.2227773
Situación ocupacional (No					
ocupadas *)					
Ocupada	.1258377	.0469959	0.008	.0334619	.2182136
Residencia (Urbano*)					
Rural	2527977	.0517941	0.000	3546049	1509904
Tipo de unión (Casada*)					
Concubinato	.0039586	.0468234	0.933	0880781	.0959953
Vivavèk y vivir juntos	.0020187	.062838	0.974	1214965	.1255339
Concordancia sobre uso					
(Independiente*)					
Conjunta	.9173281	.0493496	0.000	.8203258	1.01433
Diferencia de edad (Edad					
similar*)					
Mujer mayor	.0127639	.0726852	0.861	1301072	.1556349
Hombre poco mayor	006406	.0516379	0.901	1079063	.0950942
Hombre mucho mayor	1120376	.0557445	0.045	2216098	0024654

<sup>\*</sup> Las categorías marcadas con un asterisco son categorías de referencia.



Cuadro A3.2. Resultados de la estimación del modelo probit del uso sin efecto de selección

Edad de la mujer (20-24*)  15-19	Des F( Pro	ation size sign df 18, 404 b > F p >  z  0.029 0.868 0.073 0.069 0.000	=	6,795.6751 421 40.59 0.0000 6. Interval] 0260459 .1578632 .0115052 .0101652 1380099
Edad de la mujer (20-24*)  15-192525685 .11  25-29 .012302 .07  30-341236677 .06  35-391332425 .07  40-442988368 .08  45-497309536 .09  ICAM (Bajo*)	F( Profest. 152426 740538 687688 729582 818201	$   \begin{array}{ll}     18, & 404 \\     b > F \\     \hline     p >  z  \\     \hline     0.029 \\     0.868 \\     0.073 \\     0.069 \\     0.000 \\   \end{array} $	4790911 1332591 2588406 2766503 4596637	40.59 0.0000 F. Interval] 0260459 .1578632 .0115052 .0101652
Edad de la mujer (20-24*)  15-192525685 .11 25-29 .012302 .07 30-341236677 .06 35-391332425 .07 40-442988368 .08 45-497309536 .09  ICAM (Bajo*)	Profest.  152426 740538 687688 729582 818201	b > F p >  z  0.029 0.868 0.073 0.069 0.000	= [95% Conf 4790911 1332591 2588406 2766503 4596637	0.0000 F. Interval] 0260459 .1578632 .0115052 .0101652
Edad de la mujer (20-24*)  15-192525685 .11  25-29 .012302 .07  30-341236677 .06  35-391332425 .07  40-442988368 .08  45-497309536 .09  ICAM (Bajo*)	152426 740538 687688 729582 818201	0.029 0.868 0.073 0.069 0.000	4790911 1332591 2588406 2766503 4596637	0260459 .1578632 .0115052 .0101652
15-192525685 .11 25-29 .012302 .07 30-341236677 .06 35-391332425 .07 40-442988368 .08 45-497309536 .09	740538 587688 729582 818201	0.868 0.073 0.069 0.000	1332591 2588406 2766503 4596637	.1578632 .0115052 .0101652
25-29	740538 587688 729582 818201	0.868 0.073 0.069 0.000	1332591 2588406 2766503 4596637	.1578632 .0115052 .0101652
30-341236677 .06 35-391332425 .07 40-442988368 .08 45-497309536 .09  ICAM (Bajo*)	587688 729582 818201	0.073 0.069 0.000	2588406 2766503 4596637	.0115052 .0101652
35-391332425 .07 40-442988368 .08 45-497309536 .09  ICAM (Bajo*)	729582 818201	0.069 0.000	2766503 4596637	.0101652
40-442988368 .08 45-497309536 .09 ICAM (Bajo*)	818201	0.000	4596637	
45-497309536 .09  ICAM (Bajo*)				1380000
ICAM (Bajo*)	921234	0.000	9120327	1300039
				5498745
Medio .1008065 .04	488709	0.040	.004745	.1968679
Alto .2060555 .04	495588	0.000	.1086421	.3034689
Escolaridad (Sin educación*)				
Primaria .0278606 .05	571689	0.626	0845114	.1402326
Secundaria y más0970913 .06	587714	0.159	2322694	.0380868
Situación ocupacional .1186883 .04	450614	0.009	.0301149	.2072617
<b>Residencia</b> 1323219 .0	056551	0.020	2434794	0211645
Tipo de unión (Casada*)				
Concubinato .1866486 .05	521179	0.000	.0842049	.2890922
Vivavèk y vivir juntos .1663152 .0	062511	0.008	.0434426	.2891878
Concordancia sobre uso .9144028 .04	422038	0.000	.8314464	.9973592
Diferencia de edad(edad similar)				
Mujer mayor .0421468 .0	063799	0.509	0832575	.1675511
Hombre poco mayor .0532785 .06	515202	0.050	.0000972	.1907535
Hombre mucho mayor .0181716 .06		0.638	0760398	.1239903

