



FLACSO
MÉXICO

**Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
Sede académica de México**

**Maestría en Población y Desarrollo
XI (Undécima) Promoción
2014-2016**

**Empoderamiento de las mujeres: impacto sobre las necesidades no satisfechas de
anticoncepción en Haití.**

Tesis para obtener el grado de Maestro en Población y Desarrollo

Presenta:

Fato FENE

Co-Directoras de Tesis:

Irene CASIQUE

Cecilia GAYET

Lectores:

Carlos Javier Echarri Cánovas

Claudio Dávila Cervantes

Seminario de Población y Salud

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

Ciudad de México, Julio 2016

Empoderamiento de las mujeres: impacto sobre las necesidades no satisfechas de anticoncepción en Haití.

Resumen

El interés de esta investigación es estudiar la relación entre el empoderamiento de las mujeres a través de sus dimensiones económica, sociocultural, familiar e interpersonal, y las necesidades no satisfechas de anticoncepción (NNSA) para las mujeres haitianas. El argumento sostiene que el descenso de la fecundidad no pasa solamente por la accesibilidad a la anticoncepción sino también por el empoderamiento de las mujeres. La población de estudio se constituye de las mujeres unidas en edad fértil que forman parte de la demanda potencial de anticoncepción y que contestan las preguntas sobre violencia doméstica en la encuesta EMMUS V (n=3548). Siete indicadores de empoderamiento de las mujeres son considerados. Los hallazgos de la regresión logística binaria apuntan que los indicadores (Poder de decisión económico, control coercitivo interpersonal, acuerdo en las preferencias del número de hijos, negociación en las relaciones sexuales) son significativos. Entonces, las mujeres con menores posibilidades de tener NNSA son aquellas que experimentan violencia física, tienen un nivel de poder de decisión económico medio o alto, un nivel medio o alto de negociación en las relaciones sexuales, que no experimentan violencia sexual y que están en situación de acuerdo con su cónyuge en las preferencias del número de hijos.

Palabras clave: Empoderamiento. Anticoncepción. Fecundidad.

Abstract

The interest of this research is to study the relationship between the women's empowerment through their economic, socio-cultural, family and interpersonal dimensions, and unmet needs for contraception for women of Haiti. The argument is that the fertility decline does not happen only by the accessibility to contraception but also by women's empowerment. The population study is made up of married women of childbearing age who are part of the potential demand for contraception and answering questions about domestic violence in the survey EMMUS V (n= 3548). Seven indicators of women's empowerment are considered. The findings derived from the binomial logistic model indicate that the economic decision power, interpersonal coercive control, according to the preferences of the number of children and sexual negotiation are significant. So, women with lower chances of having unmet needs for contraception are those who experience physical violence, have a high or medium level of economic decision power, a high or medium level of sexual negotiation, which do not experience sexual violence and are in a position to agree with their spouse in the number of children preferences.

Keywords: Empowerment. Contraception. Fertility.

Dedicatoria

Para mi querida Ifonise

Para mis maravillosos padres, Francine y Pierre Emmanuel

Para mis hermanos y hermanas

Para mi hermana fallecida, Roselande

Agradecimientos

Señor, Gracias por tu bondad hacia mí

Más allá del esfuerzo personal, este documento es la combinación de los aportes de varias personas que me han ofrecido sus consejos y alientos. Entonces, es el momento de presentarles mis agradecimientos especiales:

A mis Directoras de tesis, Dra. Irene Casique y Dra. Cecilia Gayet que, a pesar de sus múltiples ocupaciones, han demostrado mucha paciencia y comprensión para ayudarme a llevar a cabo este trabajo de investigación. Sus consejos, comentarios y correcciones han sido muy relevantes en la orientación teórica y metodológica de dicho estudio.

A mis lectores Dr. Carlos Javier Echarri Cánovas y Dr. Claudio Dávila Cervantes que me permiten fortalecer a partir de sus correcciones y comentarios el presente trabajo.

A mis Coordinadores de Seminario Población y Salud que me ofrecen la oportunidad de profundizar mi conocimiento en los temas relativos a la salud en general y una buena orientación en todo el proceso de elaboración de la Tesis.

A las instituciones como la FLACSO-México, el CONACYT y la Fundación Heinrich Böll por la oportunidad que me ofrecen para cruzar una maestría de dos años en México.

A mis compañeros de la maestría: Daniela Buendía Silva, Johan Antonio Toro Marín por su amistad, su apoyo en la mejora de mi redacción en español.

A mi esposa Ifonise F. Noël por su apoyo moral, su amor y su gran paciencia durante dos años de vivir a distancia.

Finalmente, a mis Padres, hermanos, hermanas y amigos por su apoyo incondicional durante los dos años de estudio.

Índice general

RESUMEN.....	I
AGRADECIMIENTOS	III
ÍNDICE GENERAL	IV
ÍNDICE DE GRÁFICAS.....	VII
ÍNDICE DE CUADROS.....	VIII
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1.....	6
NECESIDADES NO SATISFECHAS DE ANTICONCEPCIÓN Y EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES: UNA MIRADA CONCEPTUAL Y RELACIONAL.....	6
1.1. Necesidades no satisfechas de anticoncepción: Conceptualización y definición ..	6
1.2. Empoderamiento de las mujeres: conceptualización y definición	10
1.3. Relación entre empoderamiento de las mujeres y necesidades no satisfechas de anticoncepción.....	23
1.4. Relación entre factores sociodemográficos, factores socioeconómicos y necesidades no satisfechas de anticoncepción	28
CAPÍTULO 2.....	30

SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA, SOCIODEMOGRÁFICA Y DE SALUD REPRODUCTIVA: UNA MIRADA CONTEXTUAL DE HAITÍ.....	30
2.1. Presentación de la situación socioeconómica de Haití.....	30
2.2. Algunos indicadores demográficos de Haití	35
2.3. Realidad de los servicios de salud reproductiva en Haití.....	39
CAPÍTULO 3.....	42
METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.....	42
3.1. Preguntas de investigación.....	42
3.2. Objetivos	43
3.3. Hipótesis de investigación.....	44
3.4. Fuente de datos y diseño de la encuesta.....	45
3.5. Definición operacional de las variables bajo estudio.....	48
3.6. Estrategia de análisis estadístico	65
CAPÍTULO 4.....	69
UNA PRESENTACIÓN DESCRIPTIVA E INFERENCIAL DE LAS VARIABLES BAJO ESTUDIO	69
4.1. Variable dependiente: necesidades no satisfechas de anticoncepción (NNSA).....	69
4.2. Variables explicativas: indicadores de empoderamiento de las mujeres	70
CAPÍTULO 5.....	82

UN ANÁLISIS MULTIVARIADO DE LAS NECESIDADES NO SATISFECHAS DE ANTICONCEPCIÓN.....	82
5.1. Análisis de correspondencias múltiples	82
5.2. Asociación entre las variables explicativas.....	85
5.3. Análisis de resultados.....	87
CONCLUSIONES GENERALES	94
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
ANEXO I.....	111
ANEXO 2	113

Índice de Gráficas

Gráfica 1.1. De la planificación familiar a la salud reproductiva	3
Gráfica 1.2. Definición revisada de necesidades no satisfechas de anticoncepción	8
Gráfica 1.3. Propuestas de operacionalización de los indicadores de empoderamiento de las mujeres.....	20
Gráfica 1.4. Empoderamiento de las mujeres: Dimensiones e indicadores considerados en el presente trabajo.....	21
Gráfica 1.5. Presentación del marco conceptual del estudio.....	29
Gráfica 2.4. Índice de desigualdad de género de varios países de América Latina y el Caribe en 2014	35
Gráfica 2.5. Evolución de las tasas brutas de natalidad, de mortalidad y de mortalidad infantil en Haití, 1950-2015	37
Gráfica 2.6. Mujeres en Haití: Evolución de la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos (UMA) anticoncepción y necesidades no satisfechas de anticoncepción (NNSA), 1995-2012.....	38
Gráfica 3.1. Definición de la muestra de mujeres unidas considerada en el estudio	48
Gráfica 3.2. Presentación del esquema operacional del estudio	49
Gráfica 3.3. Distribución de las mujeres unidas en función del conocimiento de los tipos de métodos anticonceptivos, Haití 2012	63
Gráfica 4.1. Distribución de las mujeres unidas consideradas según las necesidades no satisfechas y satisfechas de anticoncepción	70
Gráfica 5.1. Análisis de correspondencias múltiples: NNSA y indicadores de empoderamiento de las mujeres	83

Gráfica 5.2. Análisis de correspondencias múltiples: Factores sociodemográficos y socioeconómicos	84
---	----

Índice de cuadros

Cuadro 1.1. Dimensiones del empoderamiento de las mujeres consideradas en la literatura	15
Cuadro 1.2. Dimensiones del empoderamiento de las mujeres (Malhotra <i>et al.</i>)	16
Cuadro 3.1. Distribución de las mujeres entrevistadas según su estatus marital, DHS de Haití de 2012	47
Cuadro 4.1. Distribución de las mujeres unidas consideradas según sus necesidades no satisfechas de anticoncepción, Haití 2012	69
Cuadro 4.2. Distribución de las mujeres unidas consideradas según los indicadores del empoderamiento de las mujeres, Haití 2012	72
Cuadro 4.3. Distribución según niveles de los indicadores del empoderamiento de las mujeres por necesidades no satisfechas de anticoncepción, Haití 2012	74
Cuadro 4.4. Valor medio de indicadores de empoderamiento de las mujeres según la satisfacción o no de las necesidades de anticoncepción, Haití 2012	75
Cuadro 4.5. Distribución según niveles de los indicadores del empoderamiento de las mujeres por necesidades no satisfechas de anticoncepción, Haití 2012	77
Cuadro 4.6. Distribución de las mujeres unidas consideradas por las variables de control según las necesidades no satisfechas de anticoncepción, Haití 2012	80
Cuadro 4.7. Valor medio de algunas variables de control según la satisfacción o no de las necesidades de anticoncepción, Haití 2012	81

Cuadro 5.1. Matriz de correlación policórica.....	86
Cuadro 5.2. Modelos logísticos de los factores asociados a las necesidades no satisfechas de anticoncepción de las mujeres unidas consideradas, Haití 2012.....	88

Introducción

El presente trabajo de investigación busca indagar sobre el papel que tiene el empoderamiento de las mujeres haitianas en el proceso de satisfacción -o no- de sus necesidades de uso de anticonceptivos.

Varias décadas atrás, la literatura sobre el tema de planificación familiar se focalizaba en el estudio del descenso de la fecundidad relacionado con el crecimiento poblacional. Algunas aproximaciones al respecto han sido planteadas desde posiciones malthusianas, neomalthusianas, o la teoría de la transición demográfica, desde la cual se han identificado algunos determinantes próximos de la fecundidad entre los que se encuentra la anticoncepción.

Weeks (2008) contextualiza el tema desde los postulados de Malthus (1872), quien sostenía que la pobreza es una consecuencia natural del crecimiento poblacional. Su argumento se basaba en el crecimiento diferenciado de la producción de alimentos y de la población, siendo este último más acelerado. No obstante, la salida al problema del crecimiento poblacional y la pobreza para Malthus no se orienta hacia la satisfacción de las necesidades no satisfechas de anticoncepción, sino más bien, al fortalecimiento de las capacidades de las mujeres en términos de educación, con el fin de evitar el riesgo de que éstas tuviesen hijos malnutridos, proponiendo como solución la postergación del matrimonio y las relaciones sexuales ya que, para Malthus “Una persona racional y bien educada percibiría de antemano el dolor de tener niños hambrientos o estar en deuda y decidiría postergar el matrimonio y las relaciones sexuales” (Weeks, 2008, p. 80).

Esta solución malthusiana en función de las capacidades de las mujeres responde a las restricciones morales y a las limitaciones tecnológicas para regular la fecundidad de la época.

En este mismo sentido, la teoría de la transición demográfica establece la relación entre desarrollo económico y la fecundidad (Chesnais, 1992). En su trabajo este autor nos muestra una relación inversa entre el progreso industrial y la fecundidad:

“La elevación de los estándares de vida representa una característica esencial de la revolución industrial que estimula una aspiración general hacia un mayor grado de conformidad, que, a su vez, tiene un efecto significativo en la limitación de tener hijos” (Chesnais, 1992, p. 2).

Posteriormente, se retomaron algunas ideas neomalthusianas, poniendo énfasis en un mejor control de natalidad para disminuir el crecimiento poblacional a través de métodos de planificación familiar, sin limitarse a una restricción moral como lo hizo Malthus (Weeks, 2008), ya que la “anticoncepción es considerada como uno de los determinantes próximos más importantes de la fecundidad” (Bongaarts, 1978, p. 106).

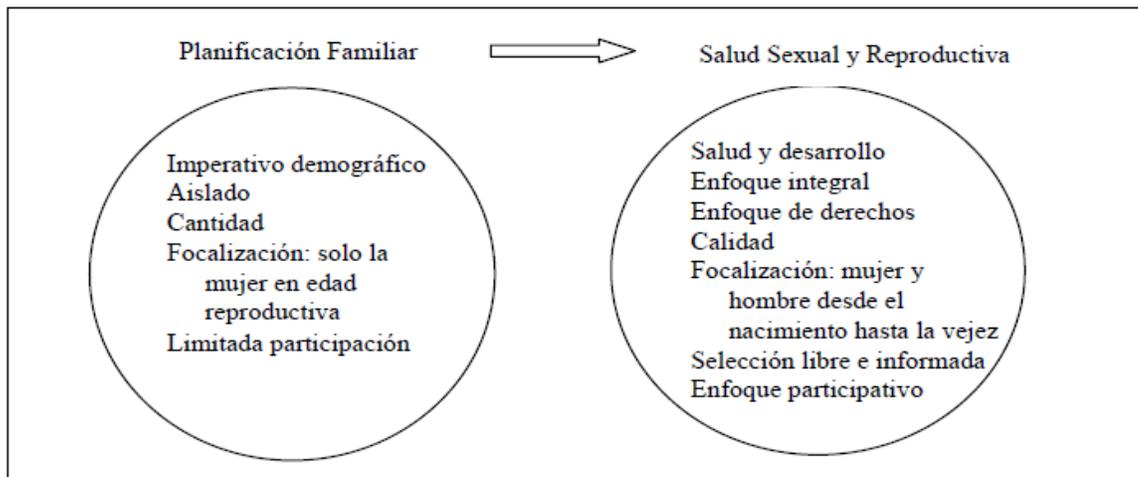
La propuesta neomalthusiana, estaba a favor del uso de anticoncepción pero no hacía énfasis en el aseguramiento de los derechos de las mujeres para facilitar la toma de decisiones en cuanto a su vida sexual y reproductiva (Weeks, 2008).

En este sentido, la conferencia internacional de derechos humanos de Teherán en 1968 definió claramente su posición a favor “del derecho fundamental de los padres de determinar libremente el número de hijos que quieren tener y los intervalos entre los nacimientos, a través de la promoción de programas de planificación familiar” (Schwarcz *et al.*, 2002, p.4).

Más tarde, en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, llevada a cabo en El Cairo en 1994, “la planificación familiar es reconocida como una estrategia de salud, que bien aplicada puede contribuir al desarrollo de las naciones” (Gutiérrez, 2013, p.465). Más recientemente, la promoción de los programas de planificación familiar para que las mujeres tengan un mejor control de su vida reproductiva, fue planteada como uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (Carr *et al.*, 2012).

De esta manera, pasamos de un enfoque tradicional de planificación familiar a una dimensión amplia de promoción de los derechos reproductivos y de mejoramiento de la Salud Reproductiva como se muestra en el esquema siguiente de Flórez y Soto (2008). Es la misma idea que nos presentan Camarena y Lerner (2008) hablando de la transición del enfoque poblacional a uno vinculado con la equidad de género y el respeto de los derechos reproductivos del ser humano. Desde esta perspectiva, la preocupación se focaliza más en el bienestar de los individuos en términos de satisfacción de sus necesidades de anticoncepción para limitar o postergar nacimientos (Ver Gráfica 1.1).

Gráfica 1.11. De la planificación familiar a la salud reproductiva



Fuente: Corbalán, 1997 en Flórez y Soto, 2008.

La planificación familiar ya no es vista como un imperativo demográfico, como lo fue después de la Segunda Guerra Mundial, - cuando el mundo experimentó un aumento acelerado en los nacimientos "baby boom"- sino más bien un mecanismo a través del cual es posible promover la salud reproductiva de las mujeres. Entonces, el objetivo ya no es reducir la fecundidad imperativamente, sino que las mujeres puedan llevar una vida mejor a través del control deliberado de los nacimientos (Flórez y Soto, 2008).

Por otra parte, el descenso de la fecundidad resultante de la variación de sus determinantes próximos, según la teoría de la segunda transición demográfica¹ desarrollada en 1986 por Van de Kaa y Lesthaeghe, da lugar a la liberación de la mujer y su integración al mercado laboral, ya que la mujer tiene menos hijos para cuidar (Van de Kaa, 1987).

A la luz de estos planteamientos, resulta pertinente preguntarse sobre la situación de Haití en términos de salud reproductiva ya que el paradigma presente en las acciones del Ministerio de Salud Pública y de Población (MSPP) de Haití se orienta hacia el enfoque convencional, es decir, la expansión de la cobertura en términos de anticoncepción con el objetivo de regular y reducir la fecundidad (Camarena y Lerner, 2008).² El MSPP no tiene una política bien definida sobre el enfoque de salud reproductiva que tome en cuenta las situaciones demográficas y socioeconómicas de las mujeres, su falta de autonomía para tomar decisiones respecto a su vida reproductiva en términos de satisfacción de sus necesidades de planificación familiar.

En consecuencia, resulta importante, en el presente ejercicio investigativo, indagar sobre los factores relevantes que influyen sobre las necesidades no satisfechas de anticoncepción por parte de las mujeres unidas en Haití. Por consiguiente, nos interesa estudiar las características de las mujeres que tienen necesidades no satisfechas de

¹ “La segunda transición demográfica se caracteriza por la relativa estabilidad de ambos indicadores en niveles muy bajos, especialmente la fecundidad con niveles inferiores al de reemplazo (dos hijos al menos por mujer). En el mundo, la segunda transición demográfica se ha caracterizado por la extrema rapidez y el marcado descenso de la fecundidad en todos los grupos de edad; la tasa global de fecundidad (TGF), número promedio de hijos nacidos vivos que una mujer alcanzará al final de su vida reproductiva, ha sido un indicador sintético fundamental en el análisis del crecimiento poblacional” (Grajales *et al.*, 2010, p.210). Lesthaeghe y Lopez-Gay (2013, p.78) presentan dos dimensiones de la segunda transición demográfica: la transición de posposición que “se refiere a la postergación de la edad al matrimonio y del primer y posterior hijo” y la transición no conformista que “señala el crecimiento de formas no convencionales en la formación familiar (aumento de la cohabitación, de la procreación entre los cohabitantes, de los que viven solos, de las parejas de mismo sexo y de la reconstitución de las familias a través de la cohabitación)”.

² Ver el manual de normas de planificación familiar y de salud materna elaborado por el MSPP en 2009

anticoncepción y además, en qué medida su nivel de empoderamiento puede influir sobre la ocurrencia de necesidades no satisfechas de anticoncepción.

Capítulo 1.

Necesidades no satisfechas de anticoncepción y empoderamiento de las mujeres: Una mirada conceptual y relacional

En este capítulo se presenta una descripción conceptual sobre las necesidades no satisfechas de anticoncepción (NNSA) y el empoderamiento de las mujeres y se establece la manera en que el concepto de empoderamiento de las mujeres se relaciona tanto con las necesidades no satisfechas de anticoncepción como con el uso de métodos anticonceptivos.

De manera inicial tenemos como antecedente, que a partir de la mitad del siglo XX se implementaron políticas de promoción de planificación familiar en países en desarrollo para combatir de manera eficaz el crecimiento poblacional (Sedgh *et al.*, 2007), a través del acceso a la anticoncepción, considerada como un determinante próximo de la fecundidad. Sin embargo, en las últimas décadas, el interés se ha centrado de manera creciente en observar las características y condiciones que les permiten a las mujeres cumplir o no con sus propias aspiraciones en términos de fecundidad, así como la protección de su salud y sus derechos reproductivos (Sedgh *et al.*, 2007).

En este sentido, la identificación de las mujeres en situación de necesidades no satisfechas de anticoncepción se ha hecho cada vez más importante en la elaboración de programas de planificación familiar.

1.1. Necesidades no satisfechas de anticoncepción: Conceptualización y definición

El concepto de necesidades no satisfechas de anticoncepción fue desarrollado hacia fines de la década de 1970 por Westoff (1978) a partir de las encuestas de conocimientos,

actitudes y prácticas (KAP)³. Como lo definió Westoff (1978), las necesidades no satisfechas se refieren a las mujeres expuestas al riesgo de embarazarse pero que no quieren tener más hijos o que desean postergar el momento de la maternidad pero no están usando métodos anticonceptivos eficientes. Su trabajo permitió poner de relieve la brecha entre las mujeres que desean limitar o espaciar el número de hijos y el uso actual de anticoncepción en muchos países en desarrollo (Sedgh *et al.*, 2007; Westoff, 1978).

A lo largo del tiempo, este concepto ha sido objeto de diversas transformaciones (Westoff y Pebley, 1981; Westoff, 1988; Westoff y Ochoa, 1991 en Westoff, 2006). Las discusiones principales se han centrado en la necesidad de estimar la proporción de mujeres que no usan métodos anticonceptivos pero que no quieren más hijos, lo que se conoce como “necesidades no satisfechas para limitar”, o que desean postergar los nacimientos por lo menos dos años más o las “necesidades no satisfechas para espaciar” (Westoff, 2006).

También, Westoff menciona diferentes factores que deben ser considerados en la definición de necesidades no satisfechas incluyendo a las mujeres embarazadas y amenorreicas cuyo embarazo o parto fue no deseado o no planificado y a las usuarias de métodos tradicionales de anticoncepción (Sedgh *et al.*, 2007; Ali y Okud, 2013). Por otra parte, en cuanto al control de la fecundidad se ha ampliado el concepto de "necesidad no satisfecha" refiriendo a la capacidad de la mujer para lograr sus intenciones reproductivas y a la habilidad de los servicios de salud reproductiva para satisfacer esas necesidades” (Ravindran, 2001 en Al Riyami *et al.*, 2004, p. 146).

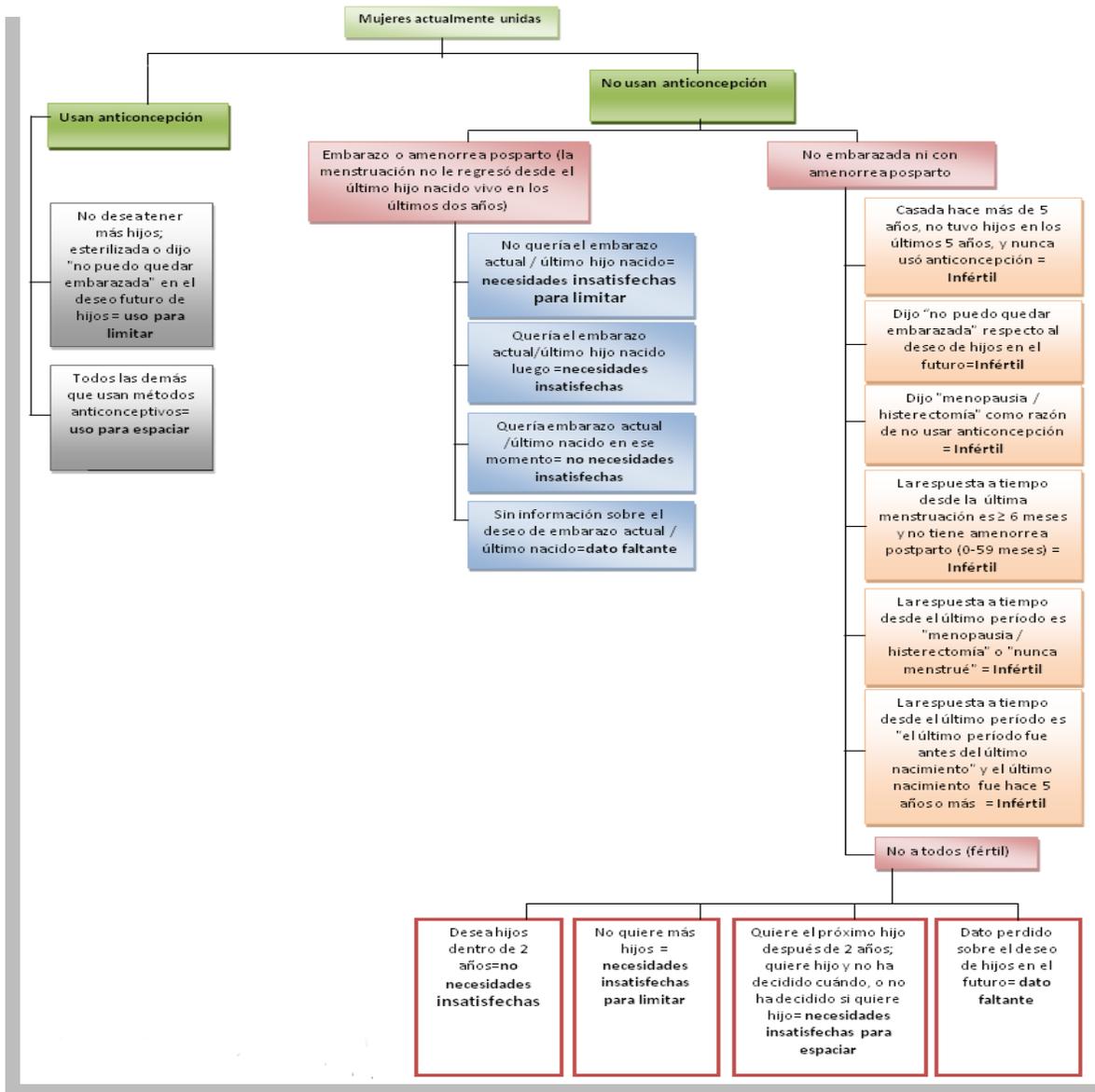
La Gráfica 1.2 presenta los diferentes aspectos que permiten, para fines de este trabajo, operacionalizar el concepto de necesidades no satisfechas de anticoncepción a partir del marco conceptual propuesto por Bradley *et al.* (2012) que toma en cuenta solamente a las mujeres actualmente unidas. Dicha categoría de mujeres está dividida en dos grandes

³ Por su sigla en inglés “Knowledge Attitude and Practices”.

grupos: las mujeres que usan métodos anticonceptivos y las que no usan métodos anticonceptivos.

Dentro de las que usan métodos de planificación familiar, tenemos las que los usan para espaciar y las que los usan para limitar el número de nacimientos. Entre las que no usan métodos anticonceptivos, se encuentran las que tienen necesidades no satisfechas y las que no tienen necesidades de usar anticoncepción.

Gráfica 1.11. Definición revisada de necesidades no satisfechas de anticoncepción



Fuente: Traducción basada en Bradley *et al.* (2012)

El uso de anticonceptivos es concebido por Gordon *et al.* (2011), como un elemento primordial en la protección de la salud de las mujeres y los derechos fundamentales respecto a su vida reproductiva, que a su vez tiene una repercusión importante en la fecundidad y el crecimiento de la población, así como en la promoción del desarrollo económico.

La literatura existente sobre el tema hace referencia de manera general a dos categorías: uso de métodos anticonceptivos modernos y uso de métodos tradicionales (Gage, 1995). Según la Organización Mundial de la Salud (2015), dentro de los métodos modernos de anticoncepción, se encuentran las píldoras, los implantes, los inyectables, el dispositivo intrauterino (DIU), el condón femenino, el condón masculino, la esterilización femenina, la esterilización masculina, el amamantamiento y la anticoncepción de emergencia entre otros.⁴ Por otra parte, dentro de los métodos tradicionales se reportan el método del ritmo y el retiro (coitus interruptus).⁵ No obstante es necesario mencionar que la Encuesta Demográfica y de Salud (DHS)⁶ de Haití de 2012, habla también del método folklórico o popular que tiene que ver con las hierbas medicinales o las infusiones utilizadas para evitar un embarazo.

Gage (1995) estudió el uso de anticoncepción enfatizando el papel de las características de las mujeres en términos de su posición socioeconómica, su situación ocupacional y otros factores como la influencia familiar y la comunicación conyugal, que moldean el comportamiento anticonceptivo de las mujeres en torno a la adopción de métodos modernos respecto a los tradicionales.

Para entender mejor la importancia de vincular operacionalmente los conceptos de necesidades no satisfechas de anticoncepción y el uso de métodos anticonceptivos,

⁴ Información tomada de la nota descriptiva No 351 publicada en mayo 2015 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre planificación familiar. [fecha de consulta: Marzo 17 de 2016]

Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

⁵ Información tomada de la nota descriptiva No 351 publicada en mayo 2015 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre planificación familiar. [fecha de consulta: Marzo 17 de 2016]

Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

⁶ Por sus siglas en inglés “Demographic Health Survey”.

tomamos como referencia a Moursund y Kravdal (2003), que en su trabajo sobre los efectos individuales y comunitarios de la educación de las mujeres y la autonomía en el uso de anticonceptivos en la India, tomaron en cuenta los tipos de métodos para construir su variable de interés, pero consideraron no solamente a las mujeres que usan métodos anticonceptivos (UMA) sino también las que tienen necesidades no satisfechas de anticoncepción, es decir, las que tienen preferencias reproductivas para limitar o espaciar nacimientos pero que no usan métodos anticonceptivos, excluyendo las mujeres unidas embarazadas, infecundas y amenorreicas; no obstante en ciertos casos se consideran la infertilidad, el estatus marital y las condiciones de embarazo en las estimaciones de necesidades no satisfechas de anticoncepción (Camarena y Lerner, 2008).

Por otra parte, según Casique (2003), el uso de métodos anticonceptivos no implica por sí mismo un incremento en el control de la vida reproductiva de las mujeres, ya que es necesario también tomar en cuenta la necesidad que tiene la mujer de usar estos métodos anticonceptivos. En su estudio la autora operacionaliza los indicadores de uso de anticonceptivos según la necesidad potencial de anticoncepción e identificando la condición de necesidades no satisfechas de las mujeres, con el fin de analizar los factores asociados con la demanda de planificación familiar.

De acuerdo con lo anterior, en la estimación del uso o no de métodos anticonceptivos, es importante enfocarse en aquellas mujeres que están en situación de necesidades no satisfechas de anticoncepción.

1.2. Empoderamiento de las mujeres: conceptualización y definición

Desde la década de los noventa, el empoderamiento de las mujeres ha sido incluido en la teoría feminista y la perspectiva de género, para explicar las situaciones de exclusión social que enfrentan las mujeres en diferentes esferas de la vida social (Ariza y de Oliveira, 2000). De hecho, dicho proceso se ve como un mecanismo para cambiar el sistema social e ideológico establecido el cual se materializa por la opresión femenina y

el control sobre su propia vida (Ariza y de Oliveira, 2000). Dicho cambio se manifiesta en la adquisición de poder de decisión y de autonomía en las mujeres, lo que influye, entre otros, en un mayor control de su vida reproductiva a través de la adopción de anticoncepción (Casique, 2003).

