



FLACSO
MÉXICO

**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SEDE ACADEMICA DE MÉXICO**

**MAESTRIA EN POBLACIÓN Y DESARROLLO
VIII PROMOCIÓN
(2008 – 2010)**

**Análisis sociodemográfico del comportamiento de las mujeres
en Haití, respecto al uso de métodos anticonceptivos
y las necesidades no satisfechas de anticoncepción.**

Tesis para obtener el grado de maestro en

Población y desarrollo presenta:

James Lachaud

Directora de tesis: Dra. Marta Mier y Terán

Seminario: Población y salud

Ciudad de México, agosto de 2010

AGRADECIMIENTOS AL CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA

CONACYT

Resumen

A pesar de la amplia bibliografía y los estudios académicos que han sido realizados sobre la planificación familiar y anticoncepción en la región latina caribeña, la situación en Haití es poco conocida.

En las últimas dos décadas, muchas son las instituciones, internacionales y nacionales, que trabajan en Haití en la planificación familiar, ofreciendo a la población haitiana, y específicamente las mujeres en edad de reproducción, diferentes servicios de salud reproductiva y servicios anticonceptivos. Sin embargo, el nivel de prevalencia de uso de método anticonceptivo sigue aún muy bajo y el nivel de necesidades no satisfechas de anticoncepción lo más alto de la región. Esta situación hace surgir muchas preguntas: ¿El problema de uso de anticonceptivos se concentra sólo en el nivel de disponibilidad y de accesibilidad o también en el nivel de comportamiento de las mujeres respecto a la utilización de los servicios? ¿Cómo se explica este comportamiento de esas mujeres que declaran tener necesidades insatisfechas pero no quieren o dejan, pues, de usar los métodos adecuados para evitar eso?

Los objetivos de este trabajo es de desarrollar un marco analítico-empírico de manera que permita entender el comportamiento reproductivo de las mujeres respecto a los servicios anticonceptivos en Haití en términos de NNSA, a partir de los factores determinantes, e integrando el efecto de selección vía en el no uso general.

Palabras claves: salud reproductiva, métodos anticonceptivos, necesidades no satisfechas de anticoncepción, temor a los efectos secundarios en la salud.

Abstract

In spite of the ample bibliography and the academic studies that have been realized on the familiar planning and contraception in the Caribbean Latin region, the situation in Haiti is little unknown.

In last the two decades, a lot of institutions, international and national, work in Haiti in the familiar planning offering to the Haitian population and specifically the women in age of reproduction, different services of reproductive health and contraceptive services. Nevertheless, the level of prevalence of use of contraceptive method is still very low and the level of needs unsatisfied of contraceptive is the highest in the region. This situation makes arise many questions: The problem of use of contraceptives is only concentrated in the level of availability and accessibility or also in the behavior of the women respect to the use of the services? How can explain the behavior of those

women who declare to have unsatisfied needs but they do not want or they leave to use the suitable methods to avoid that?

The objectives of this work are to develop an analytical-empirical frame so that it allows to understand the reproductive behavior of the women respect to the contraceptive services in Haiti in terms of unsatisfied of contraceptive, including the determining factors, and integrating the effect of selection via in the general nonuse.

Key words: reproductive health, contraceptive methods, needs unsatisfied with contraceptives, fear to the indirect effect in the health.

Dedicatoria

A la memoria de todas la víctimas
del sismo del día 12 de enero de 2010, Haití, especialmente
a todas las mujeres e hijos(as) víctimas.
Que descansen en paz.

Dedico este trabajo a un amigo,
El Ing. James Bernard que desapareció
desde el sismo del día 12 de enero de 2010, en Haití.

Agradecimientos

La realización de esta investigación fue un trabajo de muchos esfuerzos y una tarea de largos procesos. Durante los dos años de estudio y la elaboración de de la tesis, aparecieron momentos muy difíciles y tristes, sobretodo lo del seísmo en Haití el 12 de enero de 2010, que fueron mitigadas también por momento de alegría, de felicidad y el apoyo de muchas personas.

Quiero agradecer a mi familia, en especial a mi papá Arnold Lachaud y mi madre Elda Toussaint, por su apoyo y amor incondicional e incomparable desde que nací. También quiero agradecer y dar mi alta consideración a la familia de M.V.Z. Miguel Arvizu Abundis y a su esposa Martina Monje Torres y de manera muy especial a su hija Xadani Arvizu Monje, por su apoyo incondicional y excepcional durante los dos años de estudios. Mis dos años en México.