<sup>\*</sup> Las categorías marcadas con un asterisco son categorías de referencia.



Cuadro A3.3. Resultados de la prueba de especificación del modelo de uso sin selección

Survey: Probit regression						
Number of strata	= 29	Number of obs	= 6,918			
Number of PSUs	= 450	Population size	= 6,795.6751			
Design df $=$ 421						
F(2, 420) = 327.75						
Prob > F = 0.0000						

Linearized						
uso_anticoncep	otivos Coe	f. Std. Er	r. t	P>t	[95% Co	nf. Interval]
_hat	1.03779	7 .058424	17.76	0.000	.9229582	1.152636
_hatsq	.0675295	.0750476	0.90	0.369	.0799852	.2150442
_cons	0118855	.0329243	-0.36	0.718	076602	.052831



Cuadro A3.4. Resultados de la estimación del modelo probit de las NNSA

Number of strata = 29	Number of obs = 7,563				
Number of PSUs $=$ 450	Population size $= 7,401.5538$				
	Design df $=$ 421				
	F(18, 404) = 11.75				
		Prob > F = 0.0000			
Necesidad anticoncepción	Coeficientes	Error est.	p >  z	[95% Conf. Interval]	
Edad de la mujer (20-24*)					
15-19	.1938217	.0970568	0.046	.0030455 .384598	
25-29	1199344	.0638767	0.061	2454914 .0056225	
30-34	0882212	.0652224	0.177	2164233 .0399809	
35-39	1884534	.0698092	0.007	32567130512355	
40-44	1563528	.0694204	0.025	2928067019899	
45-49	4169383	.0885608	0.000	5910146242862	
ICAM (Bajo*)					
Medio	0415534	.0415652	0.318	1232546 .0401478	
Alto	0957054	.0479659	0.047	1899880014229	
Escolaridad (Sin educación*)					
Primaria	.0154053	.0502649	0.759	0833961 .1142067	
Secundaria y más	1386651	.0526159	0.009	24208780352424	
Situación ocupacional	1882869	.0395684	0.000	26606311105107	
Residencia	.1438247	.0370957	0.000	.0709089 .2167405	
Tipo de unión (Casada*)					
Concubinato	.0328598	.0413821	0.428	0484815 .1142011	
Vivavèk y vivir juntos	.127601	.0563606	0.024	.0168178 .2383842	
Concordancia sobre uso	1254596	.0292437	0.000	18294140679778	
Diferencia de edad					
Mujer mayor	.1457278	.0648729	0.025	27324290182127	

-.0866124

-.0530353

.0406191

.0484021

0.034 -.1664539 -.0067708

0.274 -.1481752 .0421046

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS VI, 2017

Hombre poco mayor

Hombre mucho mayor

<sup>\*</sup> Las categorías marcadas con un asterisco son categorías de referencia.



# Cuadro A3.5. Resultados de la prueba de especificación del modelo de las NNSA

Survey: Probit regression						
Number of strata	=	29	Numbe	r of obs	=	7,563
Number of PSUs	=	450	Popula	tion size	=7,	401.5538
			Design	df =	421	
			F( 2,	420)	=	95.35
			Prob >	F =	0.000	0
Linearized						
uso_anticonceptiv	vos	Coef.	Std. Err.	t	P>t	[95% Conf. Interval]
_hat	1.0	07799	.1677424	6.01	0.000	.6780817 1.337516
_hatsq	0	140486	.2553438	-0.06	0.956	5159562 .487859
_cons	00	003336	.0276376	-0.01	0.990	0546585 .0539913