En este sentido, diferentes beneficios son atribuidos al empoderamiento de las mujeres. El empoderamiento de ellas podría permitir una mayor igualdad de género lo que constituye una herramienta clave para cambiar el ordenamiento patriarcal establecido (Murguialday, 2006). Como menciona Murguialday (2006), el empoderamiento femenino fue visto, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer,⁷ como una estrategia que contribuye a la realización de las metas globales del desarrollo.

A su vez, el PNUD⁸ (2014) afirma que la eliminación de las disparidades de género, sobre todo en la educación, tendrá un efecto significativo sobre el proceso de erradicación del hambre, la mejora de la salud infantil y materna y el aumento de las capacidades de las mujeres para tomar decisiones informadas sobre planificación familiar, nutrición y salud. También, el empoderamiento provee a las mujeres “los recursos intangibles como la autoestima, las habilidades de reflexión y análisis, la organización colectiva o la incidencia política” (Murguialday, 2006, p.4).

De hecho, es importante entender bien el concepto de empoderamiento y su complejidad. La literatura existente sobre el concepto de empoderamiento de las mujeres presenta una diversidad de definiciones al respecto. Kabeer (2001, p.437) define el empoderamiento como “la expansión de la capacidad de las personas para tomar decisiones estratégicas de vida, en un contexto en el que esta habilidad les era previamente negada”. Dicha definición, según Malhotra *et al.* (2002), pone de relieve dos dimensiones importantes del empoderamiento: el proceso y la agencia. El proceso tiene que ver con el cambio que se da a partir de una situación inicial de desempoderamiento. La agencia, por su parte, se refiere a la capacidad de elección de la

⁷ Dicha conferencia fue realizada en Beijing en el año de 1995

⁸ Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

persona respecto a las diferentes alternativas existentes, sin preocuparse de las consecuencias resultantes (Malhotra *et al.*, 2002). En síntesis, la mujer tiene la posibilidad de elegir en función de sus intereses sin verse afectada por las preferencias de su cónyuge o la percepción social.

Por su parte, Malhotra *et al.* (2002) presentan una revisión amplia sobre el concepto de empoderamiento centrándose en cuatro elementos (opción, elección, control y poder) que se incluyen generalmente en la definición de este proceso definiéndolo como “las capacidades de las mujeres para tomar decisiones que afectan de manera significativa los aspectos estratégicos de vida para ellas y sus familias” (p.5); también toman en cuenta la capacidad de control de las mujeres sobre los recursos y sus propias vidas. Esta definición se vincula con la propuesta de Kabeer (2001) ya que se focaliza en el poder de decisión y el control sobre los recursos como principales dimensiones del empoderamiento de las mujeres.

Casique (2004) retoma la discusión en torno al empoderamiento femenino donde rescata la postura de Kishor (2000) que define dicho proceso en términos de acceso y control sobre los recursos necesarios y el poder de decisión de las mujeres. Casique, plantea la conceptualización del poder desde dos perspectivas teóricas diferentes. La primera derivada de la posición de Batliwala (1994) que define el empoderamiento como un desafío a las ideologías dominantes y la adquisición de mayor control sobre los recursos de poder; en este sentido, el concepto de empoderamiento puede ser estudiado como un proceso que permite, en las elecciones y acciones, mayor igualdad y libertad entre hombres y mujeres (Malhotra y Schuler, 2005; Ibrahim y Alkire, 2007). La segunda conceptualización es retomada de England (1997) y se refiere al acceso y uso de los recursos para alcanzar diversos fines y objetivos.

1.2.1. Multidimensionalidad del concepto de empoderamiento de las mujeres

El problema de la desigualdad de género en la distribución de poder está ligado de manera particular al contexto social en el cual se desenvuelven las personas y a los sistemas de valores y normas establecidos (Malhotra *et al.*, 2002); lo que hace más complejas las acciones que pueden llevar a un mundo más equitativo entre hombres y mujeres. Mason y Smith (2003) retoman la misma idea diciendo que:

“Las percepciones, los gustos y las opciones de los tomadores de decisiones individuales están fuertemente influenciados por la naturaleza de los sistemas ideológicos o normativos en la cual la colectividad social suscribe y dentro de la cual se socializan ellos (p.4)”.

De hecho, diferentes autores llegan a la conclusión de que las dimensiones que constituyen el empoderamiento de las mujeres no se correlacionan necesariamente entre sí; en otras palabras, una misma mujer puede tener un gran poder en una dimensión del empoderamiento y poco en otra (Malhotra *et al.*, 2002; Mason y Smith, 2003). Al respecto, un estudio de Mason (2005) muestra que algunas mujeres de Ghana están sometidas sexualmente ante sus maridos al mismo tiempo que están empoderadas económicamente (Mason, 2005). También, Mason y Smith (2003) encuentran que las diferencias existentes entre las dimensiones del empoderamiento varían ampliamente de un país a otro. Entonces, no es solamente el contexto social que influye sobre el empoderamiento de las mujeres sino también los sistemas ideológicos y normativos propios en cada país. Por lo anterior, se puede establecer el carácter multidimensional del empoderamiento de las mujeres.

En el Cuadro 1.1, se presentan algunos autores relevantes que han abordado el concepto de empoderamiento de las mujeres en función de su carácter procesual y de agencia⁹.

⁹ Vale la pena, en el presente trabajo, aclarar un aspecto que conlleva algún grado de confusión relativo al uso indiscriminado de los términos de empoderamiento y autonomía como sinónimos (Jejeebhoy, 2000;

Uno de los marcos de referencia más amplios encontrados en la literatura es el de Malhotra *et al.* (2002) quienes definen seis dimensiones (económica, sociocultural, familiar e interpersonal, legal, política y psicológica) a través de las cuales se puede acercar el concepto de empoderamiento. También, los intereses de Mason y Smith (2003) y Do y Kurimoto (2012) se centran en el estudio del empoderamiento de las mujeres tomando en cuenta diferentes elementos que hacen parte de las dimensiones económica, sociocultural, familiar e interpersonal que abordan Malhotra *et al.* (2002). Específicamente, Mason y Smith (2003) estudian el empoderamiento de las mujeres en la esfera doméstica. Su concepto de “empoderamiento doméstico” se relaciona con la libertad de las mujeres respecto al control que ejercen los miembros de la familia - en particular los esposos - y la capacidad para actuar de manera autónoma en el hogar (Mason y Smith, 2003).

Jejeebhoy y Sathar, 2001). Retomando la idea de Jejeebhoy (1997), Casique (2004) apunta sobre esta diferencia en el carácter dinámico del empoderamiento y estático de la autonomía: “el empoderamiento es visto como un concepto más procesual, en tanto que la autonomía es vista como un concepto estático, que refleja el empoderamiento de una mujer en un momento determinado” (p.13). De hecho, el empoderamiento es concebido como un concepto más complejo que incluye la autonomía entendida como agencia, es decir, la capacidad de la mujer de tomar sus propias decisiones respecto a su vida (Sen, 1993; Mehra, 1997 en Malhotra y Schuler, 2005); en este sentido, “la agencia constituye un proceso de libertad” (Sen, 1999 en Samman y Santos, 2009, p. 4). Otros autores se refieren a la autonomía como la “capacidad de actuar en nombre de lo que se valora y se tiene razón para valorar” (Alsop *et al.* (2006) en Ibrahim y Alkire, 2007, p. 383). Entonces, el empoderamiento puede ser considerado como una expansión de la agencia (Ibrahim y Alkire, 2007) en el sentido de que ésta toma en cuenta la habilidad de las mujeres para hacer elecciones respecto a su vida sexual y reproductiva; el empoderamiento de las mujeres va más allá que la autonomía dado que permite llegar a los resultados deseados a partir de acciones concretas (Samman y Santos, 2009; Krishna, 2003).

Cuadro 1.1. Dimensiones del empoderamiento de las mujeres consideradas en la literatura

Auteurs	Dimensiones consideradas
Malhotra <i>et al.</i> (2002)	Se definen seis dimensiones (económica, sociocultural, familiar e interpersonal, legal, política y psicológica) para estudiar el empoderamiento de las mujeres.
Mason y Smith (2003)	Estos autores analizan el empoderamiento doméstico a través de 4 aspectos que hacen parte de tres de las dimensiones (económica, sociocultural, familiar e interpersonal) definidas por Malhotra <i>et al.</i> (2002). Dichos aspectos son: poder de decisión económico de las mujeres, poder de decisión sobre el número de hijos a tener, la libertad física de movimiento y el control coercitivo interpersonal.
Do y Kurimoto (2012)	Ellos estudian solamente tres de las seis dimensiones definidas por Malhotra <i>et al.</i> (2002): dimensión económica, sociocultural, familiar e interpersonal.

Fuente: Elaboración propia

Aunque el concepto de empoderamiento es bastante amplio, y tiene un carácter multidimensional como anteriormente se expuso; los objetivos del presente estudio no buscan abarcar la complejidad del mismo, así como la base de datos que emplearemos para el análisis tampoco permite estudiar todas las dimensiones que éste contiene.

Para la delimitación del análisis sobre el empoderamiento de las mujeres, este estudio se focaliza en las propuestas de Mason y Smith (2003) y de Do y Kurimoto (2012) que son complementarias y que son similares a las dimensiones económicas, socioculturales, familiares e interpersonales que presentan Malhotra *et al.* (2002). No obstante, dichos acercamientos al estudio de empoderamiento presentan ciertas divergencias en la medición de las dimensiones consideradas.

En la siguiente sección, se presentan algunas aproximaciones empíricas en la medición del concepto de empoderamiento de las mujeres presentadas por los tres autores mencionados.

1.2.2. Evidencias empíricas: medición del empoderamiento de las mujeres

Como mencionan Malhotra *et al.* (2002), el empoderamiento es un concepto complejo que presenta muchas dificultades para ser medido sobre todo por su carácter procesual. Dichos autores encuentran pocos estudios que se focalicen en el “proceso” y la “agencia” que caracterizan el empoderamiento de las mujeres; ciertos indicadores considerados por otros autores, como educación y empleo no reflejan necesariamente el empoderamiento de las mujeres ya que el hecho de que la mujer sea educada o empleada no garantiza que ella puede ejercer su agencia¹⁰ (Malhotra *et al.*, 2002). Entonces, después de una revisión amplia sobre las dimensiones del empoderamiento de las mujeres, Malhotra *et al.* (2002) presentan los diferentes indicadores que pueden ser utilizados a nivel de hogar, de comunidad y de ámbitos aún más amplios para medir las seis dimensiones del empoderamiento presentadas (Ver Cuadro 1.2).

Cuadro 1.2. Dimensiones del empoderamiento de las mujeres (Malhotra *et al.*)

Dimensión	Hogar	Comunidad	Ámbitos más amplios
Económica	Control sobre los ingresos por parte de las mujeres; contribución relativa al apoyo a la familia; acceso y control de los recursos familiares.	Acceso al empleo de las mujeres; propiedad de tierra y de bienes; acceso al crédito; participación y / o representación de las asociaciones comerciales locales; el acceso a los mercados.	Representación femenina en empleos bien remunerados; Mujeres jefas de empresas; Representación de los intereses económicos de las mujeres en las políticas macroeconómicas, el estado y los presupuestos federales.
Sociocultural	Libertad de movimiento	Visibilidad y acceso	Alfabetización y acceso a una

¹⁰ La capacidad que tiene la mujer de tomar sus propias decisiones respecto a su vida (Sen, 1993; Mehra, 1997 en Malhotra y Schuler, 2005).

	de las mujeres; falta de discriminación contra las hijas; compromiso con la educación de las hijas.	a los espacios sociales de las mujeres; acceso a los medios de transporte modernos; participación en grupos extra-familiares y redes sociales; cambio en las normas patriarcales (como la preferencia por los hijos); representación simbólica de la mujer en el mito y el ritual.	amplia gama de opciones de educación de la mujer; imágenes positivas de la mujer en medios, sus funciones y contribuciones.
Familiar e interpersonal	Participación en la toma de decisiones en el hogar; Control de las relaciones sexuales; Capacidad para tomar decisiones sobre la maternidad, Utilización de métodos anticonceptivos, Acceso al aborto; Control sobre la selección del cónyuge y el momento del matrimonio; libre de violencia doméstica.	Cambios en los sistemas de matrimonio y de parentesco que indican mayor valor y autonomía para las mujeres (por ejemplo, los matrimonios posteriores, los cónyuges de autoselección, la reducción en la práctica de la dote; aceptabilidad del divorcio); campañas locales contra la violencia doméstica.	Tendencias nacionales regionales en cuanto al momento del matrimonio, las opciones para el divorcio; Apoyo religioso político legal, para (o la falta de oposición activa a) tales cambios; sistemas que proporcionan fácil acceso a la anticoncepción, el aborto seguro, servicios de salud reproductiva.
Legal	Conocimiento de los derechos legales; ayuda interna para el ejercicio de los derechos.	Movilización de la comunidad de los derechos; campañas de concienciación sobre los derechos; Aplicación local efectiva de los	Ley de apoyo a los derechos de la mujer; Acceso a los recursos y opciones; Defensa de los derechos y de la legislación; Uso del sistema judicial para corregir violaciones de derechos.

		derechos legales.	
Política	Conocimiento del sistema político y los medios de acceso al mismo; Ayuda interna a la participación política; Ejercicio del derecho al voto.	Participación o movilización de las mujeres en el sistema / campañas políticas locales; Apoyo a los candidatos o leyes específicas; Representación en los órganos locales de gobierno.	Representación femenina en los órganos regionales y nacionales de gobierno; fuerza como un bloque de votantes; representación de los intereses de las mujeres en los grupos de presión eficaces y grupos de interés.
Psicológica	Autoestima; autoeficacia; bienestar psicológico.	Conciencia colectiva de la injusticia; potencial de movilización.	Sentido de inclusión y derechos de las mujeres; Aceptación sistémica del derecho y de la inclusión de las mujeres.

Fuente: Malhotra *et al.*, 2002, p.13. Traducción del autor

Por otra parte, Do y Kurimoto (2012) consideran, a nivel individual, indicadores que hacen parte de tres de las dimensiones definidas por Malhotra *et al.* (2002). En primer lugar, para medir la dimensión económica, ellos construyen, usando un análisis de componentes principales (ACP), un índice de empoderamiento económico a partir de los indicadores relativos a la contribución de la mujer en el hogar en términos de ingreso respecto a su cónyuge, a la decisión sobre el uso del dinero del cónyuge y/o de la mujer y a la decisión sobre las compras grandes y compras cotidianas considerando cuatro países de África (Namibia, Zambia, Ghana y Uganda).

En segundo lugar, la dimensión sociocultural es medida a partir del indicador “decisión sobre las visitas a los miembros de la familia”. En tercer lugar, respecto a la dimensión familiar e interpersonal, Do y Kurimoto (2012) examinan solamente cuatro indicadores

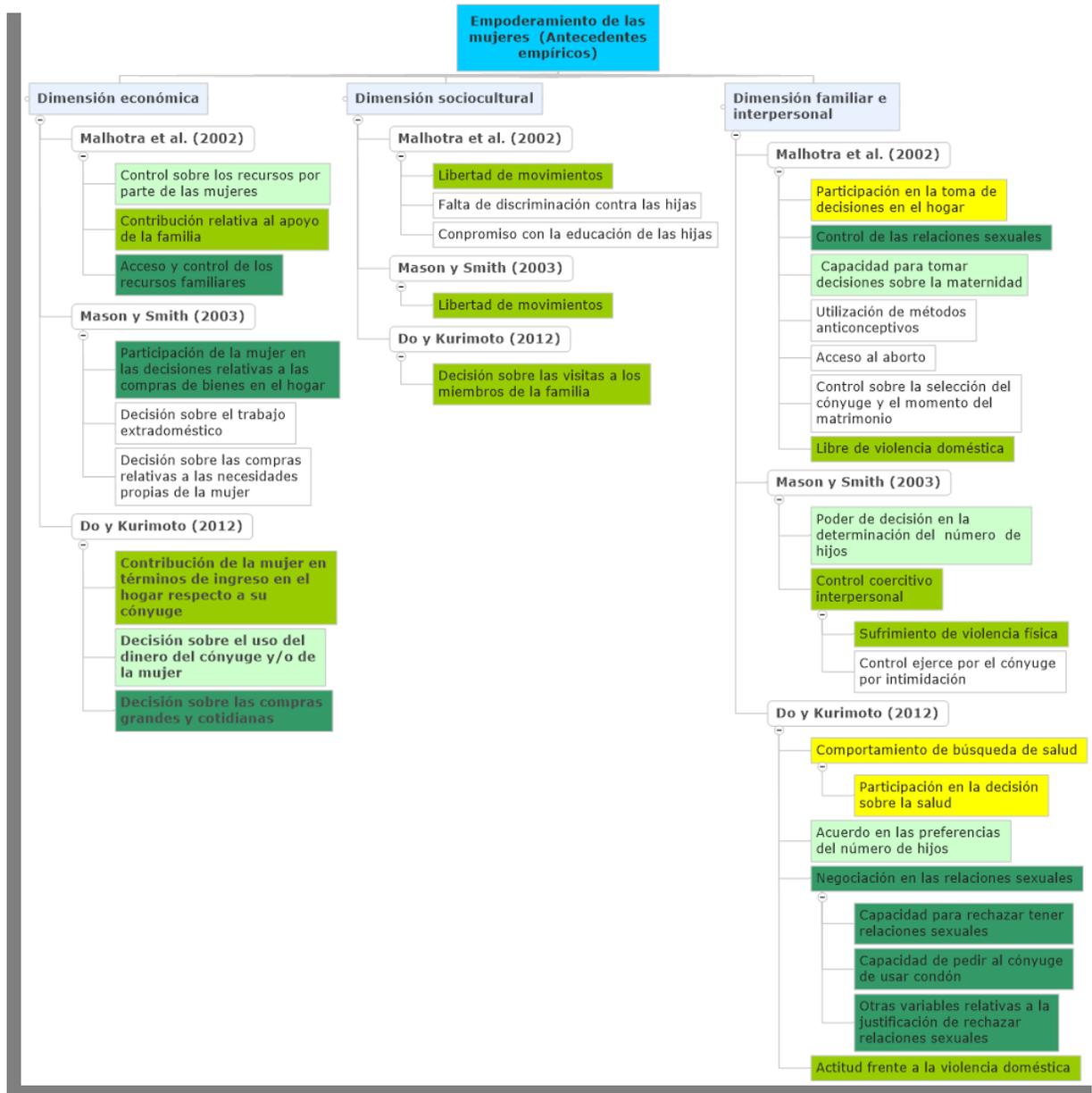
de los siete considerados por Malhotra *et al.* (2002), que son la autonomía para la búsqueda de atención a la salud (medido a partir de las variables decisión sobre la salud), el acuerdo en las preferencias del número de hijos, la negociación respecto a la actividad sexual (medida por la capacidad de rechazar tener relaciones sexuales con su cónyuge, la capacidad de pedir al cónyuge de usar condón y variables relativas a la justificación de rechazar relaciones sexuales) y la actitud frente a la violencia doméstica (medida a partir de las preguntas relativas a la justificación de la violencia doméstica por parte de la mujer en situaciones específicas).

En su análisis sobre algunos países del sudeste asiático, Mason y Smith (2003) toman en cuenta solo cuatro indicadores que son elementos de las dimensiones definidas por Malhotra *et al.* (2002). El primer indicador -poder de decisión económico- es parte de la dimensión económica; y se refiere a la participación y a la toma de decisiones económicas por parte de la mujer en el hogar (este indicador es medido por las variables relativas a la participación de la mujer en las decisiones relativas a las compras de bienes en el hogar, decisión sobre el trabajo extradoméstico de la mujer y decisión sobre compras relativas a las necesidades propias de la mujer).

El segundo indicador tiene que ver con el poder de decisión por parte de la mujer en la determinación del número de hijos, el cual se encuentra en la dimensión familiar e interpersonal. El tercer indicador se relaciona con la libertad de movimientos por parte de la mujer; y es parte de la dimensión sociocultural (medido por la libertad de la mujer de salir en situaciones específicas sin pedir permiso). El último indicador que es parte de la dimensión familiar e interpersonal corresponde al control coercitivo interpersonal, es decir el control que ejerce el cónyuge vía intimidación y fuerza o el miedo de la mujer de no estar de acuerdo a su cónyuge (medido por las variables de experiencia de violencia física y de violencia sexual).

A continuación, se presenta una comparación de los marcos de Mason y Smith (2003), de Do y Kurimoto (2012) en relación con el de Malhotra *et al.* (2002).

Gráfica 1.21. Propuestas de operacionalización de los indicadores de empoderamiento de las mujeres



Fuente: Elaboración propia

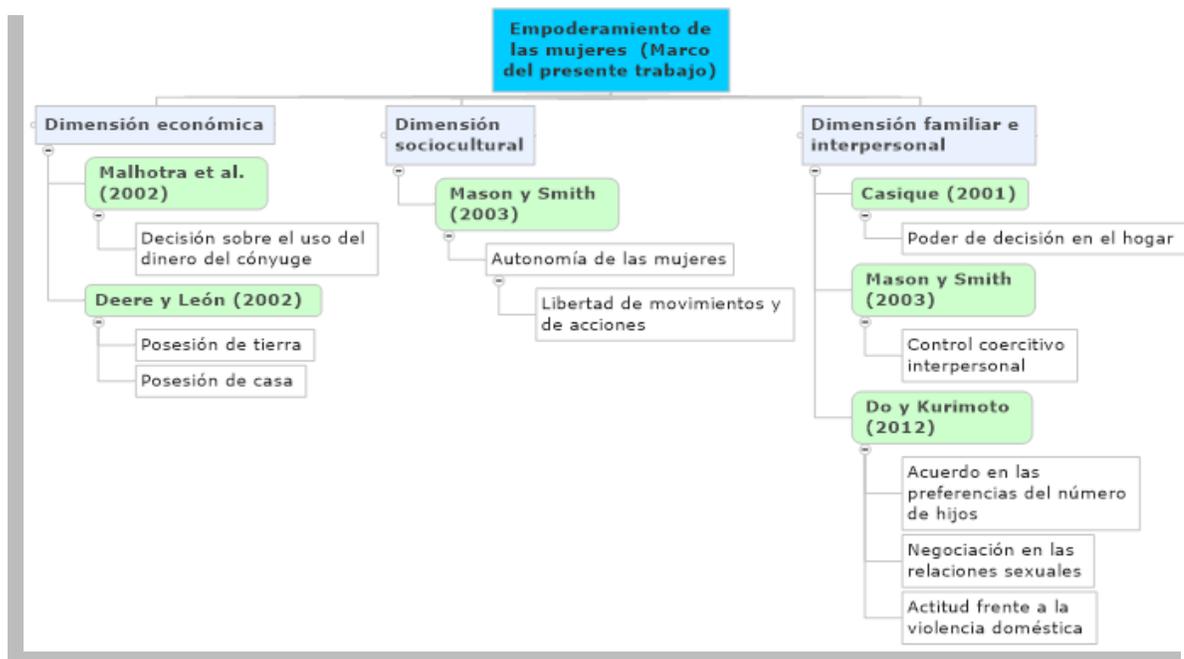
En la Gráfica 1.3, se sintetizan las propuestas de operacionalización de los indicadores de empoderamiento de las mujeres según los autores considerados en el estudio para las tres de las dimensiones del empoderamiento de las mujeres que abordaremos. Los resaltados en colores indican la presencia de indicadores al parecer transversales a los

distintos marcos de referencia de los autores. Aquellos indicadores resaltados con el mismo color tienen a su vez mayores similitudes; por ejemplo, en la dimensión económica, la variable “decisión sobre las compras importantes en el hogar” es utilizada por los tres autores.

1.2.3. Dimensiones y variables del empoderamiento de las mujeres consideradas en el presente trabajo

De acuerdo a la comparación de los marcos de referencia referidos, en el presente trabajo se explora el empoderamiento de las mujeres a partir de tres dimensiones: dimensión económica, dimensión sociocultural y dimensión familiar e interpersonal. En función de las limitaciones de la base de datos para replicar los marcos definidos y la existencia de otras perspectivas teóricas importantes en el estudio del empoderamiento, se define el marco conceptual del presente trabajo de la siguiente manera (Ver Gráfica 1.4).

Gráfica 1.22. Empoderamiento de las mujeres: Dimensiones e indicadores considerados en el presente trabajo



Fuente: Elaboración propia

1.2.3.1. Dimensión económica

En la dimensión económica, se consideran tres indicadores (decisión sobre el uso de dinero del cónyuge, propiedad de casa, propiedad de tierra). El primer indicador está definido en el marco de Do y Kurimoto (2012). Los dos últimos vienen de la perspectiva teórica de Deere y León (2002) que no son incluidos en los marcos de Do y Kurimoto (2012) y Mason y Smith (2003) en la dimensión económica. Según estas autoras, la relación de poder de género no se ve solamente en términos de subordinación o de control sino también en la capacidad que tiene la mujer de cambiar sus propias condiciones de vida. Entonces, la posesión de bienes económicos, particularmente la propiedad de la tierra, facilita el desarrollo de las habilidades y capacidades de las mujeres para participar en la toma de decisiones en el hogar y expresar de manera libre y autónoma sus ideas respecto a sus propias vidas o sobre la orientación educativa y social de sus hijos (Deere y León, 2002).

1.2.3.2. Dimensión sociocultural

En la dimensión sociocultural, el indicador considerado es la autonomía de las mujeres entendida como libertad de movimientos. Dicho indicador es derivado del marco de Mason y Smith (2003) que hacen hincapié sobre el permiso del cónyuge que requiere la mujer en ciertas situaciones específicas.

1.2.3.3. Dimensión familiar e interpersonal

Para medir la dimensión familiar e interpersonal, cinco indicadores parecen relevantes: poder de decisión en el hogar, negociación respecto a la actividad sexual, acuerdo en las preferencias del número de hijos, actitud frente a la violencia doméstica y control coercitivo interpersonal. Estos indicadores son similares a los que consideran Do y Kurimoto (2012) excepto los de poder de decisión en el hogar y de control coercitivo interpersonal.

De una parte, el poder de decisión en el hogar se construye a partir de la perspectiva teórica de Casique (2001). Según esta autora, el poder de decisión se refiere a la participación de la mujer en la toma de decisiones dentro del hogar o a las oportunidades que tiene la mujer para expresar con libertad sus opiniones respecto a las cuestiones de la vida familiar (Casique, 2001). Respecto a dicha definición, se considera dentro del poder de decisión no solo los aspectos que se refieren a decisiones cotidianas sino también los que se relacionan con la búsqueda de cuidados a la salud, las compras y las visitas a familiares; la propuesta de Do y Kurimoto (2012) difiere al respecto, en tanto que incluyen la decisión sobre las compras en la dimensión económica y la decisión sobre las visitas en la dimensión sociocultural. Finalmente, el indicador de control coercitivo interpersonal es derivado del marco de Mason y Smith (2003).

En los países en desarrollo donde las disparidades sociales y económicas están muy presentes, las dimensiones del empoderamiento de las mujeres mencionadas como relevantes en el marco del presente trabajo pueden tener un efecto determinante en la desigualdad de género y cambiar la distribución tradicional del poder entre hombres y mujeres, ya que el principal problema que han enfrentado las mujeres a lo largo de su historia es la falta de poder en las diferentes esferas de sus vidas, lo que De Barbieri (2013) denomina el *ordenamiento patriarcal*.

1.3. Relación entre empoderamiento de las mujeres y necesidades no satisfechas de anticoncepción

Existen algunas referencias relevantes que establecen la relación entre el empoderamiento de las mujeres y las necesidades no satisfechas de anticoncepción. Entre ellas, la propuesta de Austin (2015) encuentra que el aumento del poder de decisión de las mujeres respecto al cuidado de su propia salud disminuye la probabilidad de tener necesidades no satisfechas de anticoncepción para espaciar nacimientos. También, Casique (2003) muestra que una alta autonomía y poder de decisión en el hogar por parte de las mujeres mexicanas, aumentan significativamente la probabilidad

que las mismas tienen de satisfacer sus necesidades de anticoncepción a pesar de la existencia de desacuerdos con el cónyuge sobre el uso de anticonceptivos.

Por su parte Wolff *et al.* (2000) encuentran que la oposición del cónyuge respecto a la anticoncepción tiene un efecto estadísticamente significativo y positivo en el aumento de las necesidades no satisfechas de anticoncepción en las mujeres para el caso de Uganda. De hecho, la aprobación del cónyuge sobre la anticoncepción tiene una asociación positiva, estadísticamente significativa, con la satisfacción de necesidades de anticoncepción, es decir, el hecho de que el cónyuge apruebe la anticoncepción influye en la disminución de la probabilidad de tener necesidades no satisfechas de anticoncepción de las mujeres (Adebawale y Palamuleni, 2014; Ajong *et al.*, 2016).

Por otra parte, Al Riyami *et al.* (2004) analizan la relación entre el empoderamiento y las necesidades no satisfechas de anticoncepción a través de las variables educación y empleo de las mujeres; y encuentran que las necesidades no satisfechas de anticoncepción disminuyen significativamente por efecto de la educación.

1.3.1. Relación entre empoderamiento de las mujeres y uso de métodos anticonceptivos

El uso de métodos anticonceptivos fue concebido por Bradley *et al.* (2012) como una contraparte en la definición operacional de las necesidades no satisfechas de anticoncepción. Dicho aspecto ha sido estudiado ampliamente en la literatura sobre planificación familiar con el interés de establecer la relación entre empoderamiento de las mujeres y uso de métodos anticonceptivos.

El trabajo de Do y Kurimoto (2012) establece la relación entre empoderamiento de las mujeres y uso de métodos anticonceptivos (métodos solo para las mujeres o métodos utilizados por la pareja) en cuatro países de África (Namibia, Zambia, Ghana y Uganda). Para intentar medir el empoderamiento de las mujeres, ellos consideran tres dimensiones

(económica, sociocultural, familiar e interpersonal) a partir de la propuesta de Malhotra *et al.* (2002) usando la Encuesta Demográfica y de Salud (DHS).¹¹

De manera general, en los cuatro modelos de regresión multinomial realizados para los cuatro países, los autores encuentran que los índices de empoderamiento general, de poder económico y de actitud frente a la violencia doméstica son significativos en la explicación del uso de métodos anticonceptivos¹² para los cuatro países. Otro resultado común a los cuatro países es que la variable “decisión sobre las visitas a los miembros de la familia” (midiendo la dimensión sociocultural) y la variable “Decisión sobre la salud” no son significativas, es decir, en los cuatro países de África considerados dichas variables no parecen relevantes en el estudio de la relación entre empoderamiento de las mujeres y uso de métodos anticonceptivos.

Por otra parte, la significancia de las variables “acuerdo en las preferencias del número de hijos”, “negociación de las relaciones sexuales” varía en función del país estudiado. Por ejemplo, en el caso de Zambia la variable “Negociación de las relaciones sexuales” es significativa y positivamente relacionada con el uso de métodos solo para las mujeres y métodos para la pareja aunque dicha variable no es significativa para Namibia.