También quiero agradecer a la directora de la tesis, la Dra. Martha Mier y Terán, por su acompañamiento, orientación, rigor y paciencia en todo el proceso de la tesis. A mi Tutora y Lectora del comité de la tesis, Mtra. Cecilia Gayet Inés, por su precioso tiempo y atención incondicional en los dos años de estudios. Al otro lector de la tesis, Mtro. Ricardo Aparicio por su tiempo y sus consejos. También quiero agradecer a todos los profesores que me han acompañado durante esos dos años, especialmente al Dr. Virgilio Partida, al Mtro. Alejandro Alegría y la Mtra. Marisol, y también al Dr. Eddy Saint Paul, mi compatriota que siempre ha estado aquí cuando necesito su ayuda. Al Dr. Nelson Sylvestre y al Dr. Lesly Jules y su esposa Mtra. Kerline Toussaint, por su apoyo desde ante que iniciar esos estudios de maestría. A Jean-Pierre Moise Dorcé, el Ministro-Consejero de la embajada de Haití en México. A mi Hermano Michée Arnold Lachaud, estudiante en doctorado de Economía del medioambiente y recursos naturales, por su revisión y lectura del trabajo.

Agradezco a mis compañeros(as) de la maestría y especialmente las compañeras (fueron todas mujeres) del seminario que me han ayudado, me han criticado con honestidad y rigor para llevar a cabo la tesis. Agradezco especialmente a Dorothy Okumura. A todo el equipo de los servicios escolares. A todo el equipo de la biblioteca y de la Fotocopiadora. Gracias a Tsitsiki Arvizu Monje, por su ayuda en la redacción. Gracias a todos y a todas no cito en esta página pero que han contribuido de una manera u otra a la realización de este trabajo.

ÍNDICE

ÍNDICE DE CUADROS	9
ÍNDICE DE GRÁFICAS	10
MARCO DE REFERENCIA: MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y NECESIDADES NO SATISFECHAS DE ANTICONCEPCIÓN (NNSA)	13
1.1 ANTICONCEPCIÓN: ANTECEDENTES Y DEFINICIÓN	13
1.1.1 <i>Anticoncepción y Métodos Anticonceptivos: Definición</i>	15
1.1.2 <i>Los métodos anticonceptivo. Una clasificación</i>	15
1.1.3 <i>Uso y No uso de Métodos Anticonceptivos. Factores asociados</i>	16
1.2 NECESIDADES NO SATISFECHAS DE ANTICONCEPCIÓN (NNSA): CONCEPTOS Y DEFINICIONES	18
1.3 MEDICIÓN DEL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS: DEFINICIÓN OPERATIVA.....	21
1.4 APROXIMACIONES TEÓRICAS Y ESTUDIOS REALIZADOS.....	26
1.4.1 <i>Uso de métodos anticonceptivos, NNSA y acceso universal. El Aseguramiento de los Insumos de Anticoncepción (AIA)</i>	27
1.4.2 <i>Diferencias entre preferencias de fecundidad, uso de métodos anticonceptivos y NNSA.</i>	29
1.4.3 <i>Condiciones de vida de las mujeres, uso de métodos anticonceptivos y NNSA</i>	30
1.4.4 <i>Estabilidad de las uniones, uso de anticonceptivos y NNSA</i>	32
1.4.5 <i>Enfoque de género: relaciones de poder y la anticoncepción</i>	34
1.4.6 <i>Enfoque cultural. Las NNSA y la cultura</i>	35
1.4.7 <i>Ciclo de vida, uso de anticonceptivos y NNSA</i>	37
1.4.8 <i>Críticas de los diferentes enfoques y construcción de nuestro marco teórico:</i>	38
HAITÍ: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y DE SALUD⁴⁴	
2.1 PANORAMA SOCIODEMOGRÁFICO	44
2.1.1 <i>Perfil educativo</i>	45
2.1.2 <i>Esperanza de vida al nacimiento y mortalidad materna e infantil</i>	45
2.1.4 <i>Fecundidad</i>	46
2.2 PANORAMA ECONÓMICO.....	47
2.2.1 <i>Población económicamente activa y población ocupada</i>	47
2.2.2 <i>Situación de desigualdad</i>	48
2.3 PANORAMA JURÍDICO-LEGAL: DEFICIENCIA DEL MARCO LEGAL.....	49
2.4 ESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE LA ATENCIÓN A LA SALUD	50
2.4.1 <i>Calidad y accesibilidad a los servicios</i>	51
METODOLOGÍA Y FUENTE DE DATOS 53	
3.1 FUENTE DE DATOS.....	55
3.1.1 <i>Las Variables</i>	57