También, Mason y Smith (2000) encuentran evidencias de una relación entre ciertos factores de empoderamiento y las preferencias de las parejas de usar métodos anticonceptivos en cinco países (Pakistán, India, Malasia, Tailandia y Filipinas). Los resultados encontrados por Mason y Smith (2000) evidencian que el poder de decisión económico y la participación de la mujer en la decisión sobre la fecundidad tienen un efecto positivo y significativo sobre las preferencias del marido de usar anticoncepción. Pero, las variables de autonomía y de violencia doméstica no parecen relevantes en la relación entre el empoderamiento de las mujeres y las preferencias de usar métodos anticonceptivos.

¹¹ DHS, por su sigla en inglés

¹² Métodos anticonceptivos solo para las mujeres, métodos anticonceptivos utilizados por el cónyuge.

Sin embargo, según Alio *et al.* (2009), la violencia de pareja parece estar asociada positivamente con el aumento en el uso de métodos anticonceptivos en África subsahariana. Una de las principales razones mencionadas por dichos autores es que las mujeres violentadas no quieren quedar embarazadas para que sus hijos no nazcan en un entorno doméstico peligroso (Alio *et al.*, 2009). Este mismo resultado fue encontrado por Dalal *et al.* (2011), para el contexto de Bangladesh, en la India.

Por otra parte, Hameed *et al.* (2014), para el distrito de Punjab en Pakistán, evidencian que algunas dimensiones de empoderamiento de las mujeres (poder de decisión en el hogar autonomía) tienen efectos positivos sobre el uso de métodos femeninos de anticoncepción. Pero, en dicho estudio, el poder de decisión económico no parece ser relevante en la relación entre el empoderamiento de las mujeres y el uso de métodos anticonceptivos, aunque Gage (1995) evidencia que el poder de decisión económico tiene un efecto positivo sobre el uso de métodos anticonceptivos; por lo que es posible pensar que la diferencia contextual puede influir en estos resultados.

Otros estudios analizan la relación entre la participación de las mujeres en las decisiones reproductivas y el uso de métodos anticonceptivos. El estudio de Harvey *et al.* (2003) examina la asociación entre la toma de decisiones sexuales y el uso de anticoncepción, en particular el uso de condón. Entre los principales resultados de dicho estudio, la participación de las mujeres en las decisiones sobre anticoncepción tiene una influencia positiva sobre el uso de anticoncepción.

También el trabajo realizado por Kulczycki (2008) en Turquía, muestra que la decisión sobre anticoncepción tomada de manera conjunta entre los cónyuges tiene una asociación positiva con el uso de anticoncepción, es decir, cuando la mujer participa plenamente en la toma de decisión sobre la planificación familiar hay mayor uso de anticonceptivos. En este mismo sentido, existen autores que encuentran una relación positiva entre la comunicación conyugal respecto a la planificación familiar y el uso de

métodos anticonceptivos (Govindasamy y Malhotra, 1996; Mekonnen y Worku, 2011; Irani *et al.*, 2014).

Algunos autores han establecido una relación entre la participación de la mujer en microcréditos y el uso de anticoncepción. Al respecto, Schuler y Hashemi (1994) apuntan que la participación de las mujeres en los programas de créditos empodera a las mujeres de Bangladesh, y esto tiene un efecto positivo en el uso de anticoncepción; lo que no ocurre en el caso de las mujeres bolivianas (Schuler *et al.*, 1995) para quienes la participación en los microcréditos no tiene efecto sobre su empoderamiento, el uso de anticoncepción o de los servicios modernos de salud.

Otros autores utilizan el nivel de educación y el empleo como *proxies* del empoderamiento para estudiar el uso de métodos anticonceptivos (Mason y Smith, 2003; Malhotra y Schuler, 2005; Al Riyami *et al.*, 2004), encontrando una relación significativa y positiva de dichos indicadores con el uso de métodos anticonceptivos. También León (2013), mostró el efecto positivo del empoderamiento de la mujer sobre el uso de métodos anticonceptivos una vez controlado este por variables como educación, edad y trabajo remunerado de la mujer en varios países del África subsahariana.

No obstante, algunos autores sostienen que estas características o *proxies* no reflejan de manera efectiva el empoderamiento de las mujeres debido a las diferentes definiciones del concepto (Malhotra *et al.*, 2002).

De estos trabajos previos se desprende que los efectos del empoderamiento de las mujeres sobre el uso de anticonceptivos varían en función de los contextos propios de cada país. En el caso de Haití, no existe hasta ahora un estudio que establezca la relación entre el empoderamiento de las mujeres y el uso de anticoncepción. Sin embargo, Gage y Hutchinson (2006) aborda el tema del empoderamiento de las mujeres haitianas relacionándolo con la violencia doméstica. Sus principales hallazgos, utilizando la Encuesta Demográfica y de Salud (DHS), se centran en el efecto positivo del poder de

decisión de las mujeres sobre la violencia doméstica y la calidad de la convivencia conyugal.

1.4. Relación entre factores sociodemográficos, factores socioeconómicos y necesidades no satisfechas de anticoncepción

De manera complementaria, en el presente estudio se utilizan algunas variables de control para analizar la contribución de estas en la explicación de los factores de empoderamiento de las mujeres sobre las necesidades no satisfechas de anticoncepción.

Algunos autores evidencian que el número de hijos nacidos vivos es significativamente mayor entre las mujeres que tienen necesidades no satisfechas de anticoncepción que aquellas con necesidades satisfechas (Adebawale y Palamuleni, 2014; Nyauchi y Omedi, 2014; Ajong *et al.*, 2016). Igualmente, la riqueza de los hogares se asocia significativamente con la disminución de las necesidades no satisfechas de anticoncepción (Ojaka, 2008; Nyauchi y Omedi, 2014; Ajong *et al.*, 2016), debido a que las mujeres de los hogares más ricos, como lo plantea Ojaka (2008), son más propensas a adoptar la planificación familiar porque son más capaces de pagar la anticoncepción, lo que de manera contraria, puede constituir una barrera para la satisfacción de necesidades de anticoncepción en el caso de las mujeres que tienen un poder económico débil.

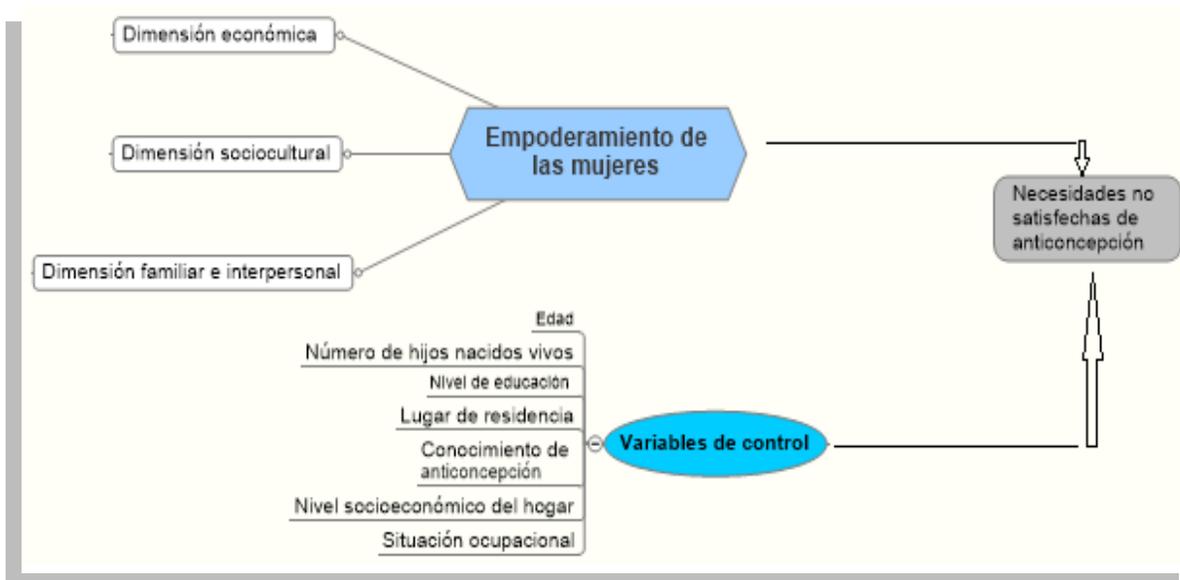
Por las mismas razones, las mujeres que ejercen un trabajo remunerado son menos propensas a experimentar la necesidad no satisfecha de anticoncepción en comparación con aquellas mujeres que no están empleadas (Nyauchi y Omedi, 2014).

Así mismo, la educación tiene un efecto negativo sobre las necesidades no satisfechas de anticoncepción: a medida que aumenta el nivel de escolaridad de la mujer, disminuyen sus necesidades no satisfechas de anticoncepción (Ojaka, 2008; Nyauchi y Omedi, 2014; Ajong *et al.*, 2016).

De manera más amplia, los hallazgos de Austin (2015), en el caso de Nigeria, indican que las mujeres con ciertas características como religión musulmana, bajo nivel educativo, y que residen en los estados centrales del norte, tienen más riesgos de tener necesidades no satisfechas de anticoncepción para espaciar los nacimientos, que sus homologas no musulmanas, de nivel educativo alto y residentes en los estados del Sur.

Con base en los trabajos y antecedentes expuestos, el presente estudio plantea investigar la relación entre el empoderamiento de las mujeres y las necesidades no satisfechas de anticoncepción (NNSA) en Haití, a través de tres dimensiones analíticas del empoderamiento de las mujeres definidas a partir de la literatura mencionada anteriormente, las cuales aparecen definidas en la Gráfica 1.5. Adicionalmente se considera relevante el uso de variables sociodemográficas y socioeconómicas que cumplen una función de control para ayudar en la explicación de las relaciones propuestas entre las variables explicativas (empoderamiento de las mujeres) y la variable dependiente (necesidades no satisfechas de anticoncepción).

Gráfica 1.41. Presentación del marco conceptual del estudio



Fuente: Elaboración propia

Capítulo 2.

Situación socioeconómica, sociodemográfica y de salud reproductiva: Una mirada contextual de Haití

Este capítulo presenta el contexto sociodemográfico, socioeconómico y la realidad de los servicios de salud reproductiva en Haití basándose en el análisis de un conjunto de indicadores relevantes como la pobreza, el empleo, la desigualdad de género, el desarrollo humano, la desigualdad de ingreso, las tasas de natalidad y de mortalidad y la anticoncepción.

2.1. Presentación de la situación socioeconómica de Haití

Haití es uno de los países más pobres y más vulnerables¹³ a las diferentes crisis económicas y desastres naturales de la región latinoamericana y el Caribe (Herrera *et al.*, 2014). El país ha enfrentado, a lo largo del tiempo, diversos problemas políticos, económicos y sociales. Al igual que en otros países de América Latina, Haití ha experimentado varios momentos de inestabilidad política que han impedido la implementación de políticas estructurales para entrar en el camino de desarrollo sostenible (Perchellet, 2010). Además, otros eventos importantes han sacudido al país durante su existencia como inundaciones, huracanes, embargos de EE.UU y el terremoto de 2010 (ONPES, 2014).

El terremoto del 12 de enero de 2010 representa el desastre más mortífero que ha experimentado Haití. Más de 200,000 muertes y pérdidas económicas y psicosociales dolorosas que empeoraron la situación caótica en la que el país se encontraba (Nations Unies, 2010). El impacto del terremoto en términos de daños materiales se estima en más de siete mil millones de dólares americanos equivalentes al 1.2 veces el valor del producto interno bruto (PIB) en 2009, más de ocho veces el valor de las exportaciones

¹³ Una persona (o comunidad, o un país) es vulnerable cuando hay un alto riesgo de deterioro futuro de sus circunstancias y sus éxitos (PNUD, 2014, p.17).

de bienes y servicios y el triple del valor de las importaciones de bienes y servicios (Nations Unies, 2010).

Un estudio realizado por Herrera *et al.* (2014) sobre las condiciones de vida de los hogares después del terremoto presenta un panorama bastante sombrío de la situación. Si bien, los terremotos representan una importante amenaza para la población mundial, cuando las condiciones de construcción de vivienda son deficientes, los efectos negativos de los terremotos tienen mayor magnitud en la población. El caso de Haití no es la excepción, dado que no está libre de esta lamentable realidad de construcción anárquica y extensión de los barrios pobres en las principales ciudades del país, especialmente en el área metropolitana de Puerto Príncipe que cuenta con más de 25% de la población total del país en 2015 según la última estimación del Instituto Haitiano de Estadística e Informática (IHSI, por sus siglas en francés).

Dicho estudio indica que 46% de las viviendas en el país fueron víctimas de daños de diversos grados y 12% quedaron completamente destruidas. Las regiones del oeste y el sudeste fueron las más afectadas por las pérdidas en viviendas y vidas humanas. También, 60% de la infraestructura sanitaria de las zonas afectadas por el terremoto recibieron daños considerables (Herrera *et al.*, 2014).

Consideramos importante poner de relieve la situación socioeconómica y demográfica de Haití, ya que ésta puede permitirnos entender mejor las condiciones de vida en las cuales se insertan las mujeres haitianas que constituyen nuestra unidad de análisis. El énfasis está en los principales indicadores económicos (PIB per cápita, inflación y desempleo) y sociales (Pobreza, Índice de Gini, Índice de Desarrollo Humano y la desigualdad de género).

2.1.1. PIB per cápita, inflación y desempleo

Como presentó el trabajo de ONPES (2014), Haití tiene muchas posibilidades económicas y geopolíticas respecto a un conjunto de elementos como su posición estratégica en la región, su potencial turístico, la juventud de la población activa (47.7%

de la población tenía menos de 20 años en 2012 según el IHSI) y la riqueza cultural que pueden ser explotados de manera eficiente para permitir al país de salir de la situación de subdesarrollo. Sin embargo, Haití no ha podido aprovechar realmente estos potenciales, de modo que la riqueza producida en el país es insuficiente para satisfacer las necesidades básicas de la población (ONPES, 2014); en 2015, Haití fue uno de los países con el producto interno bruto más bajo de la región latinoamericana y el Caribe. También, Haití es parte de los países con más alta tasa de inflación en América Latina y el Caribe (Ver Gráfica 2.1, Anexo 1).

Herrera *et al.* (2014) también analizan el efecto del terremoto de 2010 sobre la tasa de desempleo. Los resultados muestran un aumento del desempleo en las zonas urbanas principalmente (9.8 en 2010 contra 13.3 en 2012); mientras que las zonas rurales experimentaron una disminución del porcentaje de desempleados (6.5 en 2010 contra 4.6 en 2012).

2.1.2. Pobreza, IDH e Índice de Gini

Socialmente, Haití se enfrenta a muchas dificultades. El estudio de ONPES (2014) nos muestra claramente la gravedad de la situación de pobreza. En 2012, según dicho estudio, la tasa nacional de pobreza fue de 58.5% y casi 23.8% de la población haitiana vive en situación de pobreza extrema. El Estado haitiano reportó que 6.3 millones de Haitianos son incapaces de satisfacer sus necesidades primarias y dentro de este grupo, 2.5 millones están en situación de inseguridad alimentaria, es decir, que no pueden satisfacer sus necesidades nutricionales (ONPES, 2014).

Las zonas rurales son las más afectadas por la pobreza. Más de 80% de las personas en situación de pobreza, según el estudio de ONPES (2014), viven en zona rural. El estudio de Herrera *et al.* (2014) también proporciona información relevante en 2012 sobre la pobreza y el desempleo que representan los principales fenómenos que afectan sin cesar a la población haitiana. Dicho trabajo hace mención a la pobreza monetaria tomando en cuenta las personas que viven el estrés financiero para responder a las necesidades básicas. En este sentido, “la proporción de los hogares en dificultad financiera afecta a

más de la mitad (61%) del quintil más pobre y casi la mitad (48%) en el quintil medio; en el quintil más rico, 37% de los hogares viven con una facilidad relativa financiera” (Herrera *et al.*, 2014, p.71).

Los datos presentados anteriormente nos indican que la posición social en la cual se encuentra Haití es crítica pero la magnitud de dicha situación se refleja más en los índices de desarrollo humano y de Gini.

Según PNUD (2015, p.2),¹⁴ la “noción de desarrollo humano se refiere al desarrollo de las personas para las personas y por las personas, mediante la creación de capacidad humana, la mejora de sus vidas y su participación activa en los procesos que determinan sus vidas”. Para medir el desarrollo humano, se considera generalmente tres dimensiones que son: la capacidad de vivir larga y saludable; capacidad de adquirir conocimientos y capacidad para lograr un nivel de vida digno (PNUD, 2015). El índice de desarrollo humano toma valores entre 0 y 1, donde el 0 representa el mínimo y 1 el máximo. Entonces, analizando la evolución del índice de desarrollo humano de Haití durante el periodo de 1990 a 2014, se puede decir que Haití no ha llegado a mejorar de manera significativa el desarrollo humano durante las últimas dos décadas ya que el IDH fue de 0.417 en 1990 contra 0.483 en 2014 (Ver Gráfica 2.2, Anexo 1).

Haití ocupa el último lugar (IDH muy bajo) en el Índice de Desarrollo Humano entre los 30 países de América Latina y el Caribe considerados (Ver Gráfica 2.3, Anexo 1). Por otra parte, el análisis del índice de Gini¹⁵ realizado para 14 países de América Latina y el Caribe nos indica que el valor de este índice para Haití se encuentra entre los más altos, es decir, Haití que es uno de los países que tienen las mayores desigualdades de ingreso en la región (Ver Gráfica 2.3, Anexo 1).

¹⁴ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

¹⁵ El índice de Gini permite destacar las desigualdades de ingresos en los países

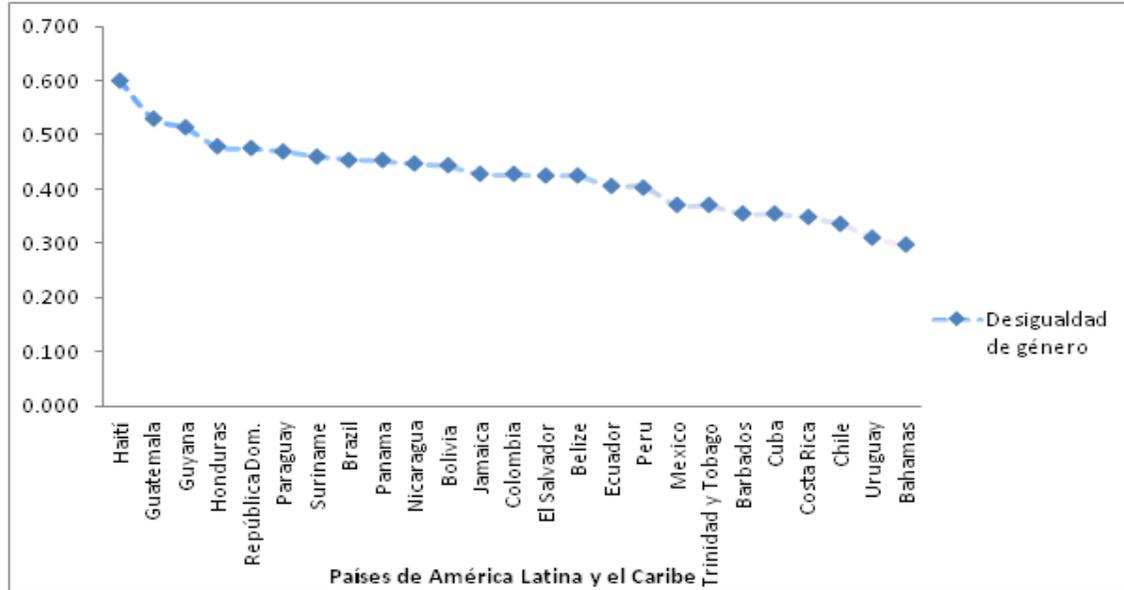
La situación de Haití en comparación con los países de la región es catastrófica, pero no sorprendente a la luz de las políticas adoptadas en las últimas décadas. Las principales acciones del Estado se resumen en una gestión de la emergencia¹⁶ pero no responden a políticas estructurales e institucionales para crear un marco de desarrollo sostenible basándose en el estudio de Dorvilier (2010) que presenta el fracaso del Estado en términos de políticas educativas y anticonceptivas. También, Tran (2011) pone de manifiesto la dependencia alimentaria del pueblo haitiano a los productos importados, mientras que el país tiene el potencial de producir los alimentos necesarios para satisfacer las necesidades de la población haitiana.

2.1.3. Desigualdad de género en Haití

El programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2015) diseñó un índice de desigualdad de género que expresa la pérdida de desarrollo humano potencial debida a la disparidad existente entre hombres y mujeres. Dicho índice se mide a partir de tres dimensiones, a saber, el empoderamiento, la salud reproductiva y el mercado laboral (PNUD, 2015). El análisis de este índice evidencia que en 2014 Haití presenta un índice de desigualdad de género más elevado que en el resto de países considerados en América Latina y el Caribe, es decir que Haití es el país más desigual en términos de género en la región mientras que Bahamas es el país que tiene una mayor igualdad de género según la Gráfica 2.4.

¹⁶ En el sentido de que los problemas no son estudiados extensamente con el fin de proporcionar soluciones sostenibles.

Gráfica 2.11. Índice de desigualdad de género de varios países de América Latina y el Caribe en 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos del programa de desarrollo de las Naciones Unidas. <http://hdr.undp.org/fr/data>

En la mayoría de los casos, las mujeres haitianas son dependientes de su cónyuge. Como lo señala Hurwitz (2013), las mujeres están en desventaja en lo económico, social, educativo y de salud en Haití. De hecho, las mujeres tienen menos escolaridad, tienen menos oportunidades de empleo y se excluyen parcialmente en la vida política del país.

“Las mujeres reciben salarios más bajos que los hombres, y representan 87% de la tercera parte de los ingresos más bajos en el sector informal y 83% en el sector formal, en comparación con una representación masculina de 69% y 44% respectivamente para los mismos ingresos” (Hurwitz, 2013, p. 6).

2.2. Algunos indicadores demográficos de Haití

Después de la proclamación de la independencia de Haití en 1804, la primera en América Latina, su población se estimó en 500,000 habitantes que vivieron en un área de 27,750 km². En el primer censo de población realizado en 1950, Haití tenía 3,097,220 habitantes, lo que se traduce en una tasa de crecimiento anual de 3.6%. En 2014, la

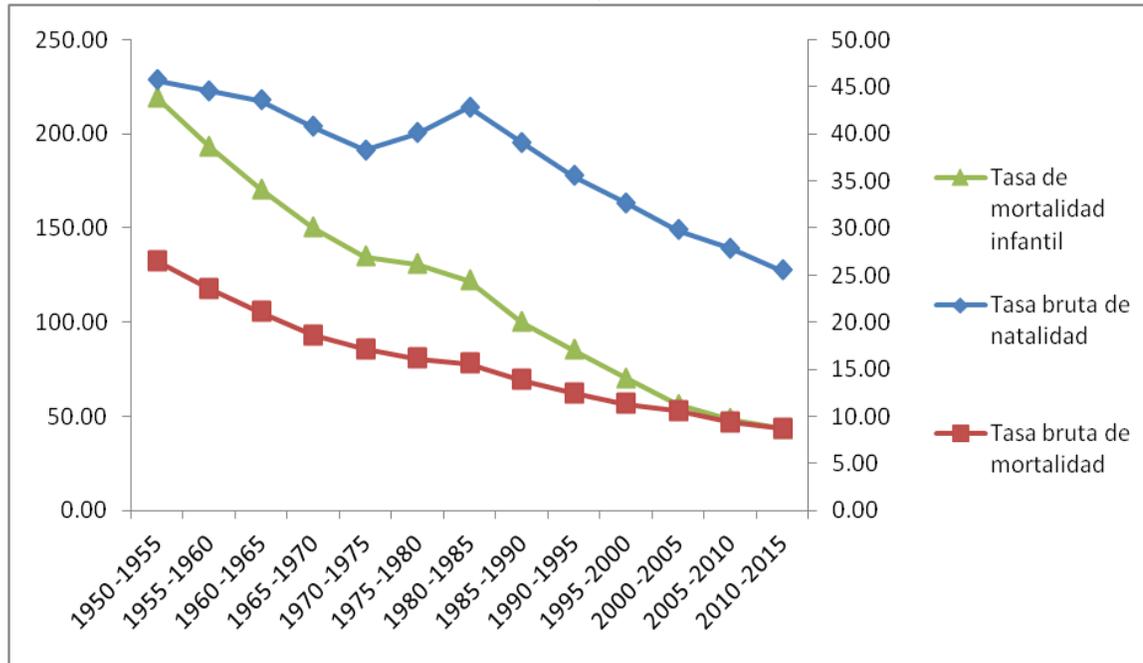
población se estima en 10,745,665 habitantes, con una tasa de crecimiento anual de 3.8% en comparación con la población de 1950. En menos de 65 años, la población de Haití ha aumentado de más de siete millones de habitantes.¹⁷ Actualmente, Haití es parte de los países que tienen una densidad de población más elevada de la América Latina y el Caribe. Más de un tercio de la población vive en la región Oeste donde se concentra la mayoría de las actividades generadoras de ingreso (IHSI, 2015).

Por otra parte, a partir de los años 1950, se observó un cambio de tendencia en cuanto a la transición demográfica en Haití ya que, desde dicha fecha, se registró un descenso considerable de los principales indicadores demográficos como la tasa de natalidad y la tasa de mortalidad. Este cambio se explica a partir de la difusión sociocultural y tecnológica que prevalecía en esa época y que tuvo un efecto significativo sobre los comportamientos reproductivos (Dorvilier, 2010). Aunque esta tendencia se interrumpió durante el período de 1970-1990 (aumento de la tasa de natalidad y el lento declive en la tasa de mortalidad) debido a la debilidad del Estado haitiano para establecer una política de planificación familiar capaz de satisfacer las necesidades de la población en términos de control de la fecundidad (Dorvilier, 2010).

Pero, los esfuerzos concertados de los diferentes actores internacionales, organizaciones no gubernamentales y al Ministerio de Salud Pública y de la Población, a partir de los años 1990, han dado lugar a estrategias sociales y de salud eficaces para la implementación de programas de planificación familiar adaptados a la realidad sociocultural y económica de Haití (Dorvilier, 2010). De hecho, la Gráfica 2.5 muestra a partir del periodo 1990-1995 un descenso continuo de la natalidad y de la mortalidad a un ritmo aparentemente similar.

¹⁷ Datos extraídos de la última estimación de población del Instituto Haitiano de Estadística e Informática (IHSI, por sus siglas en francés) en 2015.
http://www.ihsi.ht/pdf/projection/Estimat_PopTotal_18ans_Menag2015.pdf

Gráfica 01. Evolución de las tasas brutas de natalidad, de mortalidad y de mortalidad infantil en Haití, 1950-2015



Fuente: CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPALSTAT.
Base de datos de población.

http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=e

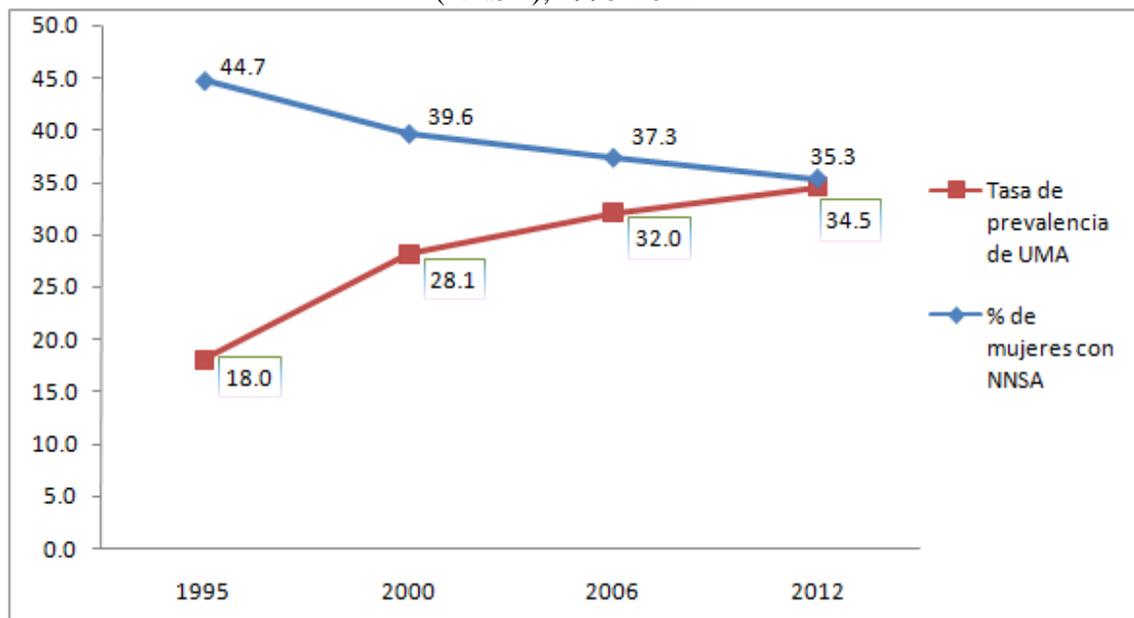
Existen otros factores como la educación, el nivel de bienestar económico que influyen sobre el descenso de las tasas de natalidad y de mortalidad (Dorvilier, 2010), pero la atención se centra en la accesibilidad de los productos de planificación familiar para la población haitiana ya que la anticoncepción representa un arma importante que puede favorecer el alcance de los Objetivos de Desarrollo Sostenible que buscan “asegurar, para 2030, el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y programas nacionales” (Galati, 2015, p.80).

La proporción de mujeres que utilizan métodos anticonceptivos es cada vez más importante en Haití. La última Encuesta de Mortalidad Morbilidad y Utilización de Servicios (EMMUS V, por sus siglas en francés) de 2012 en Haití reportó que, entre las mujeres unidas de 15-49 años en el momento de la encuesta, “34.5% utiliza un método anticonceptivo, esencialmente un método moderno (30.5%) y 4% utiliza un método

tradicional”; y esto es mucho mayor a lo reportado en 1995, cuando 18% de las mujeres unidas de 15-49 años utilizaban algún método al momento de la encuesta DHS 1995.

Por otra parte, la proporción de mujeres unidas en edad fértil que tienen necesidades no satisfechas de anticoncepción (Según las definiciones de Westoff, 1978; Bradley *et al.*, 2012) disminuyó, pasando de 44.7% en 1995 a 35.3% en 2012 (Ver Gráfica 2.6). Pero, este porcentaje de mujeres con necesidades no satisfechas de anticoncepción de 2012 es aún elevado. Entonces, eso requiere la atención de los diferentes actores de la salud para poner a disposición de las mujeres haitianas los métodos modernos de anticoncepción y trabajar para la mejora de sus condiciones de vida.

Gráfica 02. Mujeres en Haití: Evolución de la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos (UMA) anticoncepción y necesidades no satisfechas de anticoncepción (NNSA), 1995-2012



Fuente: Elaboración propia con base en los datos de las encuestas EMMUS II, EMMUS III, EMMUS IV y EMMUS V levantadas por la DHS

Analizando la evolución de los principales indicadores demográficos, es evidente que el país ha visto mejoras considerables en los últimos años, pero el caso de Haití sigue siendo particular en la región de América Latina y el Caribe. Se registra la tasa de

fecundidad más alta de la región en 2012 (3.5 según la EMMUS V frente a 2.12 en América Latina y el Caribe)¹⁸ y una tasa de crecimiento poblacional de 1.39 contra 1.11 para América Latina y el Caribe en 2012.¹⁹ Por otra parte, la tasa de mortalidad materna²⁰ es de las más elevadas en América Latina y el Caribe (350 por cada 100 mil mujeres haitianas contra 81 por la América Latina y el Caribe en 2010);²¹ de la misma manera, la tasa de mortalidad infantil²² es alta comparativamente con la región (56 muertes por cada 1000 niños haitianos nacidos vivos y 15 para la América Latina y el Caribe).²³

2.3. Realidad de los servicios de salud reproductiva en Haití

Resulta relevante analizar también la situación de los servicios de salud reproductiva en Haití, lo que obviamente se vincula con la mortalidad materna e infantil, así como con el uso de métodos anticonceptivos, en la medida que el principal objetivo de los programas

¹⁸ Naciones Unidas, 2013.

¹⁹Datos disponibles en la página Web de *Perspective monde* de la Universidad de Sherbrooke [fecha de consulta: 12 de febrero de 2016]. Sitio de *Perspective monde*: <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BilanEssai?codetheme=1&codeStat=SP.POP.GROW&anneeStat1=2012&codetheme2=2&codeStat2=x>.

²⁰ “La muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales” (UNICEF & WHO, 2008, p.4)

²¹ Documento técnico sobre “Articulación de Organizaciones de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe” *preparado bajo la coordinación de* Silvina Ramos, Ana Cristina González Vélez y Susana Chávez en 2014. [fecha de consulta: 19 de febrero de 2016]. Disponible en <http://www.mujaeresdelsur-afm.org>

²² “La mortalidad infantil (MI) se refiere a las muertes ocurridas durante el primer año de vida y se expresa como tasa por mil nacidos vivos (NV). Ha sido tradicionalmente considerado uno de los indicadores más sensibles de la situación de salud de una comunidad y también un buen indicador del nivel de vida” (Romero *et al.*, 1994)

²³ Datos disponibles en la página Web de *Perspective monde* de la Universidad de Sherbrooke [fecha de consulta: 12 de febrero de 2016]. Disponible en : <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BilanEssai?codetheme=1&codeStat=SP.DYN.IMRT.IN&anneeStat=2012&codetheme2=2&codeStat2=x>

de salud reproductiva implementados en Haití es contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna a nivel nacional ofreciendo los servicios de planificación familiar de calidad para satisfacer las necesidades de las mujeres en edad fértil en términos de anticoncepción (MSPP, 2015).

El sistema de salud haitiano está compuesto de 908 estructuras de servicios y de cuidados. La mayoría de estas instituciones son privadas (46.1%), 30.6% pertenecen al estado, en tanto que el resto (23.2%) son mixtas (MSPP, 2015). Dicho sistema está dividido en tres niveles: el primario, el secundario y el terciario. En el primario, se encuentran los servicios comunitarios de salud en las secciones comunales, los centros de salud en las comunidades y el hospital comunitario de referencia que se ubica en la capital del distrito.²⁴ El secundario se refiere a que ver con los hospitales regionales que tienen mayores capacidades en términos de oferta de servicios de salud y que constituyen los hospitales de referencia a nivel departamental. El terciario se refiere a las instituciones universitarias y especializadas a nivel nacional (MSPP, 2015).

Estas estructuras establecidas tienen una cobertura de 47% en términos de cuidados formales, es decir la mayoría de la población haitiana no tiene acceso a los servicios de salud (MSPP, 2015). Como menciona la encuesta sobre los productos y los servicios de salud reproductiva, la medicina tradicional representa un importante baluarte reduciendo el efecto de la incapacidad del sistema de salud en Haití. Las zonas rurales son las más afectadas por esta falta de servicios de salud reproductiva y no tienen suficientes centros de salud para satisfacer las necesidades de este segmento de la población haitiana (MSPP, 2015).

El acceso a la atención de la salud es cada vez más difícil debido a los costos de los servicios de salud reproductiva y al problema de la disponibilidad de los insumos en las instituciones de salud (MSPP, 2015). Las principales causas de la no disponibilidad de los insumos son “el retraso en la entrega por parte de la fuente principal de recuperación

²⁴ La capital del distrito es una ciudad de un distrito que tiene una gran representación del Estado y en la cual está concentrada la mayoría de las infraestructuras importantes.

y la falta de personal cualificado para ofrecer el servicio de anticoncepción más especializado” (MSPP, 2015, p.77). Según esta misma fuente, el dispositivo intrauterino (DIU), la vasectomía y la ligadura de trompas son los tres productos menos ofrecidos en los métodos modernos de anticoncepción, aunque los más ofrecidos son el condón masculino, las píldoras y los implantes.

Por otra parte, de acuerdo con el informe de la EMMUS V de 2012, más de 76% de las mujeres entrevistadas reportó que la falta de dinero es un desafío importante para el acceso a la asistencia sanitaria; 43% mencionó la distancia entre los centros de salud y de sus lugares de residencia como un factor de bloqueo al acceso a los servicios de salud, especialmente los servicios relacionados con la reproducción; 21% tiene temor de ir sola a los centros de salud (Cayemittes *et al.*, 2013).

La mayoría de las mujeres que consideran uno de estos tres elementos anteriormente citados como un obstáculo para el acceso a servicios de salud y planificación familiar, viven en zonas rurales, tienen un bajo nivel de escolaridad y pertenecen a un hogar situado en el quintil más bajo (Cayemittes *et al.*, 2013).

Aunque la accesibilidad a los servicios de salud reproductiva - particularmente a los métodos anticonceptivos - tiene un peso importante en el control de la fecundidad, otros factores como la violencia doméstica, la dependencia económica de la mujer y su falta de poder de decisión en el hogar y de autonomía pueden constituir un obstáculo a la satisfacción de sus necesidades de anticoncepción. En consecuencia, el énfasis no puede colocarse exclusivamente en la accesibilidad a los servicios de salud reproductiva sino en el empoderamiento de las mujeres para tomar decisiones respecto a su propia vida y a su vida reproductiva.

Para indagar sobre la relación entre la satisfacción de las necesidades de anticoncepción y los factores mencionados, en los siguientes capítulos se verán la metodología de investigación y los resultados a los que se llega.

Capítulo 3.

Metodología de investigación

Para seguir la idea de Cortés y León (2005) quienes presentan la metodología de investigación como un mecanismo que nos ayuda a definir de manera eficiente y eficaz un determinado proceso con el objetivo de alcanzar los resultados deseados, definimos, en tres grandes grupos, la estrategia de investigación considerada en el marco de este estudio. En primer lugar, planteamos las preguntas de investigación, los objetivos a alcanzar y las respuestas anticipadas de dichas preguntas (hipótesis). En segundo lugar, presentamos la fuente de datos, el diseño de la muestra utilizada y la definición de la submuestra bajo estudio. Finalmente exponemos la definición operacional de las diferentes variables relevantes para este ejercicio de investigación y la estrategia de análisis estadístico.

3.1. Preguntas de investigación

3.1.1. Pregunta general

¿Cómo influye el empoderamiento, o la falta del mismo, de las mujeres en la ocurrencia de necesidades no satisfechas de anticoncepción?

3.1.2. Preguntas específicas

1. ¿Cómo influye el poder de decisión económico de las mujeres en las necesidades no satisfechas de anticoncepción?
2. ¿Qué influencia tiene la autonomía de las mujeres sobre las necesidades no satisfechas de anticoncepción?
3. ¿Cuál es la relación que existe entre el poder de decisión de las mujeres en el hogar y las necesidades no satisfechas de anticoncepción?

4. ¿Cuál es la relación que existe entre el control coercitivo interpersonal sobre las mujeres en el hogar y las necesidades no satisfechas de anticoncepción?
5. ¿Cómo influye el acuerdo con la pareja en las preferencias del número de hijos sobre las necesidades no satisfechas de anticoncepción?
6. ¿Cómo influye la negociación en las relaciones sexuales sobre las necesidades no satisfechas de anticoncepción?
7. ¿Cuál es la relación que existe entre la actitud de las mujeres frente a la violencia doméstica y las necesidades no satisfechas de anticoncepción?

3.2. Objetivos

3.2.1. Objetivo general

Analizar los factores de empoderamiento de las mujeres que influyen en las necesidades no satisfechas de anticoncepción.

3.2.2. Objetivos específicos

1. Establecer la relación entre el poder de decisión económico de las mujeres y las necesidades no satisfechas de anticoncepción.
2. Analizar la relación entre la autonomía de las mujeres y las necesidades no satisfechas de anticoncepción.
3. Examinar la posible relación entre el poder de decisión de las mujeres en el hogar con las necesidades no satisfechas de anticoncepción
4. Determinar la relación existente entre el control coercitivo interpersonal y las necesidades no satisfechas de anticoncepción.
5. Analizar la relación existente entre el acuerdo con la pareja en las preferencias del número de hijos y las necesidades no satisfechas de anticoncepción.

6. Examinar la influencia de la negociación en las relaciones sexuales sobre las necesidades no satisfechas de anticoncepción.

7. Determinar la relación existente entre la actitud de las mujeres frente a la violencia doméstica y las necesidades no satisfechas de anticoncepción.

3.3. Hipótesis de investigación

De estos objetivos, planteamos las siguientes hipótesis:

3.3.1. Hipótesis general

Diversos factores de empoderamiento de las mujeres como el poder de decisión económico, la autonomía, el poder de decisión en el hogar, el control coercitivo interpersonal, el acuerdo en las preferencias del número de hijos, la negociación en las relaciones sexuales y la actitud frente a la violencia doméstica se asocian a las necesidades no satisfechas de anticoncepción por parte de las mujeres. El sentido de estas relaciones se plantea en las siguientes hipótesis específicas.

3.3.2. Hipótesis específicas

1. Un mayor nivel en el poder de decisión económico de la mujer se relaciona con una menor propensión de tener necesidades no satisfechas de anticoncepción.

2. Las mujeres con mayor nivel de autonomía son menos propensas a experimentar necesidades no satisfechas de anticoncepción.

3. Las mujeres con mayor nivel de poder de decisión en el hogar son menos propensas a tener necesidades no satisfechas de anticoncepción.

4. Un menor control coercitivo interpersonal sobre las mujeres tiende a disminuir la propensión de tener necesidades no satisfechas de anticoncepción.

5. Un mayor acuerdo de la pareja en las preferencias del número de hijos implica una menor propensión de tener necesidades no satisfechas de anticoncepción.

6. Las mujeres con mayor capacidad de negociar sus relaciones sexuales son menos propensas de tener necesidades no satisfechas de anticoncepción.

7. Una actitud de rechazo de la mujer frente a la violencia doméstica, implica una menor propensión de tener necesidades no satisfechas de anticoncepción.

3.4. Fuente de datos y diseño de la encuesta

3.4.1. Descripción de la encuesta EMMUS-V

Como ha sido planteado anteriormente, la investigación pretende dar respuesta a cuáles son los factores relacionados con las necesidades no satisfechas de anticoncepción por parte de las mujeres, especialmente de las mujeres unidas. La investigación de carácter explicativo como la que se piensa llevar a cabo, implica consolidar y analizar datos cuantitativos que permitan conocer las características socioeconómicas, sociodemográficas, y de empoderamiento que influyen sobre las necesidades no satisfechas de anticoncepción en las mujeres haitianas. Para ello, se utilizará la más reciente encuesta levantada por el Instituto Haitiano de la Infancia (IHE) en colaboración con el Instituto Haitiano de Estadística e Informática (IHSI) sobre la temática en Haití, conocida como la Encuesta de Mortalidad Morbilidad y Utilización de Servicios V - EMMUS V de 2012. Esta encuesta se encuadra dentro del conjunto de encuestas DHS, y su diseño estandarizado permite comparar a Haití con otros países del mundo.

3.4.2. Estructura muestral de la encuesta EMMUS-V

La EMMUS-V tiene como objetivo recopilar, analizar y difundir datos demográficos y de salud focalizándose sobre la fecundidad, la planificación familiar, la salud, el estado nutricional de la madre y el niño, ciertas enfermedades transmisibles como el cólera, la malaria y el VIH/SIDA. El método de muestreo es probabilístico, poliétapico, estratificado en dos grados, tiene como marco de referencia la población de mujeres de

15-49 años, los niños de menos de 5 años y los hombres de 15-59 años (Cayemittes *et al.*, 2013).

En la primera etapa, a partir de un muestreo sistemático con probabilidad proporcional al tamaño, se escogieron 445 conglomerados llamados Secciones de Enumeración - SDE²⁵ - o Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB), de los cuales 400 provienen²⁶ del Censo General de Población y de Hábitat 2003, y 45 de la estimación de la Organización Internacional de Migración (OIM) hecha sobre los campos de alojamiento de las víctimas del terremoto que sucedió en Haití el 12 de enero de 2010. En la segunda etapa, se seleccionó una muestra de 13,388 hogares en los 445 conglomerados mencionados, utilizando un muestro sistemático con misma probabilidad. Las unidades de observación de la EMMUS-V son los individuos residentes en los diferentes hogares ordinarios del país, a los que les fue aplicado el cuestionario de la Encuesta (Cayemittes *et al.*, 2013).

3.4.3. Definición de la submuestra bajo estudio

En un primer nivel, se considera las mujeres unidas porque se busca analizar la relación de empoderamiento en el marco de la relación de pareja. En función de esta consideración, se toman en cuenta solamente 7,808 mujeres en edad fértil que vivían en pareja al momento de la encuesta utilizando el ponderador²⁷ definido para la muestra de mujeres (Ver Cuadro 3.1).

²⁵ Por sus siglas en francés

²⁶ Dentro de las cuales 256 viven en zonas rurales y 144 en zonas urbanas.

²⁷ Datos ponderados. La DHS tiene una variable que permite ponderar todas las tabulaciones producidas utilizando la base de datos construida a partir de la muestra de mujeres. El ponderador se calcula a partir de esta fórmula: $V005/1000000$, con V005 la variable “ponderador de la muestra” (MEASURE, 2008).

Cuadro 3.1. Distribución de las mujeres entrevistadas según su estatus marital, DHS de Haití de 2012

Estatus marital	Frecuencia absoluta		Frecuencia relativa (%)	
	Ponderada	No ponderada	Ponderada	No ponderada
Mujeres no unidas	6479	6438	45.35	45.06
Mujeres unidas	7808	7849	54.65	54.94
Total	14287	14287	100.00	100.00

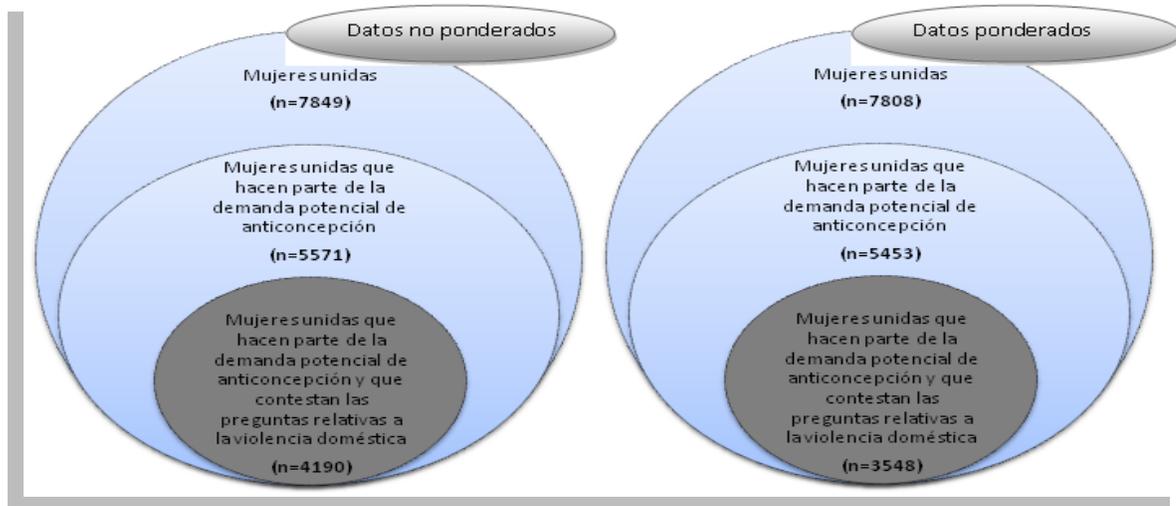
Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-EMMUS-V, 2012.

Por otra parte, en el grupo de mujeres unidas, tenemos las que satisfacen sus necesidades de anticoncepción, las que tienen necesidades no satisfechas de anticoncepción y las que no usan métodos anticonceptivos y que no tienen necesidades no satisfechas. En la última categoría, se encuentran las menopáusicas, las infértiles y las que querían el embarazo actual/el último nacido en ese momento que no es importante para los fines de políticas públicas en términos de programas de planificación familiar. En un segundo nivel de muestra, seleccionamos a las mujeres que hacen parte de la demanda potencial de anticoncepción, es decir las mujeres que usan métodos anticonceptivos y las que tienen necesidades no satisfechas de anticoncepción usando el ponderador de la muestra de mujeres definido anteriormente (**n= 5,453**).

En un tercer nivel, dentro de las mujeres unidas que forman parte de la demanda potencial de anticoncepción, el presente trabajo se focaliza en las que contestan las preguntas sobre violencia doméstica en la encuesta EMMUS V ya que la violencia doméstica representa un indicador importante que se ubica en la dimensión familiar e interpersonal del empoderamiento de las mujeres. En este nivel, tenemos dos ponderadores diferentes: uno se asocia a la muestra de mujeres y el otro se asocia a las que contestan las preguntas relativas a la violencia doméstica. Resulta más apropiado usar el ponderador²⁸ relativo a la muestra de violencia doméstica. En la Gráfica 3.1 se presenta la submuestra considerada en el presente trabajo (**n= 3,548**).

²⁸ La base de datos EMMUS V de Haití tiene una variable que permite ponderar todas las tabulaciones producidas utilizando la sección de violencia doméstica. El ponderador se calcula a partir de esta fórmula:

Gráfica 3.41. Definición de la muestra de mujeres unidas considerada en el estudio



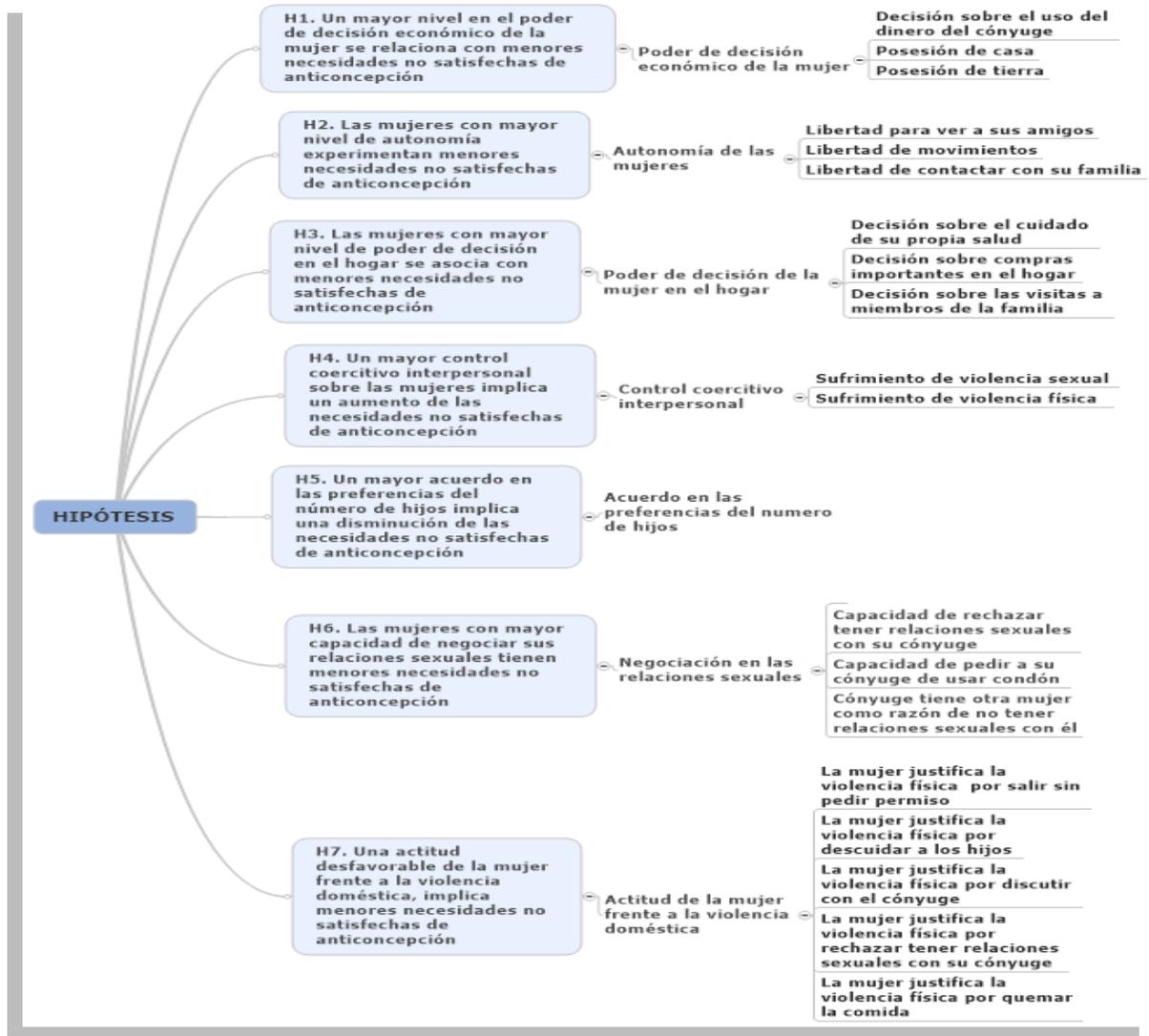
Fuente: Elaboración propia

3.5. Definición operacional de las variables bajo estudio

Este estudio tiene como objetivo analizar la relación entre la variable dependiente (necesidades no satisfechas de anticoncepción) y los factores de empoderamiento de las mujeres. Como la mayoría de los trabajos mencionados apuntan, para efectos del presente trabajo se consideran variables de control relacionadas con el número de hijos nacidos vivos, el nivel socioeconómico del hogar, la situación ocupacional, el nivel de educación de las mujeres, el lugar de residencia con las necesidades no satisfechas de anticoncepción. Igualmente son incluidos factores como la edad de la mujer y su conocimiento sobre los métodos anticonceptivos modernos. A continuación vemos en la Gráfica 3.2, el esquema operativo utilizado para verificar las hipótesis de investigación.

d005/1000000, con d005 la variable “ponderador de la muestra de violencia doméstica” (MEASURE, 2008).

Gráfica 3.51. Presentación del esquema operacional del estudio



Fuente: Elaboración propia

3.5.1. Variable de “necesidades no satisfechas de anticoncepción”

La última revisión del concepto de “necesidades no satisfechas de anticoncepción” realizada por Bradley *et al.* (2012) menciona tres grandes grupos de clasificación de las mujeres actualmente unidas: las que usan métodos anticonceptivos, las que tienen necesidades no satisfechas de anticoncepción y las que no usan y que no tienen necesidades no satisfechas de anticoncepción:

- Primero, las mujeres que usan métodos anticonceptivos. Dentro de este grupo, existen mujeres que usan métodos anticonceptivos para limitar y otras para espaciar. Las mujeres esterilizadas o que no desean tener más hijos son clasificadas en la categoría de mujeres que usan métodos anticonceptivos para limitar; por otra parte, las mujeres que están indecisas sobre si quieren un hijo (o más hijos) y las que quieren un hijo u otro hijo más tarde se incluyen dentro del grupo de mujeres que usan métodos de anticoncepción para espaciar;

- Segundo, las mujeres que tienen necesidades no satisfechas de anticoncepción (NNSA). Las mujeres que tienen necesidades no satisfechas de anticoncepción son divididas en dos grupos: necesidades no satisfechas de anticoncepción para limitar (NNSAL) y necesidades no satisfechas de anticoncepción para espaciar (NNSAE). Dentro del grupo de NNSAL se encuentran: las mujeres embarazadas que respondieron que no deseaban el embarazo y además que no quieren más hijos; las mujeres en período de amenorrea posparto que respondieron que no deseaban al último hijo y además que no quieren más hijos; aquellas que son fértiles y no están usando métodos anticonceptivos y respondieron que no desean más hijos. Dentro del grupo de NNSAE, están aquellas embarazadas que dijeron que hubieran deseado el embarazo después de dos años; las mujeres en período de amenorrea postparto que dijeron que hubieran preferido tener al último hijo más tarde; aquellas que son fértiles y no están usando métodos anticonceptivos que respondieron que desean tener hijos después de dos años;

- En la última categoría, se encuentran las que no requieren usar métodos anticonceptivos (como las que son fértiles y desean tener hijos en los siguientes dos años y las que son infértiles o menopáusicas).

Para esta investigación se considerará la comparación entre aquellas que están utilizando métodos anticonceptivos y las que tienen necesidades no satisfechas de anticoncepción.

Entonces, la codificación de la variable de “necesidades no satisfechas de anticoncepción” se realizó de la siguiente manera:

a) Uso de métodos anticonceptivos o necesidades satisfechas de anticoncepción (NSA)
(Código 0)

b) Necesidades no satisfechas de anticoncepción (NNSA) (Código 1)

3.5.2. Variables de empoderamiento de las mujeres

En el marco del presente trabajo, se consideran tres de las dimensiones del empoderamiento de las mujeres: dimensión económica, sociocultural y familiar e interpersonal.

3.5.2.1. Dimensión económica

La dimensión económica es medida por el índice de poder de decisión económico que se construye a través de tres indicadores: la decisión sobre el uso del dinero del cónyuge como un indicador fundamental en el poder económico de las mujeres, la propiedad de casa y la propiedad de tierra como bienes económicos que fortalecen las habilidades de las mujeres en la toma de decisiones económicas en el hogar.

1. Índice de poder de decisión económico

Las variables que se incluyen en la construcción del índice de poder decisión económico son: decisión sobre el uso del dinero del cónyuge, propiedad de casa y propiedad de tierra. La variable “decisión sobre el uso del dinero del cónyuge” se ha codificado de la manera siguiente: (1= participa en la decisión; 0= no participa). Las variables de propiedad de tierra y de casa se codificaron de la misma manera: (1= Posee sola o junta, 0= No posee).²⁹

²⁹ En las sociedades donde el machismo y la subordinación de las mujeres son muy persistentes como Haití, el hecho de que las mujeres participen en las decisiones quiere decir que tienen un cierto grado de poder de decisión en el hogar ya que, generalmente la mujer es subordinada a aceptar la decisión del cónyuge. Entonces, parece relevante diferenciar estos grupos en el orden de importancia de poder de decisión económico.

Para construir el índice de poder de decisión económico, agrupamos las variables - Decisión sobre el uso del dinero del cónyuge, propiedad de tierra y de casa - en un solo indicador a partir de un análisis factorial con componentes principales utilizando la matriz de correlación tetracórica³⁰ dado que las variables son dicotómicas. Una vez obtenida la matriz de coeficientes de correlación tetracórica, se generó el análisis de factores con componentes principales (Ver Cuadro 3.2, Anexo 2).

El resultado del análisis factorial en componentes principales a partir de la correlación tetracórica indica que solamente el factor 1 tiene un valor propio superior a 1; y además, explica 62.14% de la variabilidad del grupo de variables (Ver Cuadro 3.3, Anexo 2). De hecho, se puede construir el índice sumando las tres variables. Con el resultado obtenido, categorizamos el índice en tres niveles: Poder de decisión económico bajo cuando el índice toma los valores 0 y 1; poder de decisión económico medio cuando el índice toma el valor 2; poder de decisión económico alto cuando el índice toma el valor 3. Además, se calculó el *alpha* de Cronbach para estas tres variables que nos permite deducir una consistencia aceptable del índice de poder de decisión económico (Alpha de Cronbach= 0.6308 > 0.6).

3.5.2.2. Dimensión sociocultural

Para medir la dimensión sociocultural, se construyó el índice de autonomía de las mujeres que se define a partir de la libertad de movimientos y de acciones, es decir una mujer autónoma no tiene que pedir permiso a su cónyuge para tomar iniciativas o acciones respecto a su propia vida (Casique, 2001).

³⁰ Las variables que utilizamos para construir el índice de poder de decisión económico no cumplen con el supuesto de continuidad y no tienen una distribución normal multivariada. Entonces, se usa la correlación tetracórica que es una técnica de análisis multivariado que permite estudiar la relación entre variables dicotómicas (Escoto Castillo, 2010).

1. Índice de autonomía de las mujeres

La encuesta DHS de 2012 de Haití incluye pocas preguntas que reflejen de manera directa la autonomía de la mujer, pero existe un conjunto de preguntas que se focalizan en la relación de la mujer con su pareja. Estas preguntas pueden permitirnos construir el índice de autonomía de las mujeres (IAM).

Entonces, las preguntas que entran en la construcción del índice de autonomía de las mujeres son las siguientes:

1. ¿El cónyuge no permite a la mujer ver a sus amigos?
2. ¿El cónyuge trata de limitar el contacto de la mujer con su familia?
3. ¿El cónyuge quiere controlar los movimientos de la mujer?

Estas preguntas tienen que ver con la libertad de movimientos de las mujeres y las capacidades a tomar sus propias iniciativas. Para llegar a la construcción del índice de autonomía de las mujeres, es importante recodificar las preguntas para determinar un orden ascendente entre las alternativas de respuestas posibles donde el código 1 quiere decir que la mujer tiene libertad de actuar y el código 0 si esta posibilidad está negada. Las otras alternativas de respuestas de “no sabe” o “no aplica” son consideradas como “missing” ya que no aportan información pertinente al estudio de la autonomía de las mujeres.

Es importante integrar en un solo indicador estas preguntas mediante un análisis factorial. Una vez transformadas las variables, se realizó una correlación tetracórica dado que dichas variables son dicotómicas. Una vez obtenida la matriz de coeficientes de correlación tetracórica, se generó un análisis de factores con componentes principales (Ver Cuadro 3.4, Anexo 2).

El resultado del análisis factorial con componentes principales nos revela que solamente el factor 1 tiene un valor propio superior a 1. Dicho factor explica casi 82% de la variabilidad del grupo de variables consideradas en la construcción del índice (Ver

Cuadro 3.5, Anexo 2). El índice se construye sumando las variables que hacen parte del único factor que tiene un valor propio superior a 1. En este caso, categorizamos el índice en tres niveles: nivel de autonomía bajo cuando el índice toma el valor 0; nivel medio de autonomía cuando el índice toma los valores 1 y 2; nivel de autonomía alto cuando el índice toma el valor 3. Por otra parte, el *alpha* de Cronbach nos indica que el índice de autonomía de las mujeres construido a partir de las tres variables tiene una buena consistencia interna ($\text{Alpha} = 0.6594 > 0.6$).

3.5.2.3. Dimensión familiar e interpersonal

Para medir la dimensión familiar e interpersonal, consideramos cinco indicadores: poder de decisión en el hogar, control coercitivo interpersonal, acuerdo en las preferencias del número de hijos, negociación en las relaciones sexuales y actitud frente a la violencia doméstica.

1. Índice de poder de decisión en el hogar

El índice de poder de decisión en el hogar permite evaluar la capacidad o la influencia de las mujeres para participar en el proceso de toma de decisiones en torno a su pareja o familia (Casique, 2014). Este indicador no es observable en la encuesta de EMMUS V. Sin embargo, se encuentra un conjunto de variables en el cuestionario de mujeres (sección W01 hasta sección W80) relativas a su intervención en las decisiones cotidianas en el hogar. La encuesta menciona siete preguntas que tienen relación con el poder de decisión en el hogar. Pero tres de estas preguntas mencionadas en el cuestionario de la EMMUS V (¿Quién decide cuáles alimentos cocinar cada día?, ¿Quién decide sobre las compras del hogar para satisfacer las necesidades diarias?, ¿Quién decide si usted debe trabajar para ganar dinero?) no tienen, lamentablemente, ninguna información. Por lo tanto, las preguntas que entran en la construcción del índice de poder de decisión son las siguientes:

- a. Generalmente, ¿quién decide respecto al cuidado de su propia salud?
- b. Generalmente, ¿quién decide sobre las compras importantes en el hogar?
- c. Generalmente, ¿quién decide sobre las visitas a miembros de la familia?

Para estas preguntas, se dieron dos posibles respuestas: 1= mujer participa en la decisión; 0= mujer no participa. En la construcción del índice de poder de decisión en el hogar, se considera como “casos perdidos” la alternativa de respuesta “no aplica”. También, es pertinente señalar que existen ciertas preguntas de la encuesta (como decisión sobre el uso del dinero de la mujer, decisión sobre el número de hijos a tener, decisión sobre el uso de anticoncepción) que no entran en el cálculo del índice de poder de decisión en el hogar por escasez de casos ya que estas preguntas fueron planteadas solamente a las mujeres que trabajan o usan métodos anticonceptivos. Además, la encuesta no pregunta sobre la decisión de tener hijos sino si la mujer quiere el mismo número o no de hijos que su cónyuge, y se utilizará esta última variable.

Para construir un índice que nos permita tener una percepción global sobre la toma de decisiones en el hogar, se hace un análisis factorial con componentes principales agrupando estas tres preguntas en un solo indicador (índice de poder de decisión en el hogar). Una vez transformadas las variables, se realizó una correlación tetracórica³¹ dado que las variables consideradas son dicotómicas. Una vez obtenida la matriz de coeficientes de correlación tetracórica, se generó el análisis de factores con componentes principales (Ver Cuadro 3.6, Anexo 2).

Con las tres variables, se encuentra que solamente el factor 1 tiene un valor propio superior a 1; y además, explica 73.18% de la variabilidad del grupo de variables (Ver Cuadro 3.7, Anexo 2). Por tanto, el índice se puede construir con la simple adición de las tres variables. Por otra parte, es posible categorizar el índice de poder de decisión en el hogar considerando tres niveles: poder de decisión bajo cuando el índice toma los

³¹ Es un tipo de correlación aplicada a variables dicotómicas.

valores 0 y 1; poder de decisión medio cuando el índice toma el valor 2; poder de decisión alto cuando el índice toma el valor 3. Además, el alpha de Cronbach igual a 0.6274 nos indica que el índice de poder de decisión construido a partir de las tres variables tiene una buena consistencia interna.

2. Control coercitivo interpersonal

Otro de los indicadores de la dimensión familiar e interpersonal del empoderamiento de las mujeres considerados en el presente trabajo de investigación es “el control coercitivo interpersonal” definido por Mason y Smith (2003) como el control que ejerce el cónyuge sobre la mujer por medio del uso de la fuerza o por la intimidación.

El control coercitivo interpersonal es uno de los indicadores considerados en la dimensión familiar e interpersonal del empoderamiento de las mujeres considerados en el presente trabajo de investigación. Dicho indicador está definido por Mason y Smith (2003) como el control que ejerce el cónyuge sobre la mujer por medio del uso de la fuerza o por la intimidación y es medido por dos variables definidas en la EMMUS V que parecen relevantes en el estudio de las necesidades no satisfechas de anticoncepción:

- Experiencia de violencia sexual
- Experiencia de violencia física.

En un primer momento, intentamos construir un índice de control coercitivo interpersonal a partir de dos variables relacionadas con la violencia (experiencia de violencia física, experiencia de violencia sexual) pero el alpha de Cronbach ($0.4478 < 0.6$) nos indica que no se puede reducir estas dos variables en un solo índice, por tal razón se decide incluirlas en el análisis como dos variables separadas.

3. Acuerdo en las preferencias del número de hijos

Como definen Do y Kurimoto (2012), la variable “acuerdo en las preferencias sobre el número de hijos deseados” es parte de la dimensión familiar e interpersonal del empoderamiento de las mujeres. Dicha variable que se encuentra en la base de datos de EMMUS V es codificada en el presente trabajo de manera siguiente: 1= El cónyuge quiere el mismo número de hijos que la mujer; 0= No o no sabe.

4. Negociación en las relaciones sexuales

La negociación en las relaciones sexuales está incluida en la propuesta de Do y Kurimoto (2012) como un indicador de la dimensión familiar e interpersonal. Respecto a las limitaciones de la base de datos, dicho indicador se mide a través de tres variables solamente: capacidad de rechazar tener relaciones sexuales (1=Si; 0=No), capacidad de pedir al cónyuge de usar condón (1=Si; 0=No), cónyuge tiene otra mujer como justificación de no tener relaciones sexuales con él (1=Si; 0=No).

Con el objetivo de construir un índice de negociación de las relaciones sexuales, se hace un análisis factorial con componentes principales agrupando estas tres preguntas en un solo indicador. Una vez transformadas las variables, se realizó una correlación tetracórica³² dado que las variables consideradas son dicotómicas. Una vez obtenida la matriz de coeficientes de correlación tetracórica, se generó el análisis de factores en componentes principales (Ver Cuadro 3.8, Anexo 2).

Se encuentra a partir del análisis factorial que solamente el factor 1 tiene un valor propio superior a 1; y además, explica 66.47% de la variabilidad del grupo de variables (Ver Cuadro 3.9, Anexo 2), por lo que el índice se construye simplemente sumando las tres variables. Por otra parte, es posible categorizar el índice de negociación en las relaciones sexuales considerando tres niveles: nivel de negociación bajo cuando el índice toma los

³² Es un tipo de correlación aplicada a variables ordinales, también a variables mixtas (dicotómicas, ordinales y continuas).

valores 0 y 1; nivel de negociación medio cuando el índice toma el valor 2; nivel de negociación alto cuando el índice toma el valor 3. Además, el *alpha* de Cronbach correspondiente a este índice tiene un valor de 0.6091, lo que indica que el índice de negociación en las relaciones sexuales tiene una consistencia interna aceptable.

5. Actitud frente a la violencia doméstica

Este trabajo de investigación considera, como otros autores (Malhotra *et al.*, 2002; Jejeebhoy, 1997; Kabeer, 2001; Do y Kurimoto, 2012), la actitud de las mujeres frente a la violencia doméstica como un indicador de la dimensión familiar e interpersonal del empoderamiento de las mujeres. Como lo describimos anteriormente, la violencia doméstica es un fenómeno muy presente en Haití. Mientras que muchos debates y esfuerzos se han hecho en las últimas décadas para llegar de manera efectiva al respeto de los derechos reproductivos, sociales, económicos y políticos de las mujeres, el nivel de marginación social y la subordinación son aún importantes; lo demuestran primariamente los resultados de la Encuesta EMMUS V de 2012 que reportan que 28% de las mujeres han sufrido violencia física desde la edad de 15 años (Cayemittes *et al.*, 2013). En tales condiciones, parece importante tener en cuenta la violencia doméstica en el estudio del empoderamiento de las mujeres.

En la sección M71 de la Encuesta de la DHS de Haití del 2012, relativa a la ocupación y estatus laboral de las mujeres, se presentaron varias preguntas sobre la actitud de las mujeres frente a la violencia doméstica (v744a hasta v744e).³³ Estas preguntas nos permiten construir el índice de actitud frente a la violencia doméstica.

Entonces, las preguntas que entran en la construcción del índice de actitud frente a la violencia doméstica son las siguientes:

³³Tomado del documento de la nueva codificación de la DHS en 2013:http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/DHSG4/Recode6_DHS_22March2013_DHSG4.pdf

1. ¿La violencia física está justificada si la mujer sale sin pedir permiso?
2. ¿La violencia física está justificada si la mujer descuida a los hijos?
3. ¿La violencia física está justificada si la mujer discute con su cónyuge?
4. ¿La violencia física está justificada si la mujer rechaza tener relaciones sexuales con su cónyuge?
5. ¿La violencia física está justificada si a la mujer se le quema la comida?

Para calcular el índice, el primer paso es recodificar las variables dando un orden ascendente a las alternativas de respuestas posibles. En este sentido, el código 1 está atribuido a las mujeres que tienen una actitud negativa frente a la violencia doméstica y el código 0 cuando las mujeres están de acuerdo con el maltrato para los diferentes casos enumerados anteriormente. Las alternativas de respuestas “no sabe” o “no aplica” son consideradas como “casos perdidos” ya que no aportan información en el establecimiento de relación entre las mujeres que están de acuerdo o no al maltrato.

Para integrar estas cinco variables en un solo indicador que se llama “índice de actitud frente a la violencia doméstica”, utilizamos el análisis factorial con componentes principales mediante una correlación tetracórica dado que las variables son dicotómicas (Ver Cuadro 3.10, Anexo 2).

El resultado del análisis factorial nos indica que solamente el factor 1 tiene un valor propio superior a 1; y dicho factor explica casi 80% de la variabilidad de los datos (Ver Cuadro 3.11, Anexo 2). El índice se construye sumando las cinco variables relacionadas a la actitud frente a la violencia doméstica. Por otra parte, el índice quedó en dos categorías: las mujeres que aceptan la violencia doméstica cuando dicho índice toma los valores 0 a 4 y las que rechazan la violencia doméstica cuando el índice toma el valor 5. También, el *alpha* de Cronbach, igual a 0.7493, indica que tiene una buena consistencia interna.

El cuadro siguiente presenta un resumen de la operacionalización de los indicadores de empoderamiento de las mujeres.

Cuadro 3.12. Operacionalización de los indicadores del empoderamiento de las mujeres

Perspectiva teórica	Dimensiones	Variables	Definición operacional
Indicadores de empoderamiento de las mujeres	Dimensión económica	Niveles de poder de decisión económico	0: bajo 1: medio 2: alto
	Dimensión sociocultural	Niveles de autonomía de las mujeres	0: bajo 1: medio 2: alto
	Dimensión familiar e interpersonal	Niveles de poder de decisión en el hogar	0: bajo 1: medio 2: alto
		Experiencia de violencia física	1: Si 0: No
		Experiencia de violencia sexual	1: Si 0: No
		Acuerdo en las preferencias del número de hijos	1: Si 0: No o no sabe
		Niveles de negociación en las relaciones sexuales	0: Bajo 1: Medio 2: Alto
Actitud frente a la violencia doméstica	1: Rechazo 0: Aceptación		

Fuente: Elaboración propia a partir de la DHS de 2012 de Haití

3.5.3. Variables derivadas de las características sociodemográficas y socioeconómicas

Algunas variables sociodemográficas y socioeconómicas (Índice de conocimiento de anticoncepción, condiciones socioeconómicas del hogar, edad fértil, hijos nacidos vivos, lugar de residencia, nivel de escolaridad, situación ocupacional) relativas a las mujeres

bajo estudio son consideradas en el presente trabajo de investigación como variables de control en el estudio de la relación entre los factores de empoderamiento de las mujeres y las necesidades no satisfechas de anticoncepción.

1. Índice de conocimiento de anticoncepción

Diferentes estudios citados anteriormente (Bongaarts y Bruce, 1995; Casterline y Sinding, 2000; Yang, 2013) establecieron la relación entre el uso de métodos de anticoncepción y conocimiento de anticoncepción. Entonces, esta variable parece importante en este estudio de investigación. La encuesta indaga sobre el conocimiento de la entrevistada respecto a los diferentes tipos de métodos anticonceptivos.

En este caso, vamos a considerar los métodos modernos como: Píldora, Dispositivo intrauterino, Inyectables, Condón femenino, Esterilización femenina, Esterilización masculina, Implantes, Condón masculino y amenorrea por amamantamiento; y los métodos tradicionales como método del ritmo y retiro.³⁴ Por ausencia de información al respecto, los métodos como diafragma y abstinencia no son tomados en cuenta en la construcción del índice. También, omitimos los métodos folklóricos ya que dichos métodos dependen de la cultura de cada país y no permiten comparar la situación de un país a otro en términos de anticoncepción.

Por otra parte, hubiera sido pertinente tomar en cuenta el conocimiento de las mujeres unidas sobre la anticoncepción de emergencia³⁵ respecto a la eficacia de este método que permite a las mujeres evitar un embarazo y satisfacer sus necesidades reproductivas como lo plantearon Palermo *et al.* (2015) en su estudio sobre el conocimiento y uso de

³⁴ Esta presentación de los diferentes métodos proviene de la revisión de la DHS para MEASURE DHS/ICF Internacional en Marzo de 2013.

³⁵ La anticoncepción de emergencia no es considerada como un método de planificación familiar como tal pero es un método eficaz para evitar un embarazo después de una relación sexual sin protección dentro del plazo de varias horas o pocos días; además, sus efectos secundarios son muy escasos (Hernández *et al.*, 2007).

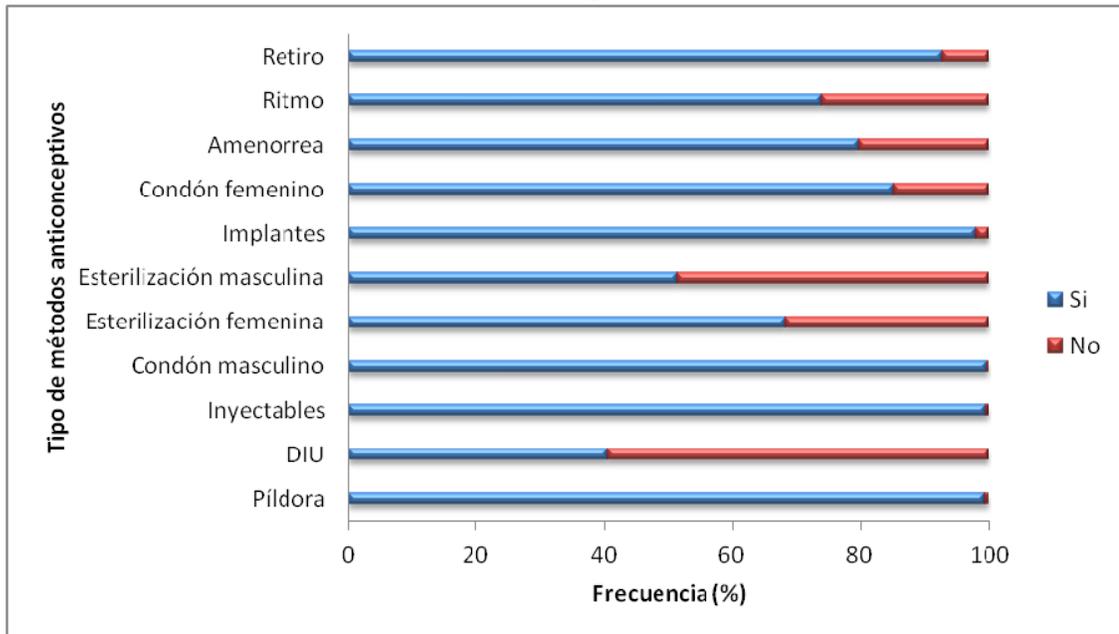
anticoncepción de emergencia. También, hubiera sido deseable contar con información sobre conocimiento espontáneo³⁶ de anticoncepción. Pero, la base de datos utilizada (EMMUS V) no nos permite incluir estas informaciones importantes ya que no hay ninguna pregunta correspondiente al conocimiento de anticoncepción de emergencia ni de conocimiento espontáneo de métodos anticonceptivos.

Entonces, construimos el índice de conocimiento de anticoncepción a partir de la pregunta sobre el conocimiento o no de cada método. Para calcular el índice, el primer paso es recodificar las variables de manera que el código 1 está atribuido a las mujeres que contestan de manera favorable al conocimiento del método de anticoncepción y el código 0 cuando las mujeres niegan la existencia del método anticonceptivo. La alternativa de respuesta “no aplica” es considerada como “casos perdidos” ya que no aporta información en el establecimiento de relación entre las mujeres que tienen conocimiento o no de los métodos de anticoncepción.

A partir de los resultados de la siguiente Gráfica 3.3, podemos decir que la mayoría de las mujeres conocen cada método anticonceptivo considerado excepto el DIU, respecto al cual la mayoría de las mujeres no tienen conocimiento. Entonces, para tener una percepción global de este resultado, integramos estas 11 variables en un solo indicador que es el “índice de conocimiento de anticoncepción” usando el análisis factorial con componentes principales asociado a una matriz de correlación tetracórica ya que los ítems son dicotómicos (Ver Cuadro 3.13, Anexo 2).

³⁶ Este término es introducido en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) con el objetivo de estudiar el conocimiento de las entrevistas de al menos un método anticonceptivo. Existen varias ENADID que son realizadas a lo largo del tiempo pero la referencia que tomamos es la de 2014 que han hecho el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

Gráfica 3.1. Distribución de las mujeres unidas en función del conocimiento de los tipos de métodos anticonceptivos, Haití 2012



Fuente: Elaboración propia a partir de la DHS de 2012 de Haití

El resultado del análisis factorial nos indica que los dos primeros factores tienen un valor propio superior a 1; y dichos factores explican solamente 65.97% (Ver Cuadro 3.14, Anexo 2) de la variabilidad de los datos. En este caso, podemos calcular el peso correspondiente a cada factor y construir el índice como una combinación lineal de los factores y de sus pesos respectivos. Entonces, el índice de conocimiento de anticoncepción (ICA) se construye a de manera siguiente:

$$ICA^{37} = \text{Peso1} * \text{Factor1} + \text{Peso2} * \text{Factor2}$$

También, el índice de conocimiento de anticoncepción (ICA) es consistente ya que el *alpha* de Cronbach es igual a 0.7294. Para categorizar el índice, es suficiente utilizar los cuantiles que constituyen de puntos tomados a intervalos regulares de la función de distribución de una variable aleatoria. En este caso, tenemos tres cuantiles que son

³⁷ Los pesos se obtienen de la manera siguiente: $\text{Peso 1} = (0.5348 / 0.6597) / \text{Peso 2} = (0.6597 / 0.6597)$.

recodificados. El primer cuantil se relaciona al nivel de conocimiento bajo; el segundo cuantil al nivel medio de conocimiento y el tercer cuantil al nivel de conocimiento alto.

2. Nivel socioeconómico del hogar

La DHS de Haití de 2012 plantea un índice de bienestar económico construido a partir de un análisis de componentes principales de los datos recopilados sobre la vivienda y sus características, y el acceso de los hogares a una variedad de bienes de consumo y servicios. Este índice no toma en cuenta el ingreso y el consumo de los hogares ya que la encuesta de la DHS no tiene información relacionada con dichos elementos. Partiendo de las limitaciones del cuestionario, consideramos el índice de bienestar definido en la DHS bajo el nombre de nivel socioeconómico del hogar con los quintiles de estratos siguientes: muy mala, mala, media, buena y muy buena.

El cuadro siguiente presenta la definición operacional de las diferentes variables independientes consideradas en este estudio de investigación.

Cuadro 3.15. Presentación de la operacionalización de las variables derivadas de las características sociodemográficas y socioeconómicas

Perspectiva teórica	Variables	Definición operacional
Perspectivas sociodemográficas y socioeconómicas	Edad (edad fértil)	15 a 19 años 20 a 24 años 25 a 29 años 30 a 34 años 35 a 49 años
	Hijos nacidos vivos	0: 0 hijo 1: 1 a 2 hijos 2: 3 a 4 hijos 3: 5 hijos y más
	Lugar de residencia	0: Rural 1: Urbano
	Nivel de escolaridad	0: Sin escolaridad 1: Algún grado de primaria 2: Algún grado de secundaria y más
	Nivel de conocimiento de anticoncepción	0: Bajo 1: Medio 2: Alto
	Situación ocupacional	0: Mujer no trabaja 1: Mujer trabaja
	Nivel socioeconómico del hogar	0: Muy mala 1: Mala 2: Media 3: Buena 4: Muy buena
Nota bene: HNV = Hijos Nacidos Vivos		

Fuente: Elaboración propia a partir de la DHS de 2012 de Haití

3.6. Estrategia de análisis estadístico

En este ejercicio de investigación, la estrategia de análisis estadístico está dividida en tres partes: descriptiva, inferencial y multivariada. Estos tres niveles de análisis pueden permitirnos alcanzar nuestros objetivos y probar las hipótesis planteadas.

Adicionalmente, el tamaño de la muestra y la calidad de los datos son suficientes para hacer inferencia y análisis multivariado.

3.6.1. Modelo logístico binomial

Para la estimación multivariada de las dos modalidades de la variable dependiente (Necesidades no satisfechas de anticoncepción), utilizamos modelos logísticos con distribución binomial³⁸ con el fin de estudiar el efecto simultáneo de las variables independientes sobre la variable a explicar. La codificación de la variable dependiente “Necesidades no satisfechas de anticoncepción (NNSA)” se presenta como sigue:

$$NNSA = \begin{cases} 1, & NNSA \text{ (Necesidades no satisfechas de anticoncepción)} \\ 0, & NSA \text{ (Necesidades satisfechas de anticoncepción)} \end{cases}$$

Con el objetivo de probar las principales hipótesis del dicho ejercicio de investigación, la estrategia analítica consiste en el ajuste de tres modelos: en los dos primeros modelos, aplicamos el proceso de modelos encadenados sucesivos que se fundamenta en introducir las variables por grupos en la regresión; es decir, en el primer modelo, estudiamos la relación directa entre los indicadores de empoderamiento de las mujeres y las necesidades no satisfechas de anticoncepción; en el segundo modelo, integramos las variables de control (características sociodemográficas y socioeconómicas). En el tercer modelo, eliminamos aquellas variables de control que disminuyen el efecto de la relación entre los indicadores de empoderamiento de las mujeres y las necesidades no satisfechas de anticoncepción.

Este enfoque permite probar, en el caso de Haití, las principales hipótesis según las cuales los indicadores de empoderamiento de las mujeres tienen un efecto sobre las necesidades no satisfechas de anticoncepción. También, permite analizar el aporte de las variables de control en el estudio de la relación entre los indicadores de empoderamiento

³⁸ Una presentación de este modelo se encuentra en el capítulo 5.

de las mujeres y las necesidades no satisfechas de anticoncepción; principalmente las variables de educación y de empleo consideradas en la literatura como “proxies” del empoderamiento de las mujeres.

A su vez, si llegamos a determinar la relación existente entre el empoderamiento de las mujeres y sus características sociodemográficas y socioeconómicas con las necesidades no satisfechas de anticoncepción (NNSA); entonces, está implícita la relación entre dichas variables independientes y el uso de métodos anticonceptivos (UMA) o necesidades satisfechas de anticoncepción (NSA) ya que el uso de métodos anticonceptivos evoluciona en sentido inverso respecto a las necesidades no satisfechas de anticoncepción, es decir, si una variable independiente varía en el mismo sentido que las NNSA, entonces, dicha variable tendrá una relación inversa con el UMA.

3.6.1.1. Especificación del modelo logístico

La ecuación del modelo logístico transformado se escribe de la siguiente manera (del Carmen Ibarra y Michalus, 2014):

$$\text{Ln}\left(\frac{P}{1-P}\right) = \text{Ln}\left(e^{\beta_0 + \beta_i X}\right) = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_n x_n$$

La transformación Logit se define como el logaritmo natural de la razón de momios:

- P es la probabilidad de ocurrencia del evento y el momio es $P / (1-P)$ (es decir las mujeres están en situación de necesidades no satisfechas de anticoncepción);
- $1-P$ es la probabilidad de ocurrencia del evento opuesto (es decir, las mujeres satisfacen sus necesidades de anticoncepción);
- Los β son los coeficientes asociados a las variables explicativas;
- Los x representan las variables explicativas; de manera específica los indicadores de empoderamiento de las mujeres.

Esta transformación Logit presenta una gran ventaja ya que permite interpretar los coeficientes como si fuera una regresión lineal.

1. Cálculo de razón de momios

En el modelo logístico binomial, se utiliza la razón de momios (ODDS ratio en inglés) para representar un riesgo mediante el cociente entre el número de veces que ocurre el suceso frente a cuántas veces no ocurre (Molinero, 2001). El ODDS es una medida de asociación y de eficacia.

También, se analizan ciertas medidas de bondad de ajuste de los tres modelos logísticos considerados en el presente trabajo.

Capítulo 4.

Una presentación descriptiva e inferencial de las variables bajo estudio

Este capítulo tiene como objetivo, en primera instancia analizar de manera descriptiva las variables bajo estudio; y segundo establecer la relación estadística entre la variable dependiente (necesidades no satisfechas de anticoncepción) y las variables explicativas a saber los factores de empoderamiento de las mujeres. También, se hace necesario estudiar la relación entre las necesidades no satisfechas de anticoncepción y las variables de control es decir, las características sociodemográficas y socioeconómicas de las mujeres.

4.1. Variable dependiente: necesidades no satisfechas de anticoncepción (NNSA)

La variable dependiente considerada es “necesidades no satisfechas de anticoncepción”. El universo de análisis está compuesto por 3,548 mujeres unidas que hacen parte de la demanda potencial de anticoncepción y que contestaron las preguntas relativas a la violencia doméstica.

El siguiente Cuadro 4.1 presenta una distribución de frecuencias de las mujeres unidas consideradas en el presente trabajo respecto a sus necesidades no satisfechas de anticoncepción. Entonces, se puede constatar que la mitad de las mujeres tienen necesidades no satisfechas de anticoncepción mientras que la otra mitad usan métodos anticonceptivos; es decir, las que llegan a satisfacer sus necesidades.

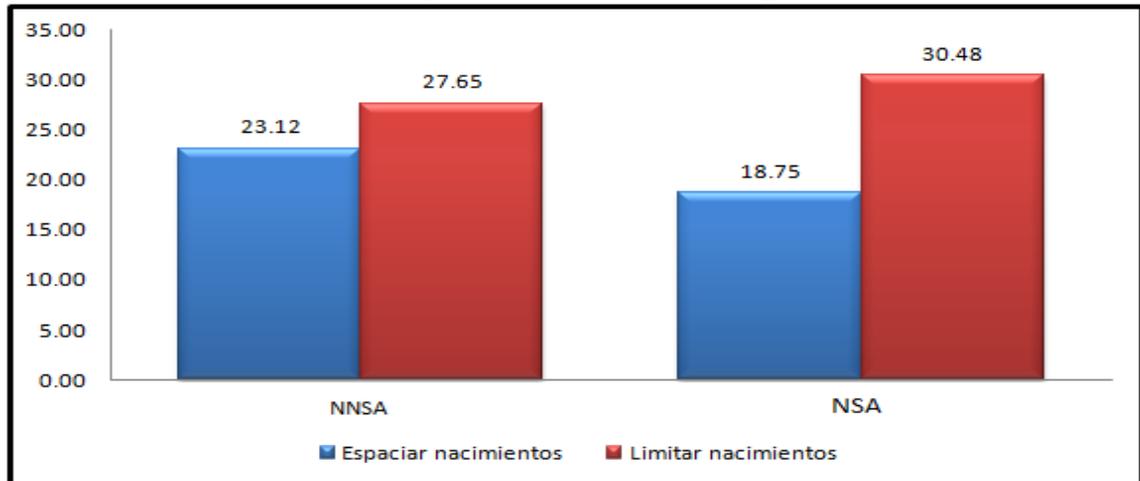
Cuadro 4.1. Distribución de las mujeres unidas consideradas según sus necesidades no satisfechas de anticoncepción, Haití 2012

Necesidades no satisfechas de anticoncepción	Frecuencia absoluta		Frecuencia relativa (%)	
	Ponderada	No ponderada	Ponderada	No ponderada
NSA	1747	2039	49.24	48.66
NNSA	1801	2151	50.76	51.34
Total	3548	4190	100.00	100.00

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-EMMUS-V, 2012.

La Gráfica 4.1 presenta la distribución de las mujeres unidas consideradas en función de las modalidades de la variable “necesidades no satisfechas de anticoncepción”. Se observa que 23.1% de las mujeres unidas consideradas tienen necesidades no satisfechas de anticoncepción (NNSA) para espaciar nacimientos, al tiempo que 18.7% tienen necesidades satisfechas para postergar. Por otra parte, 27.6% tienen necesidades no satisfechas de anticoncepción para limitar y 30.4% llegaron a satisfacer sus necesidades de anticoncepción para el mismo fin. Este resultado sugiere que existe una demanda más importante de anticoncepción para limitar nacimientos que para espaciar.

Gráfica 4.1. Distribución de las mujeres unidas consideradas según las necesidades no satisfechas y satisfechas de anticoncepción



Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-EMMUS-V, 2012.

4.2. Variables explicativas: indicadores de empoderamiento de las mujeres

En esta sección, se presenta un análisis descriptivo de algunos indicadores - *niveles de poder de decisión económico, de autonomía de las mujeres, de poder de decisión en el hogar, control coercitivo interpersonal, acuerdo en las preferencias del número de hijos, niveles de negociación en las relaciones sexuales y actitud frente a la violencia doméstica* - que derivan de tres de las dimensiones del empoderamiento de las mujeres (Ver Cuadro 4.2).

A partir de la prueba χ^2 de Pearson³⁹, se analiza la asociación entre dichos indicadores y las necesidades no satisfechas de anticoncepción (Ver Cuadro 4.3). También, se usa el test de Wald ajustado⁴⁰ para verificar la significancia de las diferencias de medias - entre los dos grupos de mujeres a saber las que tienen necesidades no satisfechas de anticoncepción y las que satisfacen sus necesidades - respecto a cada uno de los indicadores de empoderamiento de las mujeres (Ver Cuadro 4.4). Este mismo análisis se hace para las variables sociodemográficas y socioeconómicas.

4.2.1. Análisis descriptivo: Indicadores de empoderamiento de las mujeres

Se puede observar en el Cuadro 4.2 que la mayoría de las mujeres tienen un nivel de poder de decisión bajo, al tiempo que la mayoría de las mujeres tienen un nivel medio de autonomía. Respecto al poder de decisión en el hogar, la mayoría de las mujeres tienen un poder de decisión alto. Para la variable de violencia física, solamente 8.2% de las mujeres declaran haber sufrido violencia física. La misma realidad se observa para las mujeres violentadas sexualmente (6.3%). Sin embargo una de las razones que pueden

³⁹ Prueba χ^2 de Pearson

La prueba χ^2 es un método estadístico que sirve para verificar la independencia entre dos variables categóricas.

Hipótesis

H₀: No hay relación de dependencia

H₁: Existe relación de dependencia

Decisión

Se rechaza H₀, si el valor de la probabilidad asociado al estadístico de la prueba χ^2 es inferior a 5%.

⁴⁰ Test de Wald ajustado

El test de Wald ajustado es un procedimiento estadístico que permite comparar las medias de grupos diferentes. Se usa, entre otros, en el caso que tiene una variable numérica o continua y una variable dicotómica.

Hipótesis

H₀: Las medias de los grupos poblacionales son iguales

H₁: Al menos una de las medias de los grupos poblacionales es diferente

Decisión

Se rechaza H₀, si el valor de la probabilidad asociado al estadístico de t de Student es inferior a 5% asumiendo los supuestos de normalidad de los residuos y homogeneidad de varianzas.

explicar estas proporciones que pueden parecer bajas es que en realidad las mujeres violentadas no quisieran declarar situaciones de violencia física o sexual.

Es pertinente subrayar que la mayoría de las mujeres tienen alto nivel de negociación de las relaciones sexuales. Los resultados nos permiten decir también que la mayoría de las mujeres tienen una actitud de rechazo frente a la violencia doméstica.

Cuadro 4.2. Distribución de las mujeres unidas consideradas según los indicadores del empoderamiento de las mujeres, Haití 2012

Indicadores de empoderamiento de las mujeres	Frecuencia absoluta (N)	Frecuencia relativa (%)
Niveles de poder de decisión económico		
Bajo	1660	46.79
Medio	1087	30.64
Alto	801	22.58
Total	3548	100.00
Niveles de autonomía de las mujeres		
Bajo	418	11.78
Medio	1838	51.80
Alto	1292	36.41
Total	3548	100.00
Niveles de poder de decisión en el hogar		
Bajo	637	17.95
Medio	783	22.07
Alto	2128	59.98
Total	3548	100.00
Experiencia de violencia física		
Si	292	8.23
No	3256	91.77
Total	3548	100.00
Experiencia de violencia sexual		
Si	224	6.31
No	3324	93.69
Total	3548	100.00
Acuerdo en las preferencias del número de hijos		
Si	1442	40.64
No o no sabe	2106	59.36
Total	3548	100.00
Niveles de negociación en las relaciones sexuales		
Bajo	394	11.10
Medio	916	25.82
Alto	2238	63.08
Total	3548	100.00
Actitud frente a la violencia doméstica		
Aceptación	610	17.19
Rechazo	2938	82.81
Total	3548	100.00

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-EMMUS-V, 2012.

4.2.2. Análisis inferencial: Indicadores de empoderamiento de las mujeres

Como se puede observar en el Cuadro 4.3, el análisis inferencial⁴¹, a partir de la prueba χ^2 , indica que existe una asociación significativa entre cuatro de los ocho indicadores de empoderamiento de las mujeres considerados (poder de decisión económico, experiencia de violencia física, acuerdo en las preferencias del número de hijos, negociación en las relaciones sexuales) y las necesidades no satisfechas de anticoncepción.

De hecho, los resultados del análisis inferencial nos indican que la mayoría de las mujeres de bajo nivel de poder de decisión económico tienen necesidades no satisfechas de anticoncepción (Ver Cuadro 4.3). En el mismo orden de ideas, hay una mayor satisfacción de las necesidades de anticoncepción entre las mujeres con poder de decisión económico alto que entre aquellas que tienen un nivel de poder de decisión económico bajo. Además, la diferencia de medias entre las mujeres que tienen necesidades no satisfechas de anticoncepción y las que satisfacen sus necesidades es significativa respecto al índice de poder de decisión económico (Ver Cuadro 4.4).

En el caso de las mujeres violentadas físicamente, la tendencia no se parece a la esperada. El 55.8% de las mujeres que sufren violencia física llegan a satisfacer sus necesidades de anticoncepción mientras que entre aquellas que no han experimentado violencia física este porcentaje es más bajo: 48.65% (Ver Cuadro 4.3).

Por otra parte, se puede constatar que existe un mayor porcentaje de mujeres que tienen necesidades no satisfechas de anticoncepción cuando no hay acuerdo con el cónyuge en el número de hijos deseados en comparación con aquellas mujeres que concuerdan con sus maridos respecto al número de hijos deseados.

⁴¹ Asociación entre cada uno de los indicadores de empoderamiento de las mujeres con las necesidades no satisfechas de anticoncepción.

Se observa que hay una mayor satisfacción de las necesidades de anticoncepción entre aquellas mujeres que tienen un alto nivel de poder de negociación de las relaciones sexuales en comparación con aquellas mujeres que tienen un bajo nivel de poder de negociación de las relaciones sexuales (Ver Cuadro 4.3). Sin embargo, la diferencia de medias en el índice de negociación en las relaciones sexuales entre las mujeres que satisfacen sus necesidades y las que tienen necesidades no satisfechas de anticoncepción no es significativa (Ver Cuadro 4.4).

Cuadro 4.3. Distribución según niveles de los indicadores del empoderamiento de las mujeres por necesidades no satisfechas de anticoncepción, Haití 2012

Indicadores de empoderamiento de las mujeres	Necesidades no satisfechas de anticoncepción						Prueba de asociación
	NSA		NNSA		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Niveles de poder de decisión económico							Chi cuadrado
Bajo	739	44.52	921	55.48	1660	100.00	Valor de P = 0.0001
Medio	573	52.71	514	47.29	1087	100.00	
Alto	435	54.31	366	45.69	801	100.00	
Total	1747	49.24	1801	50.76	3548	100.00	
Niveles de autonomía de las mujeres							Chi cuadrado
Bajo	222	53.11	196	46.89	418	100.00	Valor de P = 0.3753
Medio	887	48.26	951	51.74	1838	100.00	
Alto	638	49.38	654	50.62	1292	100.00	
Total	1747	49.24	1801	50.76	3548	100.00	
Niveles de poder de decisión en el hogar							Chi cuadrado
Bajo	300	47.10	337	52.90	637	100.00	Valor de P = 0.3282
Medio	372	47.51	411	52.49	783	100.00	
Alto	1075	50.52	1053	49.48	2128	100.00	
Total	1747	49.24	1801	50.76	3548	100.00	
Experiencia de violencia física							Chi cuadrado
Si	163	55.82	129	44.18	292	100.00	Valor de P = 0.0463
No	1584	48.65	1672	51.35	3256	100.00	
Total	1747	49.24	1801	50.76	3548	100.00	
Experiencia de violencia sexual							Chi cuadrado
Si	95	42.41	129	57.59	224	100.00	Valor de P = 0.0871
No	1652	49.70	1672	50.30	3324	100.00	
Total	1747	49.24	1801	50.76	3548	100.00	
Acuerdo en las preferencias del número de hijos							Chi cuadrado
Si	764	52.98	678	47.02	1442	100.00	Valor de P = 0.0032
No o no sabe	983	46.68	1123	53.32	2106	100.00	
Total	1747	49.24	1801	50.76	3548	100.00	
Niveles de negociación en las relaciones sexuales							Chi cuadrado
Bajo	165	41.88	229	58.12	394	100.00	Valor de P = 0.0373
Medio	467	50.98	449	49.02	916	100.00	
Alto	1115	49.82	1123	50.18	2238	100.00	
Total	1747	49.24	1801	50.76	3548	100.00	
Actitud frente a la violencia doméstica							Chi cuadrado
Aceptación	303	49.67	307	50.33	610	100.00	Valor de P = 0.8595
Rechazo	1444	49.15	1494	50.85	2938	100.00	
Total	1747	49.24	1801	50.76	3548	100.00	

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-EMMUS-V, 2012

Cuadro 4.4. Valor medio de indicadores de empoderamiento de las mujeres según la satisfacción o no de las necesidades de anticoncepción, Haití 2012

Variables	Necesidades no satisfechas de anticoncepción		Prueba de asociación
	NSA	NNSA	
Índice de poder de decisión económico			Test de Wald ajustado
Promedio	0.60	0.52	Valor de P=0.000
Índice de autonomía de las mujeres			
Promedio	1.97	1.98	Valor de P=0.8359
Índice de poder de decisión en el hogar			
Promedio	2.38	2.33	Valor de P=0.1583
Índice de negociación en las relaciones sexuales			
Promedio	2.52	2.47	Valor de P=0.1091

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-EMMUS-V, 2012

4.2.3. Variables de control: Factores sociodemográficos y socioeconómicos

En el presente trabajo de investigación, se consideran siete variables de control - Edad, hijos nacidos vivos, nivel de escolaridad, nivel socioeconómico del hogar, nivel de conocimiento de anticoncepción, lugar de residencia y situación ocupacional - que corresponden a las características sociodemográficas y socioeconómicas de las mujeres.

4.2.3.1. Análisis descriptivo

A partir del Cuadro 4.5, se puede observar que la mayoría de las mujeres unidas consideradas en el presente trabajo (34.7%) pertenecen al grupo de edad 35 a 49 años mientras que el grupo de mujeres de 15 a 19 años tiene una menor representación (6.1%). También, las que tienen de uno a dos hijos son mayoritarias (45.7%) y solamente 7% no tienen hijos. Por otra parte, las mujeres que tienen algún grado de primaria son mayoritarias que aquellas mujeres no escolarizadas.

Es importante subrayar que el porcentaje más elevado de las mujeres vive en hogares de situación socioeconómica alta (23%) mientras que las mujeres con nivel socioeconómico muy bajo representan un 17.36%. Este resultado no parece coherente con la realidad haitiana donde la mayoría de las personas viven en situación de pobreza (58.5% en 2012 según ONPES). Entonces, es razonable cuestionar la encuesta EMMUS V en la manera de construir el índice de bienestar que traduce la situación socioeconómica del hogar. Los indicadores considerados en la construcción del índice - la calidad de la vivienda, bienes de consumo duradero, hacinamiento, servicios en el hogar, etc. - pueden ser insuficientes o no permiten medir en realidad la situación socioeconómica del hogar. Además, en dicho índice, no están incluidos los gastos y los ingresos del hogar (Ver Cuadro 4.5).

Respecto al conocimiento de los métodos anticonceptivos, 40% de las mujeres unidas consideradas tienen un nivel de conocimientos alto mientras que 24.75% tienen un nivel de conocimientos bajo. La mayoría de las mujeres unidas consideradas viven en zona rural respecto a aquellas que residen en zona urbana. Entre las mujeres unidas consideradas, son bastante cercanos los porcentajes de las que trabajan y las que no trabajan fuera del hogar (Ver Cuadro 4.5).

Cuadro 4.5. Distribución según niveles de los indicadores del empoderamiento de las mujeres por necesidades no satisfechas de anticoncepción, Haití 2012

Variables de control	Necesidades no satisfechas de anticoncepción						Prueba de asociación
	NSA		NNSA		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Grupo de Edad							Chi cuadrado
15-19 años	59	26.94	160	73.06	219	100.00	Valor de P=0.0000
20-24 años	282	44.83	347	55.17	629	100.00	
25-29 años	408	52.92	363	47.08	771	100.00	
30-34 años	383	54.95	314	45.05	697	100.00	
35-49 años	615	49.92	617	50.08	1232	100.00	
Total	1747	49.24	1801	50.76	3548	100.00	
Hijos nacidos vivos							Chi cuadrado
0 hijo	88	35.20	162	64.80	250	100.00	Valor de P=0.0008
1 a 2 Hijos	805	49.57	819	50.43	1624	100.00	
3 a 4 Hijos	523	53.92	447	46.08	970	100.00	
5 Hijos y más	331	47.02	373	52.98	704	100.00	
Total	1747	49.24	1801	50.76	3548	100.00	
Nivel de escolaridad							Chi cuadrado
Sin escolaridad	345	47.33	384	52.67	729	100.00	Valor de P=0.0619
Algún grado de primaria	689	47.32	767	52.68	1456	100.00	
Algún grado de secundaria y más	713	52.31	650	47.69	1363	100.00	
Total	1747	49.24	1801	50.76	3548	100.00	
Nivel socioeconómico del hogar							Chi cuadrado
Muy baja	275	44.64	341	55.36	616	100.00	Valor de P= 0.0555
Baja	303	46.47	349	53.53	652	100.00	
Media	412	53.44	359	46.56	771	100.00	
Alta	400	49.02	416	50.98	816	100.00	
Muy alta	357	51.52	336	48.48	693	100.00	
Total	1747	49.24	1801	50.76	3548	100.00	
Nivel de conocimiento de anticoncepción							Chi cuadrado
Bajo	390	44.42	488	55.58	878	100.00	Valor de P= 0.0168
Medio	623	49.41	638	50.59	1261	100.00	
Alto	734	52.09	675	47.91	1409	100.00	
Total	1747	49.24	1801	50.76	3548	100.00	
Lugar de residencia							Chi cuadrado
Rural	1004	49.12	1040	50.88	2044	100.00	Valor de P= 0.9084
Urbano	743	49.40	761	50.60	1504	100.00	
Total	1747	49.24	1801	50.76	3548	100.00	
Situación ocupacional							Chi cuadrado
Mujer no trabaja	779	45.08	949	54.92	1728	100.00	Valor de P= 0.0001
Mujer trabaja	968	53.19	852	46.81	1820	100.00	
Total	1747	49.24	1801	50.76	3548	100.00	

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-EMMUS-V, 2012

4.2.3.1. Análisis inferencial

Los resultados presentados en el Cuadro 4.6 indican que existe una asociación significativa en cuatro de las siete variables sociodemográficas y socioeconómicas (Grupo de edad, hijos nacidos vivos, conocimiento de anticoncepción y situación ocupacional) y las necesidades no satisfechas de anticoncepción.

De hecho, se puede decir que la mayoría de las mujeres que pertenecen al grupo de edad 30-34 años llegan a satisfacer sus necesidades de anticoncepción (55%) mientras que la mayoría de las mujeres de 15 a 19 años no pueden satisfacer sus necesidades de anticoncepción (73%) (Ver Cuadro 4.6). Desde otro punto de vista, las mujeres que satisfacen sus necesidades de anticoncepción tienen un promedio de edad de casi 32 años mientras que las que tienen necesidades no satisfechas tienen un promedio de 31 años; la diferencia de medias existente entre los dos grupos de mujeres mencionados es significativa (Ver Cuadro 4.7).

Por otra parte, entre las mujeres que tienen cinco hijos y más, 47% llegan a satisfacer sus necesidades de anticoncepción mientras que solo el 35% de las mujeres sin hijos tienen satisfecha esta necesidad de anticoncepción (Ver Cuadro 4.6). Además, las mujeres que satisfacen sus necesidades de anticoncepción y las que experimentan necesidades no satisfechas tienen un promedio similar de 2.83 hijos (Ver Cuadro 4.7).

La mayoría de las mujeres con algún grado de secundaria y más llegan a satisfacer sus necesidades de anticoncepción mientras que la mayoría de las que no son escolarizadas no son capaces de satisfacer sus necesidades de anticoncepción (Ver Cuadro 4.6). Las mujeres que satisfacen sus necesidades de anticoncepción tienen un promedio de 5.49 años de escolaridad mientras que las mujeres que experimentan necesidades no satisfechas de anticoncepción tienen un promedio de 5.05; dicha diferencia de medias es significativa (Ver Cuadro 4.7). No obstante, la prueba de χ^2 indica que no existe una asociación significativa entre las variables “nivel de escolaridad” y las “necesidades no

satisfechas de anticoncepción”, resultado que merece ser verificado en el análisis multivariado.

También, se registra un mayor porcentaje de las mujeres con necesidades no satisfechas de anticoncepción entre las mujeres que tienen un nivel bajo de conocimiento de anticoncepción que entre aquellas que tienen un nivel alto de conocimiento de anticoncepción (56% vs 48%). Por otra parte, la mayoría de las mujeres que trabajan llegan a satisfacer sus necesidades de anticoncepción (53%) mientras que 45% de aquellas que no trabajan satisfacen esta necesidad de anticoncepción (Ver Cuadro 4.6).

Cuadro 4.6. Distribución de las mujeres unidas consideradas por las variables de control según las necesidades no satisfechas de anticoncepción, Haití 2012

Variables de control	Necesidades no satisfechas de anticoncepción						Prueba de asociación
	NSA		NNSA		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Grupo de Edad							Chi cuadrado
15-19 años	59	26.94	160	73.06	219	100.00	Valor de P=0.0000
20-24 años	282	44.83	347	55.17	629	100.00	
25-29 años	408	52.85	364	47.15	772	100.00	
30-34 años	383	54.95	314	45.05	697	100.00	
35-49 años	615	49.96	616	50.04	1231	100.00	
Total	1747	49.24	1801	50.76	3548	100.00	
Hijos nacidos vivos							Chi cuadrado
0 hijo	88	35.34	161	64.66	249	100.00	Valor de P=0.0008
1 a 2 Hijos	805	49.57	819	50.43	1624	100.00	
3 a 4 Hijos	523	53.86	448	46.14	971	100.00	
5 Hijos y más	331	47.02	373	52.98	704	100.00	
Total	1747	49.24	1801	50.76	3548	100.00	
Nivel de escolaridad							Chi cuadrado
Sin escolaridad	345	47.26	385	52.74	730	100.00	Valor de P=0.0619
Algún grado de primaria	689	47.35	766	52.65	1455	100.00	
Algún grado de secundaria y más	713	52.31	650	47.69	1363	100.00	
Total	1747	49.24	1801	50.76	3548	100.00	
Nivel socioeconómico del hogar							Chi cuadrado
Muy baja	275	44.64	341	55.36	616	100.00	Valor de P= 0.0555
Baja	303	46.47	349	53.53	652	100.00	
Media	412	53.51	358	46.49	770	100.00	
Alta	400	49.02	416	50.98	816	100.00	
Muy alta	357	51.44	337	48.56	694	100.00	
Total	1747	49.24	1801	50.76	3548	100.00	
Nivel de conocimiento de anticoncepción							Chi cuadrado
Bajo	390	44.42	488	55.58	878	100.00	Valor de P= 0.0168
Medio	623	49.41	638	50.59	1261	100.00	
Alto	734	52.09	675	47.91	1409	100.00	
Total	1747	49.24	1801	50.76	3548	100.00	
Lugar de residencia							Chi cuadrado
Rural	1004	49.12	1040	50.88	2044	100.00	Valor de P= 0.9084
Urbano	743	49.40	761	50.60	1504	100.00	
Total	1747	49.24	1801	50.76	3548	100.00	
Situación ocupacional							Chi cuadrado
Mujer no trabaja	779	45.08	949	54.92	1728	100.00	Valor de P= 0.0001
Mujer trabaja	968	53.19	852	46.81	1820	100.00	
Total	1747	49.24	1801	50.76	3548	100.00	

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-EMMUS-V, 2012

Cuadro 4.7. Valor medio de algunas variables de control según la satisfacción o no de las necesidades de anticoncepción, Haití 2012

Variables	Necesidades no satisfechas de		Prueba de asociación
	NSA	NNSA	
Edad			Test de Wald ajustado
Promedio de edad	31.72	30.75	Valor de P= 0.0074
Número de hijos nacidos vivos			
Promedio de hijos	2.83	2.83	Valor de P= 0.9936
Años de escolaridad			
Promedio de años	5.49	5.05	Valor de P= 0.0215

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-EMMUS-V, 2012

Capítulo 5.

Un análisis multivariado de las necesidades no satisfechas de anticoncepción

Algunos de los estudios que intentan establecer la relación entre los indicadores de empoderamiento de las mujeres y las necesidades no satisfechas de anticoncepción (NNSA), usan métodos de análisis multivariado para ver el efecto simultáneo de los factores de empoderamiento sobre las NNSA (Mason y Smith, 2000; Wolff *et al.*, 2000; Casique, 2003; Do y Kurimoto, 2012; Austin, 2015). Entonces, el uso de métodos multivariados en el presente trabajo permite estudiar el efecto de las interrelaciones de los diferentes indicadores de empoderamiento de las mujeres sobre las NNSA. También, resulta relevante analizar la incidencia de las variables de control en la relación del empoderamiento de las mujeres y de las NNSA.

Con base en lo anterior, recurrimos primero al análisis de correspondencias múltiples que ofrece la posibilidad de analizar las relaciones o asociaciones entre las modalidades de un conjunto de variables no métricas a partir de un diagrama cartesiano (Figueras, 2003). Segundo, presentamos tres modelos logísticos de distribución binomial por la naturaleza de nuestra variable dependiente para ver el sentido de las relaciones de los indicadores de empoderamiento con las NNSA.

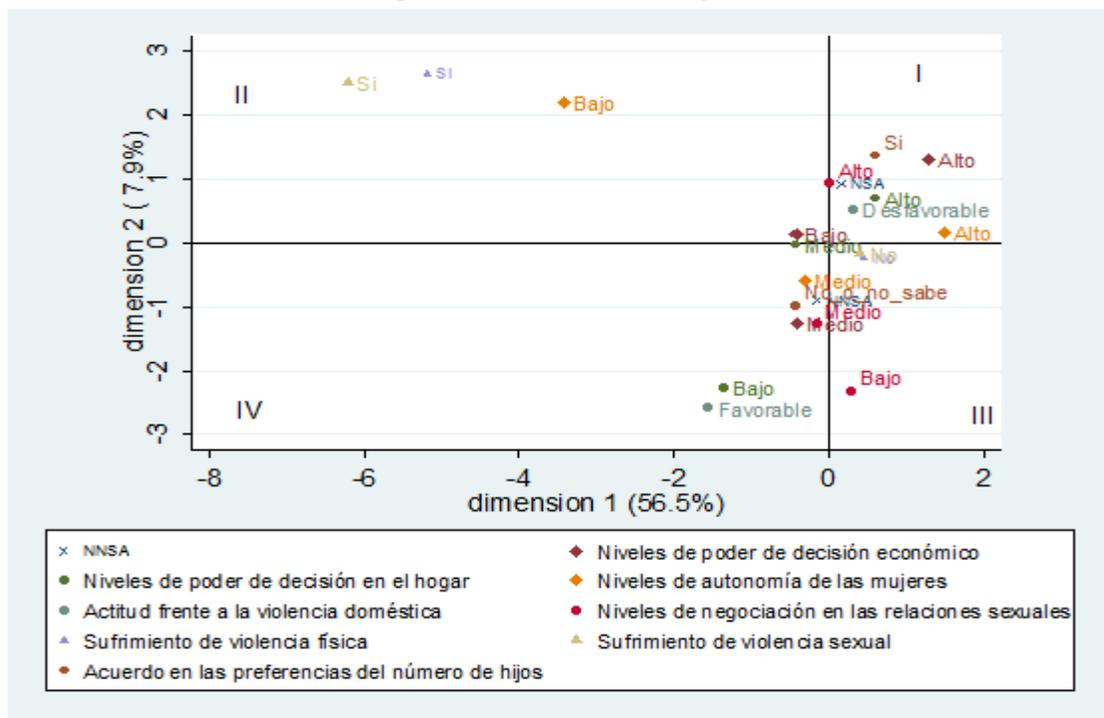
5.1. Análisis de correspondencias múltiples

El Análisis de Correspondencias es una técnica de análisis estadístico que permite estudiar la relación entre dos o más variables categóricas. Es como una continuidad de la tabla de contingencia que mide solamente la relación entre dos variables (medida de asociación de χ^2) en un diagrama cartesiano, se representan conjuntamente las distintas modalidades de los indicadores de empoderamiento considerados, de tal manera que la proximidad entre los puntos está relacionada con el nivel de asociación entre dichas modalidades (Figueras, 2003).

5.1.1. Indicadores de empoderamiento de las mujeres

En la siguiente Gráfica 5.1, se presentan los resultados del análisis de correspondencias múltiples con el objetivo de analizar la asociación entre las modalidades de la variable de NNSA y de los indicadores de empoderamiento de las mujeres a partir del criterio de proximidad entre los puntos.

Gráfica 5.1. Análisis de correspondencias múltiples: NNSA y indicadores de empoderamiento de las mujeres



Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-EMMUS-V, 2012.

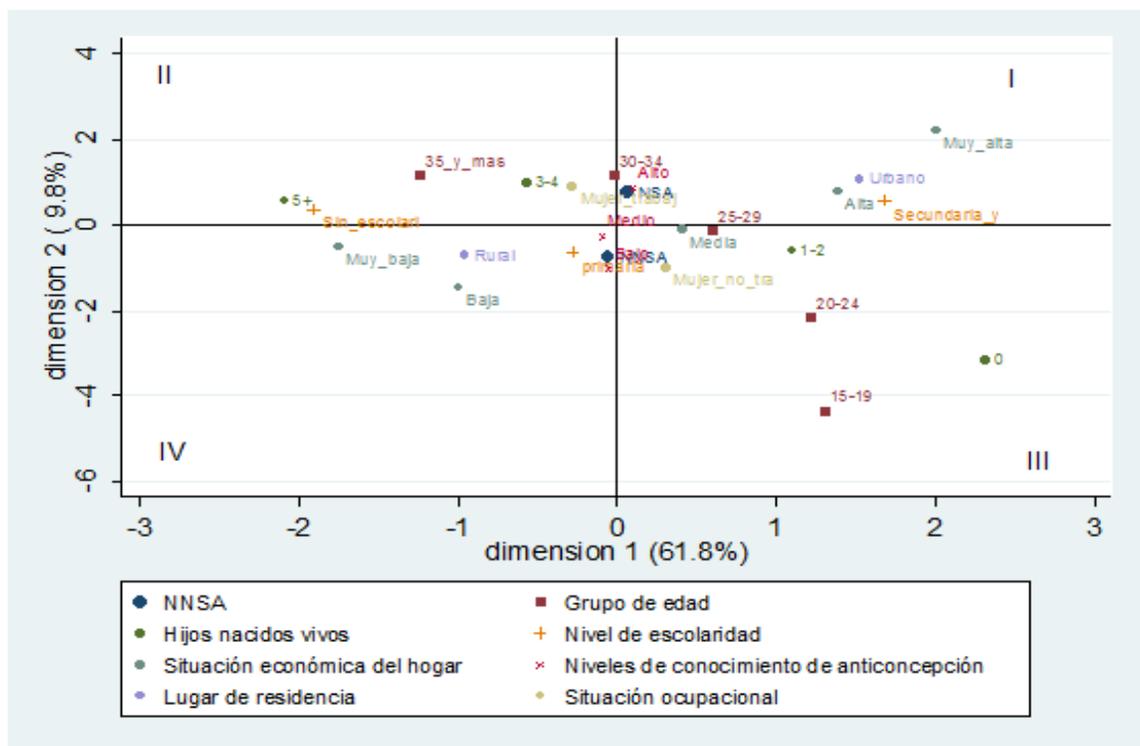
Los resultados del análisis de correspondencias múltiples entre los indicadores de empoderamiento de las mujeres y las necesidades no satisfechas de anticoncepción (NNSA) sugieren una clara asociación (cuadrante IV) entre el bajo nivel de poder de decisión en el hogar, la actitud favorable a la violencia doméstica, el nivel medio de poder de decisión económico y de autonomía, el no acuerdo en las preferencias del número de hijos deseados y las necesidades no satisfechas de anticoncepción.

También, se puede observar en el cuadrante I la asociación entre los altos niveles de poder de decisión económico, de autonomía y de negociación en las relaciones sexuales, la actitud desfavorable a la violencia doméstica, el acuerdo en las preferencias en el número de hijos deseados y las necesidades satisfechas de anticoncepción. En el cuadrante II vemos que existe una asociación entre la experiencia de violencia física, la experiencia de violencia sexual y el bajo nivel de autonomía de las mujeres, lo que parece lógico ya que el hecho de que la mujer sufra de violencia física o sexual podría generar temor a perder su libertad de movimientos.

5.1.2. Factores sociodemográficos y socioeconómicos

En la Gráfica 5.2, se realiza el análisis de correspondencias múltiples para las características sociodemográficas y económicas de las mujeres y la variable de necesidades no satisfechas de anticoncepción.

Gráfica 5.2. Análisis de correspondencias múltiples: Factores sociodemográficos y socioeconómicos



Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-EMMUS-V, 2012

En el cuadrante I, los resultados del análisis de correspondencias múltiples indican que existe una asociación cercana entre el grupo de edad 30-34 años, el alto nivel de conocimiento de anticoncepción y las necesidades satisfechas de anticoncepción. Lo anterior parece coherente con los resultados del análisis descriptivo donde las mujeres que llegan a satisfacer sus necesidades de anticoncepción tienen un promedio de casi 32 años. En este mismo cuadrante, podemos observar que el lugar de residencia urbano, el nivel alto de la situación económica del hogar y el nivel de escolaridad secundario están cercanamente asociados.

Por otra parte, los resultados muestran en el cuadrante IV, una asociación cercana entre las mujeres de nivel de escolaridad primaria, de bajo conocimiento de anticoncepción y las que tienen necesidades no satisfechas de anticoncepción. En este mismo cuadrante, podemos observar la asociación entre las mujeres rurales con bajo nivel de situación económica en el hogar. Otro resultado de este análisis que podemos subrayar es la cercana asociación existente entre las mujeres sin escolaridad con las que tienen más de 5 hijos (Cuadrante II). Entonces, la falta de escolaridad puede constituir un obstáculo para que la mujer controle su fecundidad.

5.2. Asociación entre las variables explicativas

Antes de presentar los modelos logísticos dicotómicos, resulta conveniente analizar la matriz de correlación policórica⁴² que permite ver el grado de asociación entre las variables explicativas con el objetivo de integrar interacción en el modelo u omitir una de las variables correlacionadas.

A continuación, se presenta una matriz de correlación policórica (Cuadro 5.1) ya que todas las variables explicativas son ordinales:

⁴² En el capítulo 3, se presenta la definición de la matriz de correlación policórica que se usa para variables ordinales o mixtas.

Cuadro 5.1. Matriz de correlación policórica

	1	2	3	4	5	6	7	8
Niveles de poder de decisión económico	1							
Niveles de poder de decisión en el hogar	0.082	1						
Niveles de autonomía de las mujeres	0.079	0.158	1					
Actitud frente a la violencia doméstica	-0.016	0.175	0.138	1				
Niveles de negociación en las relaciones sexuales	-0.081	0.029	-0.073	0.131	1			
Sufrimiento de violencia física	-0.069	-0.032	-0.322	-0.106	0.006	1		
Sufrimiento de violencia sexual	-0.115	-0.116	-0.390	-0.135	0.007	0.566	1	
Acuerdo en las preferencias del número de hijos	0.117	0.005	0.015	0.091	0.083	-0.112	-0.040	1

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-EMMUS-V, 2012

La matriz de correlación policórica nos indica que las variables “Experiencia de violencia física” y “Experiencia de violencia sexual” están relativamente correlacionadas pero el grado de asociación (0.566) no es tan alto para excluir una de las dos variables o integrar interacción en el modelo. El mismo resultado respecto a la asociación de dichas variables se encuentra en el análisis de correspondencias múltiples. Por otra parte, la matriz de correlación que incluye todas las variables del estudio permite decir que las variables “Lugar de residencia” y “Nivel de escolaridad” son bastante correlacionadas ya que el grado de asociación es de 0.832 (Ver cuadro 5.3, Anexo 2). En este caso, sería más adecuado excluir una de estas dos variables en el modelo logístico binomial. Pero, esta decisión dependería del efecto que tiene dichas variables mencionadas anteriormente sobre la significancia de los indicadores de empoderamiento de las mujeres.

Para generar los modelos logísticos, parece más apropiado utilizar los indicadores de empoderamiento de las mujeres de manera categórica porque es más fácil interpretar la estratificación de dichos indicadores. A continuación, se presenta el análisis de los modelos logísticos de distribución binomial.

5.3. Análisis de resultados

En el Cuadro 5.2, se encuentran los resultados de los tres modelos ajustados para estudiar los factores que inciden sobre las necesidades no satisfechas de anticoncepción de las mujeres unidas haitianas que constituyen la demanda potencial de anticoncepción y que contestan las preguntas sobre violencia doméstica. Los valores asociados a las modalidades de cada variable pueden ser interpretados de dos maneras:

- Primero, a partir de los coeficientes. En este caso, un coeficiente positivo indica que si se incrementa en una unidad la variable asociada a dicho coeficiente entonces se incrementa el logit de éxito de este valor manteniendo constantes las otras variables;

- Segundo, a partir de la razón de momios que es la exponencial del coeficiente $\text{Exp}(\beta_i)$. Un valor superior a uno de la razón de momios provoca un aumento en la probabilidad de ocurrencia del evento, en tanto que un valor inferior a uno la disminuye cuando se mantienen las otras variables explicativas constantes.

En el marco del presente, analizamos solamente la razón de momios asociada al coeficiente de cada variable.

Cuadro 5.2. Modelos logísticos de los factores asociados a las necesidades no satisfechas de anticoncepción de las mujeres unidas consideradas, Haití 2012

Variables	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	β	e^{β}	β	e^{β}	β	e^{β}
Constante	0.503***	1.654***	1.909***	6.746***	0.728***	2.070***
Factores de empoderamiento						
Niveles de poder de decisión económico						
Bajo (r.)	---	---	---	---	---	---
Medio	(0.341)***	0.711***	(0.285)***	0.751***	(0.355)***	0.701***
Alto	(0.358)***	0.699***	(0.352)***	0.704***	(0.401)***	0.669***
Niveles de poder de decisión de la mujer en el hogar						
Bajo (r.)	---	---	---	---	---	---
Medio	(0.004).	0.995	0.084	1.087	0.024	1.024
Alto	(0.116).	0.890	0.022	1.022	(0.063).	0.939
Niveles de autonomía de las mujeres						
Bajo (r.)	---	---	---	---	---	---
Medio	0.191	1.211	0.189	1.207	0.194	1.214
Alto	0.165	1.179	0.167	1.181	0.147	1.158
Actitud frente a la violencia doméstica						
Favorable (r.)	---	---	---	---	---	---
Desfavorable	0.062	1.064	0.169	1.184	0.114	1.120
Niveles de negociación en las relaciones sexuales						
Bajo (r.)	---	---	---	---	---	---
Medio	(0.387)***	0.679***	(0.355)***	0.701***	(0.378)***	0.685***
Alto	(0.342)***	0.710***	(0.299)***	0.742***	(0.305)***	0.737***
Experiencia de violencia sexual						
Si	0.401***	1.494***	0.356**	1.428**	0.404***	1.498***
No (r.)	---	---	---	---	---	---
Experiencia de violencia física						
Si	(0.385)***	0.681***	(0.399)***	0.670***	(0.411)***	0.663***
No (r.)	---	---	---	---	---	---
Acuerdo en las preferencias del número de hijos						
Si	(0.257)***	0.773***	(0.250)***	0.778***	(0.246)***	0.782***
No o no sabe (r.)	---	---	---	---	---	---
Factores de control						
Nivel de escolaridad						
Sin escolaridad (r.)	---	---	---	---	---	---
Algún grado de primaria	---	---	(0.032).	0.968	(0.076).	0.926
Algún grado de secundaria y más	---	---	(0.293)**	0.746**	(0.353)***	0.702***
Situación ocupacional						
Mujer no trabaja (r.)	---	---	---	---	---	---
Mujer trabaja	---	---	(0.247)***	0.781***	(0.287)***	0.751***
Edad						
15 a 19 años (r.)	---	---	---	---	---	---
20 a 24 años	---	---	(0.697)***	0.497***	---	---
25 a 29 años	---	---	(0.911)***	0.402***	---	---
30 a 34 años	---	---	(0.965)***	0.381***	---	---
35 a 49 años	---	---	(0.773)***	0.462***	---	---
Hijos nacidos vivos						
0 hijo (r.)	---	---	---	---	---	---
1 a 2 hijos	---	---	(0.354)**	0.702**	---	---
3 a 4 hijos	---	---	(0.406)**	0.666**	---	---
5 hijos y más	---	---	(0.232).	0.792	---	---
Lugar de residencia						
Rural (r.)	---	---	---	---	---	---
Urbano	---	---	0.078	1.081	---	---
Nivel de conocimiento de anticoncepción						
Bajo (r.)	---	---	---	---	---	---
Medio	---	---	(0.159).	0.857	---	---
Alto	---	---	(0.177).	0.845	---	---
Nivel socioeconómico del hogar						
Muy malo (r.)	---	---	---	---	---	---
Malo	---	---	(0.103).	0.902	---	---
Medio	---	---	(0.407)***	0.665***	---	---
Bueno	---	---	(0.226).	0.797	---	---
Muy bueno	---	---	(0.239).	0.801	---	---
Pseudo R ² (N)	0.0144 (3548)		0.0361 (3548)		0.0212 (3548)	
Test de Hosmer Lemeshow	Valor de P= 0.1300		Valor de P= 0.0707		Valor de P= 0.4037	
Nagelkerke	e(nagelkerke)=0.0243		e(nagelkerke)=0.0570		e(nagelkerke)=0.0355	
Test de razón de verosimilitud	Valor de P= 0.0000		Valor de P= 0.0000		Valor de P= 0.0000	
Test de razón de verosimilitud (M3 vs M1)			Valor de P= 0.0000			
** p < 0.05 *** p < 0.01 / e^{β} : Razón de momios (.)=signo negativo r.=categoría de referencia						

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-EMMUS-V, 2012

El modelo 1 (Ver Cuadro 5.2) presenta la relación entre los indicadores del empoderamiento de las mujeres y las necesidades no satisfechas de anticoncepción. Una primera mirada de los resultados nos indica, a partir de los indicadores generales, que el conjunto de factores de empoderamiento de las mujeres seleccionado contribuye significativamente a explicar la probabilidad de tener necesidades no satisfechas de anticoncepción; lo cual se ve reflejado en el test de Hosmer-Lemeshow (valor de $p=0.1300 > 0.05$) o el test de razón de verosimilitud (valor de $p=0.000 < 0.05$) que permite decir que el modelo está bien especificado.

De hecho, resultan estadísticamente significativos cinco de los siete indicadores de empoderamiento de las mujeres considerados: poder de decisión económico, negociación en las relaciones sexuales, experiencia de violencia sexual, experiencia de violencia física y acuerdo en las preferencias del número de hijos. Las otras tres variables- poder de decisión en el hogar, autonomía de las mujeres y actitud frente a la violencia doméstica- no son significativas.

Los estadísticos obtenidos para cada una de las variables estadísticamente significativas nos permiten hacer el análisis siguiente:

- Para la variable de “poder de decisión económico”, el coeficiente β asociado a la categoría de “poder de decisión económico alto” es negativo (-0.341) y el valor de la razón de momios es inferior a la unidad (razón de momios= 0.711)⁴³; lo cual indica que las mujeres con poder de decisión económico alto tienen 1.41 veces menos posibilidades de tener necesidades no satisfechas de anticoncepción, comparadas con las de poder de decisión bajo, cuando se mantienen las otras variables constantes. Es el mismo análisis para las mujeres que tienen un nivel de poder de decisión medio.

- La variable que hace referencia a la negociación en las relaciones sexuales resulta con coeficiente negativo y razón de momios menor a la unidad (razón de momios=0.710), lo

⁴³ Dado que la razón de momios es menor que 1, puede ser más fácil interpretar el recíproco, $(1/0.711)=1.41$.

que significa que las mujeres con un alto nivel de poder de negociación en las relaciones sexuales tienen 1.41 veces (1/0.710) menos posibilidades de tener necesidades no satisfechas de anticoncepción en comparación con las mujeres de bajo nivel de poder de negociación en las relaciones sexuales manteniendo constantes las otras variables. La misma interpretación se hace para las mujeres que tienen un nivel intermedio de poder de negociación en las relaciones sexuales.

- En el caso de la variable de “Experiencia de violencia sexual”, el coeficiente β es positivo y la razón de momios es mayor a la unidad (razón de momios=1.49). Entonces, se puede decir que las mujeres que sufren violencia sexual tienen 1.49 veces más posibilidades de experimentar necesidades no satisfechas de anticoncepción que las que no sufren violencia sexual.

- Para la variable de “Experiencia de violencia física”, el coeficiente β es negativo y la razón de momios es menor a la unidad (razón de momios= 0.681); lo cual quiere decir que las mujeres que experimentan violencia física tienen 1.47 (1/0.681) veces menos posibilidades de tener necesidades no satisfechas de anticoncepción, comparadas con aquellas mujeres que no experimentan violencia física. Este resultado llama fuertemente la atención y requiere de revisiones futuras.

- Para la variable de “acuerdo en las preferencias del número de hijos”, se encuentra que el coeficiente asociado es negativo y la razón de momios es menor a la unidad (razón de momios=0.773); lo cual indica que las mujeres que están en situación de acuerdo en las preferencias del número de hijos tienen 1.29 (1/0.773) veces menos posibilidades de tener necesidades no satisfechas de anticoncepción, comparadas con las que no están en situación de acuerdo en las preferencias respecto al número de hijos.

Entonces, se puede decir que las mujeres con menores posibilidades de tener necesidades no satisfechas de anticoncepción son aquellas que experimentan violencia física, tienen un nivel de poder de decisión económico medio o alto, un nivel medio o alto de negociación en las relaciones sexuales, que no experimentan violencia sexual y

que están en situación de acuerdo con su cónyuge en las preferencias del número de hijos.

Se integran, en el segundo modelo, las variables de control relativas a las características sociodemográficas y socioeconómicas de las mujeres para analizar la contribución de dichas variables en el ajuste de la relación entre los indicadores de empoderamiento de las mujeres y las necesidades no satisfechas de anticoncepción. Los resultados muestran que la incorporación de las variables de control tiene un efecto no solamente en el ajuste del modelo sino también en la significancia de las variables. Entonces, el modelo 2 tiene un mejor ajuste que el modelo 1, pero perdimos en la significancia de los indicadores ya que la variable “experiencia de violencia sexual” que resulta significativa a 1% en el modelo 1 guarda su significancia a 5% en el modelo 2.

Por otra parte, de las siete variables de control incluidas en el modelo 2, cinco son significativas: nivel de escolaridad, situación ocupacional, grupo de edad, número de hijos nacidos vivos, nivel socioeconómico del hogar. De hecho, podemos constatar a partir de los resultados, que el coeficiente asociado a la categoría “Algún grado de secundaria y más” de la variable “nivel de escolaridad” es negativo y la razón de momios es menor a la unidad (razón de momios=0.746), es decir que las mujeres con algún grado de secundaria y más tienen 1.34 veces menos posibilidades de tener necesidades no satisfechas de anticoncepción, comparadas con las que no son escolarizadas. También, las mujeres que trabajan tienen 1.28 veces menos posibilidades de tener necesidades no satisfechas de anticoncepción en comparación con las que no trabajan.

Según los resultados, las variables “edad”, “número de hijos nacidos vivos” y “nivel socioeconómico del hogar” tienen efecto sobre las necesidades no satisfechas de anticoncepción. Entonces, las mujeres que pertenecen al grupo de edad 35 a 49 años tienen 2.16 (1/0.462) veces menores posibilidades de tener necesidades no satisfechas de anticoncepción en comparación con las de 15 a 19 años. Este mismo análisis es válido para los otros grupos de edad.

Por otra parte, las mujeres que son madres (3 a 4 hijos) tienen 1.50 (1/0.66) veces menos posibilidades de experimentar necesidades no satisfechas de anticoncepción, comparadas con las que no son madres (sin hijos). Además, las mujeres que viven en hogares de nivel socioeconómico medio tienen 1.50 veces menos posibilidades de tener necesidades no satisfechas de anticoncepción en comparación con aquellas mujeres de nivel socioeconómico bajo cuando se mantienen constantes las otras variables. Las variables “lugar de residencia” y “conocimiento de anticoncepción” no resultan significativas en la explicación de necesidades no satisfechas de anticoncepción.

Como lo planteamos anteriormente, en el modelo 2 se afecta la significancia de una de las variables relevantes del modelo 1 que es “experiencia de violencia sexual”. En este caso, parece conveniente considerar un tercer modelo en el cual intentamos encontrar variables de control que permiten mejorar los resultados del modelo 1.

En el modelo 3, quitamos las variables de control que no son significativas y las que contribuyen al deterioro de la significancia individual del modelo 1 (Edad, lugar de residencia, hijos nacidos vivos, nivel de conocimiento de anticoncepción, nivel socioeconómico del hogar). Entonces, resulta que las variables de “nivel de escolaridad” y el “empleo” son significativas y contribuyen a una mejora de la especificación global del modelo 1 (Ver el test de comparación de razón de verosimilitud en el Cuadro 5.2) y no afectan sus significancias individuales; es decir, los resultados encontrados en el modelo 3 son similares a los hallazgos del modelo 1 en términos de significancia de los indicadores del empoderamiento de las mujeres y del sentido de la relación con las necesidades no satisfechas de anticoncepción. Entonces, no parece necesario interpretar de nuevo los indicadores de empoderamiento de las mujeres.

En diferentes estudios, las variables de educación y empleo son consideradas como proxies del empoderamiento de las mujeres (Mason y Smith, 2003; Malhotra y Schuler, 2005; Al Riyami et al., 2004). También, existen autores que contradicen dicho argumento diciendo que la educación y el empleo no son indicadores del

empoderamiento sino más bien contribuyen a la manifestación del empoderamiento de las mujeres (Govindasamy y Malhotra, 1996).

En el marco del presente trabajo, las variables “educación y empleo” resultan significativas y pertinentes en la explicación de las necesidades no satisfechas de anticoncepción (modelo 3 del Cuadro 5.2) ya que las mujeres empleadas y escolarizadas tienen menos posibilidades de tener necesidades no satisfechas de anticoncepción que las no empleadas y no escolarizadas pero no afectan la significancia de los indicadores del empoderamiento de las mujeres. A partir de estos resultados, parece adecuado plantear que dichas variables no pueden ser consideradas como indicadores del empoderamiento de las mujeres en el caso de Haití, pero que es importante tomarlas en cuenta como elementos del proceso que conduce al empoderamiento de las mujeres.

Conclusiones generales

Haití forma parte de los países con mayor tasa de fecundidad en la región de América Latina y el Caribe. Para frenar este aumento de la fecundidad, a partir de 1995, se han desarrollado diferentes programas de planificación familiar para ofrecer a la población femenina de Haití una posibilidad que les permita limitar y espaciar nacimientos expandiendo la cobertura en términos de anticoncepción. Pero dicha política de planificación familiar establecida por el Ministerio de Salud Pública y de la Población de Haití no tiene un enfoque de salud reproductiva que toma en cuenta las condiciones demográficas y socioeconómicas de las mujeres, y tampoco su falta de empoderamiento para tomar decisiones respecto a su vida reproductiva, particularmente a la satisfacción de sus necesidades de anticoncepción.

Frente a esta realidad, este trabajo de investigación se planteó el objetivo de analizar la relación existente entre el empoderamiento de las mujeres y las necesidades no satisfechas de anticoncepción.

El análisis univariado que se desarrolló ayudó a poner de manifiesto el perfil sociodemográfico, socioeconómico y de empoderamiento de las mujeres unidas bajo estudio. El análisis bivariado, a partir de tablas de contingencia, de tests de χ^2 de Pearson y del test de Wald ajustado, permitió establecer una relación significativa entre la mayoría de las variables bajo estudio y las necesidades no satisfechas de anticoncepción de las mujeres haitianas.

Las variables relativas al empoderamiento de las mujeres que fueron identificadas como pertinentes y que tienen una asociación significativa con las necesidades no satisfechas de anticoncepción son: niveles de poder de decisión económico, experiencia de violencia física, acuerdo en las preferencias del número de hijos y capacidad de negociación en las relaciones sexuales. Las variables sociodemográficas y socioeconómicas que tuvieron una asociación significativa con las necesidades no satisfechas de anticoncepción son:

edad de la mujer, hijos nacidos vivos, nivel de conocimiento de anticoncepción y situación ocupacional de la mujer. Al mismo tiempo, el análisis bivariado indicó otras variables que no parecen tener una asociación significativa con las necesidades no satisfechas de anticoncepción de las mujeres: nivel de autonomía de las mujeres, nivel de poder de decisión en el hogar, experiencia de violencia sexual y actitud frente a la violencia doméstica; igualmente algunas variables sociodemográficas y socioeconómicas no evidenciaron asociación bivariada significativa con las necesidades no satisfechas de anticoncepción de las mujeres: nivel de escolaridad, nivel socioeconómico del hogar y lugar de residencia.

Para analizar el efecto simultáneo de las variables anteriormente citadas sobre las necesidades no satisfechas de anticoncepción, utilizamos, por un lado, el análisis de correspondencias múltiples poniendo de relieve la asociación existente entre los altos niveles de poder de decisión económico, de autonomía y de negociación en las relaciones sexuales, la actitud de rechazo frente a la violencia doméstica, el acuerdo en las preferencias del número de hijos y las necesidades no satisfechas de anticoncepción; y por otro lado, tres modelos logísticos de distribución binomial. En términos generales, los tres modelos presentan un buen ajuste.

A partir del modelo de regresión en que integramos solo las variables de control que arrojan asociaciones significativas con el riesgo de necesidades no satisfechas de anticoncepción de las mujeres, verificamos las hipótesis de investigación que orientaron este trabajo.

La primera hipótesis - *un mayor nivel en el poder de decisión económico de la mujer se relaciona con una menor propensión de tener necesidades no satisfechas de anticoncepción* - se refiere al poder de decisión económico (derivado de la dimensión económica) y se cumple en el marco de este trabajo de investigación. Este resultado indica, como lo plantearon Do y Kurimoto (2012) y Deere y León (2002), que las

mujeres unidas haitianas⁴⁴ con un nivel medio o alto de poder de decisión económico son menos propensas de tener necesidades no satisfechas de anticoncepción que las que tienen bajo poder de decisión.

La segunda hipótesis hace referencia a la autonomía de las mujeres (vinculada a la dimensión sociocultural). Dicha hipótesis - *las mujeres con mayor nivel de autonomía son menos propensas a experimentar necesidades no satisfechas de anticoncepción* - no se verifica en el marco del presente trabajo ya que encontramos un resultado no significativo para esta variable.

Este resultado sugiere que, para el caso de Haití, la libertad de movimientos y de acciones no es parte de los indicadores importantes de empoderamiento de las mujeres, contrariamente a lo encontraron Mason y Smith (2000) y Casique (2003) para otros países. Una explicación plausible a este resultado es la limitación o debilidad conceptual del índice de autonomía construido en este trabajo de investigación a partir de variables que se relacionan más con el control ejercido por el cónyuge. La base de datos EMMUS V no tiene variables originales que se focalizan sobre los arreglos que deben hacer las mujeres con sus cónyuges para realizar un conjunto de actividades relativas al trabajo remunerado, a las compras, a las visitas a parientes o amistades, a la participación en actividad vecinal o política y otras, como presenta Casique (2010) en la construcción del índice de autonomía de las mujeres. Entonces, es necesario para los futuros trabajos, revisar el indicador de autonomía calculado y seguir probando esta relación en el caso de Haití.

La tercera hipótesis se relaciona con el poder de decisión en el hogar (derivada de la dimensión familiar e interpersonal). Esta hipótesis - *las mujeres con mayor nivel de poder de decisión en el hogar son menos propensas a tener necesidades no satisfechas de anticoncepción* - no se corrobora en este trabajo de investigación. En cierta manera

⁴⁴ Como se plantea en el capítulo metodológico este estudio se centra en las mujeres unidas haitianas que hacen parte de la demanda potencial de anticoncepción y que contestan las preguntas sobre violencia doméstica.

podría pensarse que estos resultados contradicen los hallazgos de diferentes autores que intentan establecer la relación entre el poder de decisión en el hogar y las necesidades no satisfechas de anticoncepción para otros países (Casique, 2003; Hameed *et al.*, 2014; Austin, 2015). Como probable explicación de este resultado, podemos plantear las limitaciones del indicador de poder de decisión en el hogar estimado para este trabajo, ya que hay variables que no son consideradas en la construcción de dicho indicador por falta de información.

La cuarta hipótesis tiene que ver con el control coercitivo interpersonal (derivada de la dimensión familiar e interpersonal). Dicha hipótesis - *un menor control coercitivo interpersonal sobre las mujeres tiende a disminuir la propensión de tener necesidades no satisfechas de anticoncepción* - se cumple parcialmente en el marco de este trabajo de investigación, en tanto que las mujeres con experiencia de violencia física resultan asociadas a un menor riesgo de experimentar necesidades no satisfechas de anticoncepción (contradiendo nuestra hipótesis), mientras que el indicador de experiencia de violencia sexual resulta asociado con una mayor probabilidad de necesidades no satisfechas de anticoncepción (corroborando nuestra hipótesis).

El resultado obtenido respecto a la experiencia de violencia física parece coherente con lo que encontraron otros autores como Alio *et al.* (2009) y Dalal *et al.* (2012) respectivamente en el caso de África subsahariana y Bangladesh. Dichos autores argumentan que las mujeres violentadas físicamente son más propensas a satisfacer sus necesidades de anticoncepción, ya que dichas mujeres evitan quedar embarazadas para que sus hijos no nazcan en un entorno doméstico peligroso.

Cabe mencionar que el control coercitivo interpersonal no es medido solamente por la experiencia de violencia física sino también por la experiencia de violencia sexual. Como ya mencionamos, en el caso de la violencia sexual los resultados nos indican que las mujeres violentadas sexualmente son más propensas a tener necesidades no satisfechas de anticoncepción. Este resultado también parece lógico ya que el hecho de que las mujeres están sometidas sexualmente a sus cónyuges puede constituir una

barrera para satisfacer sus necesidades de anticoncepción sobre todo si el cónyuge está opuesto a la anticoncepción.

La quinta hipótesis - *un mayor acuerdo en las preferencias del número de hijos implica una menor propensión de tener necesidades no satisfechas de anticoncepción* - se relaciona con el acuerdo en las preferencias del número de hijos (derivada de la dimensión familiar e interpersonal) y se cumple en este trabajo de investigación. Este mismo resultado fue encontrado por Do y Kurimoto (2012), en el caso de ciertos países de África como Zambia, Ghana y Uganda, que muestran que el hecho de que la mujer está de acuerdo con su cónyuge en el número de hijos deseados tiene un efecto significativo sobre la satisfacción de necesidades de anticoncepción.

La sexta hipótesis - *las mujeres con mayor capacidad de negociar sus relaciones sexuales son menos propensas de tener necesidades no satisfechas de anticoncepción* - se cumple en el marco de este trabajo de investigación. Este mismo resultado fue encontrado por Do y Kurimoto (2012) en el caso de ciertos países de África como Zambia, Ghana y Uganda. Pero, según el mismo estudio, dicho resultado varía en función de la situación contextual de cada país ya que esta variable no es significativa para Namibia. En una sociedad patriarcal como Haití, la variable “negociación de las relaciones sexuales” parece pertinente ya que, como sucede en el caso de Ghana, las mujeres son sometidas sexualmente ante su cónyuge por el efecto de la dependencia económica sobre todo, o por el control coercitivo interpersonal ejercido por el cónyuge.

La séptima hipótesis - *una actitud de rechazo de la mujer frente a la violencia doméstica, implica una menor propensión de tener necesidades no satisfechas de anticoncepción* - se refiere a la actitud de la mujer frente a la violencia doméstica (dimensión familiar e interpersonal) y no se cumple en el marco de este trabajo de investigación. Lo que es diferente a lo que encontraron Do y Kurimoto (2012) en el caso de cuatro países de África aunque utilizamos los mismos indicadores de estos autores definidos en la base de datos EMMUS V para construir el índice de actitud frente a la violencia doméstica. Dicho resultado sugiere que no podemos tomar en cuenta la actitud

de la mujer frente a la violencia doméstica como variable pertinente en la explicación de las necesidades no satisfechas de anticoncepción de las mujeres unidas haitianas. En este sentido, hay que focalizarse sobre la ocurrencia de violencia de pareja y no sobre la actitud frente a la violencia doméstica.

Respecto a lo anterior, es posible deducir, como lo plantearon Do y Kurimoto (2012) y Mason y Smith (2003), que las mujeres unidas haitianas con mayor capacidad de negociación de las relaciones sexuales, que están de acuerdo con su cónyuge en las preferencias del número de hijos y que no sufren de violencia tienen menores necesidades no satisfechas de anticoncepción; es decir, las mujeres unidas que responden a estas características llegan a satisfacer más sus necesidades de anticoncepción. También, los resultados nos llevan a concluir que las variables de nivel de escolaridad y de empleo son importantes en el estudio de necesidades no satisfechas de anticoncepción pero no pueden ser considerados como proxies del empoderamiento de las mujeres, sino más bien contribuyen en la manifestación de dicho proceso.

Finalmente, a la luz de los resultados encontrados y de las dificultades enfrentadas a lo largo de este trabajo de investigación, es necesario presentar algunas sugerencias para la mejora de las políticas públicas existentes y respecto a la encuesta DHS de Haití.

Como dice Kingdon en Parsons (2007), “para que una situación sea un problema las personas deben estar convencidas de que deben hacer algo para modificarlo”. Entonces, aparte de la necesidad de hacer más accesibles los servicios modernos de anticoncepción y de focalizar sobre la formación y generación de conocimiento sobre dichos métodos, los procesos capaces de empoderar a las mujeres - en términos de aumento del poder de decisión económico, de la erradicación del control coercitivo interpersonal, de capacitación en la negociación de las relaciones sexuales, de acuerdo en las preferencias del número de hijos, de acceso a la educación y al trabajo - deberían ser considerados en las políticas públicas sobre planificación familiar.

De hecho, una política no puede ser legítima en una sociedad democrática sin una ley vigente aprobada por el parlamento que es coherente a la constitución del país. Entonces, el parlamento haitiano debe jugar un papel importante a las políticas de planificación familiar dándoles un carácter legal y jurídico. De esta forma es necesario tener un marco normativo sobre la salud reproductiva promoviendo el respeto de los derechos de las mujeres.

Aunque el tema de aborto no fue abordado en este trabajo de investigación por falta de información, el acceso al aborto es parte de la dimensión familiar e interpersonal del empoderamiento de las mujeres presentado por Malhotra *et al.* (2002). De hecho, es el momento de abrir el debate sobre el acceso al aborto en Haití. En este sentido, la DHS de Haití debería tener preguntas que permitan medir el acceso al aborto como un indicador de empoderamiento de las mujeres.

Por otra parte, la encuesta DHS de Haití es la única fuente de datos que tiene información relacionada con el empoderamiento de las mujeres, pero dicha encuesta tiene muchas limitaciones y no ofrece la oportunidad de tomar en cuenta de manera amplia las diferentes dimensiones del empoderamiento de las mujeres abordadas por Malhotra *et al.* (2002). De hecho, los indicadores de las dimensiones legal, política y psicológica no se encuentran en la encuesta, ni tampoco las variables para medir de manera adecuada la autonomía de las mujeres.

Por lo tanto, para facilitar el estudio futuro sobre las perspectivas de empoderamiento de las mujeres, es pertinente tomar en cuenta las limitaciones mencionadas anteriormente. También, parece relevante indagar sobre los aspectos relativos a los derechos de las mujeres en términos de salud reproductiva.

Referencias Bibliográficas

- Adebowale, S. A. y Palamuleni, M. E. (2014). Determinants of unmet need for modern contraception and reasons for non-use among married women in rural areas of Burkina Faso. *Etude de la Population Africaine*, 28(1), 499.
- Ajong, A. B., Njotang, P. N., Yakum, M. N., Essi, M. J., Essiben, F., Eko, F. E., Mbu, E. R. (2016). Determinants of unmet need for family planning among women in Urban Cameroon: a cross sectional survey in the Biyem-Assi Health District, Yaoundé. *BMC Women's Health*, 16(4), 1-8.
- Al Riyami, A., Afifi, M. y Mabry, R. M. (2004). Women's autonomy, education and employment in Oman and their influence on contraceptive use. *Reproductive Health Matters*, 12(23), 144-154. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080\(04\)23113-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(04)23113-5)
- Ali, A. A. y Okud, A. (2013). Factors affecting unmet need for family planning in Eastern Sudan. *BMC Public Health*, 13(1), 102. doi:[10.1186/1471-2458-13-102](https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-102)
- Alio, A. P., Daleya, E. M., Nanab, P. N., Duanc, J. y Salihud, H. M. (2009). Intimate partner violence and contraception use among women in Sub-Saharan Africa. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 107(1), 35-38.
- Alsop, R., Bertelsen, M. F. y Holland, J. (2006). Empowerment in practice: From analysis to implementation. Washington DC, USA: *The International Bank for Reconstruction and Development/THE WORLD BANK*. doi:[10.1596/978-0-8213-6450-5](https://doi.org/10.1596/978-0-8213-6450-5)
- Ariza, M. y de Oliveira, O. (2000). Género, trabajo y familia: Consideraciones teórico-metodológicas. *México, DF, inédito*.
- Austin, A. (2015). Unmet contraceptive need among married Nigerian women: an examination of trends and drivers. *Contraception*, 91(1), 31-38.

- Batliwala, S. (1994). The Meaning of Women's Empowerment: New Concepts from Action. *En: Sen, Gita, Adrienne Germain y Lincoln Chen, ed. Population Policies Reconsidered. Health, Empowerment and Rights. Cambridge, Mass., Harvard University Press.*
- Bongaarts, J. (1978). A framework for analyzing the proximate determinants of fertility. *Population and development review*, 105-132.
- Bongaarts, J. y Bruce, J. (1995). The causes of unmet need for contraception and the social content of services. *Studies in family planning*, 26, 57-75. doi:10.2307/2137932
- Bradley, S. E., Croft, T. N., Fishel, J. D. y Westoff, C. F. (2012). Revising Unmet Need for Family Planning (DHS Analytical Studies No. 25 ed.). *Calverton, Maryland, USA: ICF International.*
- Camarena, R., y Lerner, S. (2008). Necesidades insatisfechas en salud reproductiva: mitos y realidades en el México rural. *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, 1, 117-216
- Carr, B., Gates, M. F., Mitchell, A., y Shah, R. (2012). Permettre aux femmes de planifier leurs familles. 5-7.
- Casique, I. (2001). Women's autonomy and power and use of contraception in Mexico: What difference does it make? *In XXIV General Population Conference, Salvador, Brazil*, 691-723.
- Casique, I. (2003). Uso de anticonceptivos en México: ¿Qué diferencia hacen el poder de decisión y la autonomía femenina? *Papeles de Población*, 9(35), 209-233.
- Casique, I. (2004). Poder de decisión y autonomía de la mujer mexicana. Análisis de algunos condicionantes. Cuernavaca : *Universidad Nacional Autónoma de México-Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias* [Serie Cuadros del CRIM].

- Casique, I. (2010). Factores de empoderamiento y protección de las mujeres contra la violencia. *Revista mexicana de sociología*, 72(1), 37-71.
- Casique, I. (2014). Índice de empoderamiento de las mujeres y su vinculación con la violencia de pareja. En I. Casique y R. Castro, Expresiones y contextos de la violencia contra las mujeres en México. Resultados de la Endireh 2011 en comparación con sus versiones previas 2003 y 2006 (págs. 99-182). *Cuernavaca: (Instituto Nacional de las Mujeres (INM)/Universidad Nacional Autónoma de México(UNAM)/Centro Regional de Investigaciones Interdisciplinarias(CRIM)*.
- Casterline, J. B. y Sinding, S. W. (2000). Unmet Need for Family Planning in Developing Countries and Implications for Population Policy. *Population and development review*, 26(4), 691-723. doi:10.1111/j.1728-4457.2000.00691.x
- Cayemittes, M., Busangu, M. F., Bizimana, J. d., Barrère, B., Sévère, B., Cayemittes, V. y Charles, E. (2013). Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, Haïti, 2012. *Calverton, Maryland, USA: MSPP, IHE et ICF International*.
- Chesnais, J.-C. (1992). The Demographic Transition, stages, patterns, and economic implications: a longitudinal study of sixty-seven countries covering the period 1720-1984. *Oxford University*, pp. 1-25 y pp. 27-46.
- Cortés, M. E. y León, M. I. (2005). Generalidades sobre Metodología de la Investigación. *Universidad Autónoma del Carmen*.
- Dalal, K., Andrews, J. y Dawad, S. (2012). Contraception use and associations with intimate partner violence among women in Bangladesh. *Journal of biosocial science*, 44(01), 83-94.
- De Barbieri, T. (2013). Sobre la categoría género: una introducción teórico-metodológica. *Debates en sociología*, (18), 145-169.
- Deere, C. D. y León, M. (2002). Género, propiedad y empoderamiento: tierra, Estado y mercado en América Latina. México: *Universidad Autónoma de México (UNAM) y Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)*.

- del Carmen Ibarra, M. y Michalus, J. C. (2014). Análisis del rendimiento académico mediante un modelo Logit. *Revista Ingeniería Industrial*, 9(2), 47-56.
- Do, M. y Kurimoto, N. (2012). Women's Empowerment and Choice of Contraceptive Methods in Selected African Countries. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38(1), 23-33. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/41472762>
- Dorvilier, F. (2010). Les causes de la crise de la transition démographique en Haïti: une analyse néo-institutionnelle. *Centre de Recherche en Démographie et Sociétés, Université Catholique de Louvain (UCL)*, 1-28.
- England, P. (1997). Conceptualizing Women's Empowerment. *paper presented at the Seminar on female Empowerment and Demographic Processes, Lund (20-24 april)*.
- Escoto Castillo, A. R. (2010). Precariedad laboral y juvenil en El Salvador, 2003-2007 . *Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Sede México*.
- Figueras, M. (2003). Análisis de Correspondencias. Obtenido de 5campus.com: <<http://www.5campus.com/leccion/correspondencias>>. [27 febrero de 2016]
- Flórez, C. E. y Soto, V. E. (2008). El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe: una visión global. *Inter-American Development Bank*.
- Gage, A. J. (1995). Women's Socioeconomic Position and Contraceptive Behavior in Togo. *Studies in Family Planning*, 26(5), 264-277. doi:10.2307/2138012
- Gage, A. J. y Hutchinson, P. L. (2006). Power, control, and intimate partner sexual violence in Haiti. *Archives of sexual behavior*, 35(1), 11-24.
- Galati, A. J. (2015). Onward to 2030: sexual and reproductive health and rights in the context of the Sustainable Development Goals. *Guttmacher Policy Review*, 18(4).

- Gordon, C., Sabates, R., Bond, R. y Wubshet, T. (2011). Women's Education and Modern Contraceptive Use in Ethiopia. *International Journal of Education*, 3(1), 1-23. doi:<http://dx.doi.org/10.5296/ije.v3i1.622>
- Govindasamy, P. y Malhotra, A. (1996). Women's Position and Family Planning in Egypt. *Studies in Family Planning*, 27(6), 328-340.
- Grajales A., I. C. y Cardona A., D. (2010). La segunda transición demográfica y el nivel de desarrollo de los departamentos de Colombia, 2005. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública/Universidad Antioquia-Colombia*, 28(3), pp. 209-220.
- Gutiérrez, M. (2013). La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 30(3), 465-470.
- Hameed, W., Azmat, S. K., Ali, M., Sheikh, M. I., Abbas, G., Temmerman, M. y Avan, B. I. (2014). Women's empowerment and contraceptive use: the role of independent versus couples' decision-making, from a lower middle income country perspective. *PloS one*, 9(8), e104633.
- Harvey, S. M., Bird, S. T., De Rosa, C. J., Montgomery, S. B., y Rohrbach, L. A. (2003). Sexual decision making and safer sex behavior among young female injection drug users and female partners of IDUs. *Journal of sex research*, 40 (1), 50-60.
- Hernández, J. C., Quesada, M. Y., Valdés, A. I., García, P. H. y Boza, A. V. (2007). Anticoncepción en la adolescencia. *Rev Cubana Endocrinol*, 18(1).
- Herrera, J., Lamaute-Brisson, N., Milbin, D., Roubaud, F., Saint-Macary, C., Torelli, C. y Zanuso, C. (2014). L'évolution des conditions de vie en Haïti entre 2007 et 2012: la réplique sociale du séisme. *IHSI, DIAL, Paris, Port-au-Prince*.
- Hurwitz, A. (2013). Assistance légale pour les femmes victimes de violence de genre en Haïti. *Obtenido de United Nations Development Programme (UNDP)* [fecha de consulta: 19 de febrero de 2016]: Disponible en: <http://www.undp.org>

- Ibrahim, S. y Alkire, S. (2007). Agency and Empowerment: A Proposal for Internationally Comparable Indicators. *Oxford Development Studies*, 35(4), 379-403. doi:10.1080/13600810701701897
- IHSI. (2015). Population totale, population de 18 ans et plus ménages et densités estimés en 2015. *Direction des Statistiques Démographiques et Sociales, IHSI*.
- Irani, L., Speizer, I. S. y Fotso, J.-C. (2014). Relationship characteristics and contraceptive use among couples in urban kenya. *International perspectives on sexual and reproductive health*, 40(1), 11-20.
- Jejeebhoy, S. J. (1997). Operationalising Women's empowerment: The case of rural india. *Paper presented at the seminar on female empowerment and Demographic processes, Lund (20-24 April)*.
- Jejeebhoy, S. J. (2000). Women's autonomy in rural India: Its dimensions, determinants, and the influence of context. *na*.
- Jejeebhoy, S. J. y Sathar, Z. A. (2001). Women's Autonomy in India and Pakistan: The Influence of Religion and Region. *Population and Development Review*, 27(4), 687-712.
- Kabeer, N. (2001). Reflections on the measurement of women's empowerment. In A. Sisask (Ed.), *Discussing Women's Empowerment: Theory and Practice*. (Vol. Sida Studies No.3, pp. 17-57). *Stockholm, Sweden: Swedish International Development Cooperation Agency*.
- Kishor, S. (2000). Women's Contraceptive Use in Egypt: What Do Direct Measures of Empowerment Tell Us? *Annual Meeting of the Population Association of America. Los Angeles, California, 23-25 marzo*.
- Krishna, A. (2003). Social Capital, Community Driven Development, and Empowerment: A Short Note on Concepts and Operations. *Duke University*.
- Kulczycki, A. (2008). Husband-wife agreement, power relations and contraceptive use in Turkey. *International Family Planning Perspectives*, 34(3), 127-137.

- León, F. R. (2013). Predicting contraceptive use from an Egalitarian model of women's overall household power vis-a-vis conventional power models and third variables. *Journal of Biosocial Science*, 45(04), 1-19.
- Lesthaeghe, R. y Lopez-Gay, A. (2013). Spatial continuities and discontinuities in two successive demographic transitions: Spain and Belgium, 1880-2010. *Demographic Research*, 28, 77-136.
- Malhotra, A. y Schuler, S. R. (2005). Women's empowerment as a variable in international development. In D. Narayan (Ed.), *Measure Empowerment* (pp. 71-88). *Washington, DC: Cross-Disciplinary Perspectives*.
- Malhotra, A., Schuler, S. R. y Boender, C. (2002). Measuring Women's Empowerment as a Variable in International Development. *World Bank, Workshop Poverty and Gender. Washington, DC: New Perspectives*.
- Mason, K. O. (2005). Measuring Women's Empowerment: Learning from Cross-National. (D. Nayaran, Ed.) *Cross-Disciplinary Perspectives*, 89-102.
- Mason, K. O. y Smith, H. L. (2000). Husbands' versus wives' fertility goals and use of contraception: The influence of gender context in five Asian countries. *Demography*, 37(3), 299-311. Obtenido de <http://link.springer.com/article/10.2307/2648043>
- Mason, K. O. y Smith, H. L. (2003). Women's Empowerment and Social Context: Results from Five Asian Countries,. *Gender and Development Group, World Bank*, 1-41.
- MEASURE. (2008). Description of the demographic and health surveys individual recode data file. *Calverton, MD, USA: Measure DHS*.
- Mekonnen, W. y Worku, A. (2011). Determinants of low family planning use and high unmet need in Butajira District, South Central Ethiopia. *Reprod Health*, 8(37), 1-8.

- Molinero, L. M. (2001). Odds ratio, Riesgo Relativo y Número Necesario a Tratar. Obtenido de <<http://www.seh-lelha.org/pdf/oddsratio.pdf>> [27 de febrero de 2016].
- Moursund, A. y Kravdal, Ø. (2003). Individual and community effects of women's education and autonomy on contraceptive use in India. *Population Studies*, 57(3), 285-301. doi:10.1080/0032472032000137817
- MSPP (2015). Enquête sur les produits et les services de santé reproductive dans 132 institutions sanitaires des 10 départements d'Haïti. *Rapport de l'enquête annuelle GPRHCS - Edition 2015. Direction de la santé de la famille / Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) / UNFPA /SEFIS*.
- Murguialday, C. M. (2006). Empoderamiento de las mujeres: conceptualización y estrategias. Obtenido de sitio web: <http://www.vitoria-gasteiz.org/wb021/http/contenidosEstaticos/adjuntos/es/16/23/51623.pdf>. [fecha de consulta: 08 de abril 2016]
- Nations Unies (2010). Haïti : Evaluation sectorielle des dommages, des pertes et des besoins. *Banque Mondiale, Banque Interaméricaine de Développement, Nations Unies, Commission Européenne, Ministère de la Planification et de la Coopération Externe (MPCE)*.
- Nyauchi, B. y Omedi, G. (2014). Determinants of Unmet Need for Family Planning among Women in Rural Kenya. *Etude de la Population Africaine*, 28(2), 999.
- Ojaka, D. (2008). Trends and determinants of unmet need for family planning in Kenya. *Calverton, Maryland, Macro International, MEASURE DHS*, 56.
- ONPES. (2014). Haïti : Investir dans l'humain pour combattre la pauvreté. *MPCE, World Bank Group, Observatoire Nationale de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES)*, 1-24.

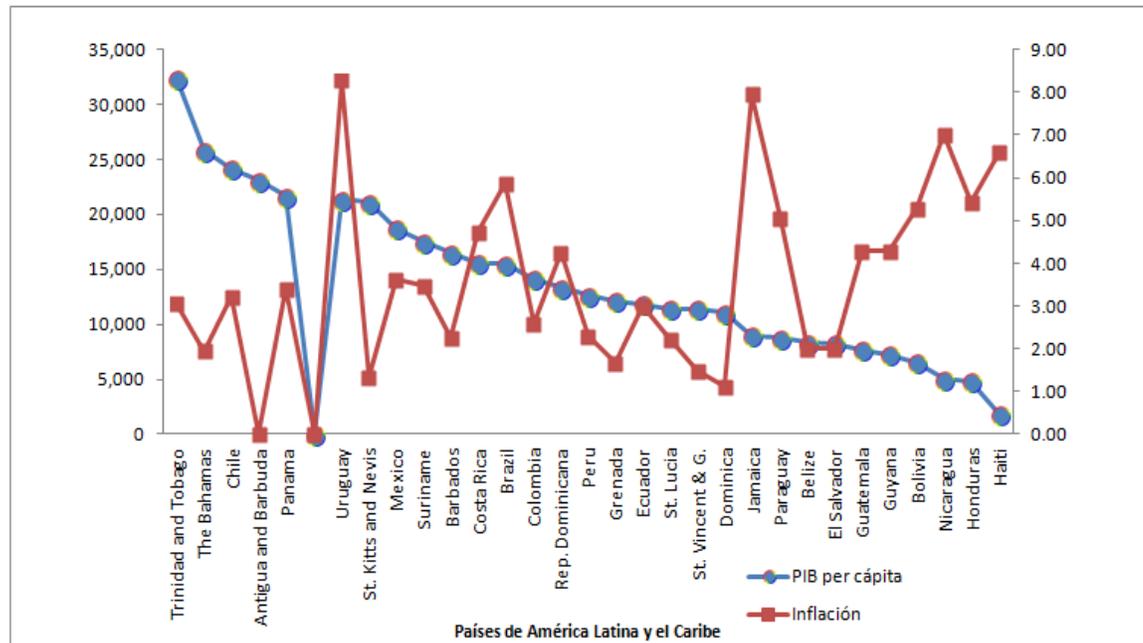
- Palermo, T., Bleck, J. y Westley, E. (2015). Conocimiento y uso de la anticoncepción de emergencia: un análisis multipaís. *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*, 1-8. doi:doi: 10.1363/ SP00115.
- Parsons, W. (2007). Políticas públicas. Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de Políticas Públicas. *Flacso, México*.
- Perchellet, S. (2010). Construire ou reconstruire Haïti. Haïti. Obtenido de <http://cadtm.org/Construire-ou-reconstruire-Haiti,6647>. Fecha de consulta: 03-04-16.
- PNUD. (2014). Rapport sur le développement humain 2014. Pérenniser le progrès humain: réduire les vulnérabilités et renforcer la résilience. *Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), UN Plaza, New York, USA*.
- PNUD. (2015). Rapport sur le développement humain 2015. Le travail au service du développement humain. *Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), UN Plaza, New York, USA*.
- Romero Sepúlveda, M. I., Bedregal García, P. y Bastias Silva, G. (1994). Situación de la salud materno infantil en Chile. *Bol. Esc. Med.* 23(1), 10-4.
- Samman, E. y Santos, M. E. (2009). Agency and Empowerment: A review of concepts, indicators and empirical evidence. For the 2009 *Human Development Report in Latin America and the Caribbean*. Londres: *Oxford Poverty and Human Development Initiative/University of Oxford*.
- Schuler, S. R., y Hashemi, S. M. (1994). Credit programs, women's empowerment, and contraceptive use in rural Bangladesh. *Studies in family planning*, 65-76.
- Schuler, S. R., Jenkins, A.H. y Townsend, J.W. (1995). Credit, Women's status and Fertility Regulation in Urban Market Centers of Bolivia. *JSI Working Paper No. 8. Washington DC: John Snow, Inc.*

- Schwarcz, R., Castro, R., Galimberti, D., Martínez, I., García, O., Lomuto, C. y Queiruga, M. (2002). Guía para el uso de métodos anticonceptivos. *Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.*
- Sedgh, G., Hussain, R., Bankole, A. y Singh, S. (2007). Women with an unmet Need for Contraception in Developing Countries and their reasons for not using a method. Occasional report No.37. *New York: Guttmacher Institute.*
- Tran, V. (2011). Un développement structurel en Haïti par le biais de produits financiers éthiques et solidaires. Obtenido de http://www.positive-awards.be/IMG/pdf/Tran_Vanessa-_Finance_e_thique_-_2011.pdf
- Unicef y WHO. (2008). Mortalidad materna en 2005: estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial.
- Van de Kaa, D. (1987). Europe's Second Demographic Transition. *Population Bulletin*, 42(1).
- Weeks, J. (2008). *An Introduction to Concepts and Issues* (Tenth ed.). San Diego State University, California, USA: Thomson Wadsworth Publishing Company.
- Westoff, C. F. (1978). The unmet need for birth control in five Asian countries. *Family Planning Perspectives*, 10(3), 173-181. doi:10.2307/213430
- Westoff, C. F. (2006). New Estimates of Unmet Need and the Demand for Family Planning. *DHS Comparative Reports No.14*. Calverton, Maryland USA: Macro International Inc.
- Wolff, B., Blanc, A. K. y Ssekamatte-Ssebuliba, J. (2000). The Role of Couple Negotiation in Unmet Need for Contraception and the Decision to Stop Childbearing in Uganda. *Studies in Family Planning*, 31(2), 124-137. doi:10.1111/j.1728-4465.2000.00124.x
- Yang, F. (2013). Health Beliefs and Contraception Use in Leogane, Haiti: A Qualitative Study. *Duke University.*

Anexo I

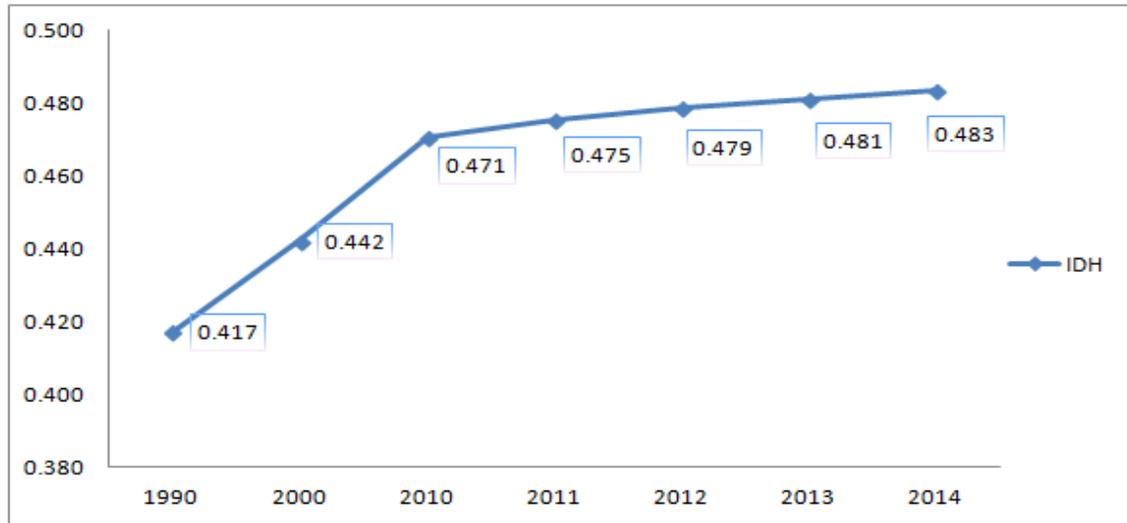
Presentación de los indicadores sociodemográficos y económicos del capítulo 2

Gráfica 2.1. Producto Interno Bruto (PIB) per cápita (dólar us en ppa de 2014) y la tasa de inflación en Haití y en América Latina y el Caribe en 2015



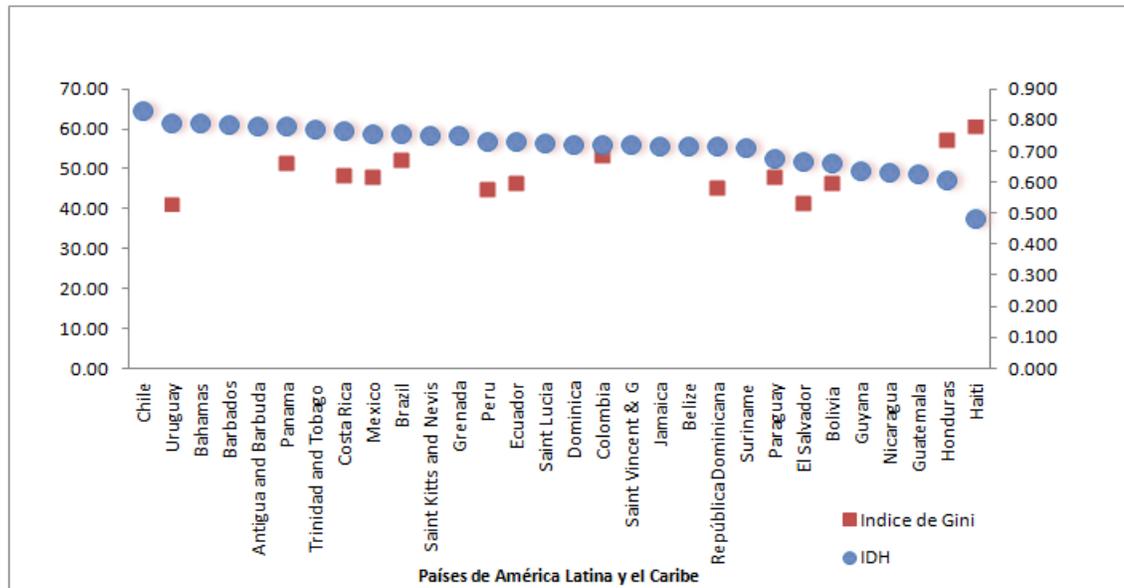
Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de las perspectivas de Economía Mundial, Fondo Monetario Internacional, Washington, DC, Octubre 2014. <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2014/02/weodata/weoselgr.aspx>

Gráfica 2.2. Evolución del Índice de Desarrollo Humano (IDH) de Haití entre 1990 y 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos del programa de desarrollo de las Naciones Unidas. <http://hdr.undp.org/fr/data>

Gráfica 2.3. Índice de Desarrollo Humano (IDH) en 2014 e índice de Gini en 2012 en Haití y América Latina y el Caribe



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos del programa de desarrollo de las Naciones Unidas. <http://hdr.undp.org/fr/data>; Índice de Gini a partir de la base de datos del Banco Mundial. <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>

Anexo 2

Cálculos para la construcción de los índices en el capítulo 3 y la presentación de la matriz de correlación policórica del capítulo 5.

Cuadro 3.2. Matriz de correlación tetracórica

	1	2	3
Decisión sobre el uso del dinero del conyuge	1		
Posesión de casa	0.1817	1	
Posesión de tierra	0.1719	0.7918	1

Fuente: Elaboración propia a partir de la DHS de Haití de 2012

Cuadro 3.3. Análisis factorial con componentes principales para las variables relacionadas al poder de decisión económico de las mujeres (factores y varianza explicada)

Factor	Autovalores (eigenvalue)	Porcentaje varianza	Porcentaje acumulado
Factor 1	1.86419	0.6214	0.6214
Factor 2	0.92772	0.3092	0.9306
Factor 3	0.20809	0.0694	1.0000

Fuente: Elaboración propia a partir de la DHS de 2012 de Haití

Cuadro 3.4. Matriz de correlación tetracórica

	1	2	3
Cónyuge no permite a la mujer ver a sus amigos	1		
Cónyuge trata de limitar el contacto de la mujer con su familia	0.8524	1	
Cónyuge quiere controlar los movimientos de la mujer	0.6789	0.6666	1

Fuente: Elaboración propia a partir de la DHS de Haití de 2012

Cuadro 3.5. Análisis factorial en componentes principales para las variables relacionadas a la autonomía de las mujeres (factores y varianza explicada)

Factor	Autovalores (eigenvalue)	Porcentaje varianza	Porcentaje acumulado
Factor 1	2.46866	0.8229	0.8229
Factor 2	0.38393	0.1280	0.9509
Factor 3	0.14741	0.0491	1.0000

Fuente: Elaboración propia a partir de la DHS de 2012 de Haití

Cuadro 3.6. Matriz de correlación tetracórica

	1	2	3
Decisión sobre las compras importantes en el hogar	1		
Decisión sobre el cuidado de la salud de la mujer	0.6071	1	
Decisión sobre visitas a familiares	0.6171	0.5687	1

Fuente: Elaboración propia a partir de la DHS de Haití de 2012

Cuadro 3.7. Análisis factorial en componentes principales para las variables relacionadas al poder de decisión en el hogar (factores y varianza explicada)

Factor	Autovalores (eigenvalue)	Porcentaje varianza	Porcentaje acumulado
Factor 1	2.1955	0.7318	0.7318
Factor 2	0.43189	0.1440	0.8758
Factor 3	0.37262	0.1242	1.0000

Fuente: Elaboración propia a partir de la DHS de 2012 de Haití

Cuadro 3.8. Matriz de correlación tetracórica

	1	2	3
Capacidad de rechazar tener relaciones sexuales con el cónyuge	1		
Capacidad de pedir al cónyuge de usar condon	0.8524	1	
justificación del rechazo de relaciones sexuales	0.6789	0.6666	1

Fuente: Elaboración propia a partir de la DHS de Haití de 2012

Cuadro 3.9. Análisis factorial en componentes principales para las variables relacionadas a la negociación en las relaciones sexuales (factores y varianza explicada)

Factor	Autovalores (eigenvalue)	Porcentaje varianza	Porcentaje acumulado
Factor 1	1.99411	0.6647	0.6647
Factor 2	0.95119	0.3171	0.9818
Factor 3	0.0547	0.0182	1.0000

Fuente: Elaboración propia a partir de la DHS de 2012 de Haití

Cuadro 3.10. Matriz de correlación tetracórica

	Violencia doméstica justificada si la mujer sale sin pedir permiso	Violencia doméstica justificada si la mujer deja de lado los hijos	Violencia doméstica justificada si la mujer sostiene a su cónyuge	Violencia doméstica justificada si la mujer rechaza sexo a su cónyuge	Violencia doméstica justificada si la mujer quema comida
Violencia doméstica justificada si la mujer sale sin pedir permiso	1				
Violencia doméstica justificada si la mujer deja de lado los hijos	0.836	1			
Violencia doméstica justificada si la mujer sostiene a su cónyuge	0.684	0.8095	1		
Violencia doméstica justificada si la mujer rechaza sexo a su cónyuge	0.6606	0.7185	0.7588	1	
Violencia doméstica justificada si la mujer quema comida	0.6805	0.7821	0.789	0.7642	1

Fuente: Elaboración propia a partir de la DHS de Haití de 2012

Cuadro 3.11. Análisis factorial en componentes principales para las variables relacionadas a la actitud frente a la violencia doméstica (factores y varianza explicada)

Factor	Autovalores (eigenvalue)	Porcentaje varianza	Porcentaje acumulado
Factor 1	3.9928	0.7986	0.7986
Factor 2	0.4022	0.0804	0.8790
Factor 3	0.2444	0.0489	0.9279
Factor 4	0.2274	0.0455	0.9734
Factor 5	0.1332	0.0266	1.0000

Fuente: Elaboración propia a partir de la DHS de 2012 de Haití

Cuadro 3.13. Matriz de correlación tetracórica

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Conocimiento sobre la Píldora	1										
Conocimiento sobre el Dispositivo intrauterino	0.182	1									
Conocimiento sobre los inyectables	0.733	0.392	1								
Conocimiento sobre el condón masculino	0.679	0.162	0.647	1							
Conocimiento sobre la esterilización femenina	0.340	0.547	0.249	0.253	1						
Conocimiento sobre la esterilización masculina	0.320	0.624	0.265	0.288	0.800	1					
Conocimiento sobre los implantes	0.711	0.237	0.681	0.617	0.294	0.361	1				
Conocimiento sobre el condón femenino	0.379	0.273	0.253	0.583	0.164	0.231	0.360	1			
Conocimiento sobre la amenorrea del amamantamiento	0.270	0.342	0.210	0.274	0.157	0.187	0.296	0.265	1		
Conocimiento sobre el método de ritmo	0.263	0.386	0.242	0.352	0.368	0.377	0.258	0.457	0.381	1	
Conocimiento sobre el método de retiro	0.303	0.263	0.362	0.518	0.219	0.309	0.401	0.238	0.294	0.546	1

Fuente: Elaboración propia a partir de la DHS de Haití de 2012

Cuadro 3.14. Análisis factorial en componentes principales para las variables relacionadas a al conocimiento de anticoncepción (factores y varianza explicada)

Factor	Autovalores (eigenvalue)	Porcentaje varianza	Porcentaje acumulado
Factor 1	5.8826	0.5348	0.5348
Factor 2	1.3736	0.1249	0.6597
Factor 3	0.8840	0.0804	0.7400
Factor 4	0.7271	0.0661	0.8061
Factor 5	0.5649	0.0514	0.8575
Factor 6	0.4165	0.0379	0.8953
Factor 7	0.3460	0.0314	0.9268
Factor 8	0.3181	0.0289	0.9557
Factor 9	0.2069	0.0188	0.9745
Factor 10	0.1586	0.0144	0.9889
Factor 11	0.1218	0.0111	1.0000

Fuente: Elaboración propia a partir de la DHS de 2012 de Haití

Cuadro 5.3. Matriz de correlación policórica

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Niveles de poder de decisión económico	1														
Niveles de poder de decisión en el hogar	0.082	1													
Niveles de autonomía de las mujeres	0.079	0.158	1												
Actitud frente a la violencia doméstica	-0.016	0.175	0.138	1											
Niveles de negociación en las relaciones sexuales	-0.081	0.029	-0.073	0.131	1										
Sufrimiento de violencia física	-0.069	-0.032	-0.322	-0.106	0.006	1									
Sufrimiento de violencia sexual	-0.115	-0.116	-0.390	-0.135	0.007	0.566	1								
Acuerdo en las preferencias del número de hijos	0.117	0.005	0.015	0.091	0.083	-0.112	-0.040	1							
Edad	0.380	0.195	0.161	0.071	-0.024	-0.107	-0.137	-0.063	1						
Hijos Nacidos vivos	0.429	0.126	0.123	-0.026	-0.025	0.022	-0.062	-0.086	0.724	1					
Nivel de escolaridad	-0.288	-0.029	-0.102	0.169	0.122	-0.061	0.005	0.081	-0.324	-0.546	1				
Situación económica del hogar	-0.319	0.032	-0.067	0.145	0.075	0.028	-0.004	-0.035	-0.057	-0.367	0.569	1			
Índice de conocimiento de anticoncepción	0.053	0.017	0.007	0.075	0.089	0.053	-0.008	0.091	0.161	0.048	0.101	0.107	1		
Lugar de residencia	-0.443	0.002	-0.097	0.083	0.081	0.033	0.055	-0.098	-0.088	-0.352	0.462	0.832	0.068	1	
Situación ocupacional	0.223	0.212	0.040	0.034	-0.012	0.002	-0.027	-0.001	0.260	0.176	-0.079	-0.009	0.039	-0.017	1