3.1.1.1	<i>Medición de las variables construidas</i>	59
3.1.1.2	<i>Cálculo de las NNSA</i>	59
3.1.1.3	<i>Cálculo del Índice de nivel de conocimiento de anticoncepción</i>	60
3.1.1.4	<i>Cálculo de la variable “Temor”</i>	61
3.1.1.5	<i>Relaciones de poder dentro de la pareja</i>	61
3.2	ESTRATEGIA ANALÍTICA	63
PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS Y ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y BI-VARIADO DEL COMPORTAMIENTO		
REPRODUCTIVO RESPECTO AL USO DE ANTICONCEPTIVOS		
4.1	<i>Perfil socio demográfico de la población femenina</i>	65
4.1.1	<i>Estructura por edad</i>	65
4.1.2	<i>Lugar de residencia</i>	67
4.1.2	<i>Nivel de educación</i>	67
4.1.3	<i>Religión</i>	67
4.1.4	<i>Estatus matrimonial</i>	68
4.1.5	<i>Situación ocupacional</i>	70
4.1.6	<i>Relación dentro de la pareja</i>	72
4.1.7	<i>Conocimiento, uso de anticoncepción y NNSA</i>	74
4.2	ANÁLISIS BI-VARIADO: FACTORES DETERMINANTES DEL USO	77
4.2.1	<i>Ciclo de vida: Uso de anticoncepción según grupos quinquenales de edades</i>	77
4.2.2	<i>Nivel educativo y uso de anticoncepción</i>	78
4.2.3	<i>Uso de anticoncepción según situación matrimonial</i>	79
4.2.4	<i>Uso de anticoncepción según zona de residencia</i>	81
4.2.5	<i>Uso de anticoncepción según pertenencia religiosa</i>	82
4.2.6	<i>Nivel estrato socioeconómico e Uso de anticoncepción</i>	83
4.2.9	<i>Uso de anticoncepción según nivel de poder dentro de la pareja</i>	85
4.2.10	<i>Uso de anticoncepción según la preferencia de fecundidad</i>	86
4.3	FACTORES DETERMINANTES DE LAS NNSA	87
4.3.1	<i>Tipo de no uso por grupos quinquenales de edades</i>	87
4.3.2	<i>Tipo de no uso según nivel educativo</i>	88
4.3.3	<i>Tipo de no uso según situación matrimonial</i>	89
4.3.4	<i>Tipo de no uso según zona de residencia</i>	90
4.2.5	<i>Tipo de no uso según creencia religiosa</i>	91
4.2.6	<i>Tipo de no uso por estrato socioeconómico</i>	92
4.2.7	<i>Tipo de no uso por nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos</i>	93
4.2.8	<i>Tipo de no uso por presencia de temor a los efectos secundarios en la salud</i>	94
4.2.9	<i>Tipo de no uso según el nivel de poder dentro de la pareja</i>	95

**COMPORTAMIENTO DE LAS MUJERES EN HAITÍ, RESPECTO AL USO DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS Y A LAS NNSA. UN ANÁLISIS DE SUS DETERMINANTES. 98**

5.1 MODELO DE SELECCIÓN DE HECKMAN: EXPRESIÓN Y PROCESO MATEMÁTICO.....	98
BIBLIOGRAFÍA.....	116

Índice de cuadros

- Cuadro 1: Perfil socio demográfico de la población femenina haitiana en edades reproductivas
- Cuadro 2: Distribución de las mujeres por situación matrimonial y parentesco con el jefe del hogar
- Cuadro 3: Población femenina por situación ocupacional y estrato socioeconómico
- Cuadro 4: Relación de poder dentro de la pareja
- Cuadro 5: Nivel de Poder dentro de la pareja
- Cuadro 6: Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos
- Cuadro 7: Población femenina por uso de método anticonceptivo según nivel educativo
- Cuadro 8 Prueba Ji-cuadrada de independencia entre uso y nivel educativo
- Cuadro 9: Población femenina por uso de método anticonceptivo según situación matrimonial
- Cuadro 10: Prueba Lambda de concordancia entre uso y situación matrimonial
- Cuadro 11 Población femenina por uso de método anticonceptivo según zona de residencia
- Cuadro 12 Prueba Ji-cuadrada de independencia entre uso y zona de residencia
- Cuadro 13: Población Femenina por Uso de Método Anticonceptivo según Religión
- Cuadro 14: Prueba Lambda de concordancia entre uso y religión
- Cuadro 15: Prueba Ji-cuadrada de independencia entre uso y estrato socioeconómico
- Cuadro 16: Población femenina por uso de métodos anticonceptivos según nivel de conocimiento
- Cuadro 17: Población femenina según uso de método anticonceptivo y nivel de poder dentro de la pareja
- Cuadro 18 Prueba Ji-cuadrada de independencia entre uso y nivel de poder dentro de la pareja
- Cuadro 19: Población femenina por uso de método anticonceptivo según preferencia de fecundidad alcanzada
- Cuadro 20: Prueba Ji-cuadrada de independencia entre uso y preferencia de fecundidad alcanzada
- Cuadro 21: Población femenina por tipo de no uso según grupos quinquenales de edades
- Cuadro 22: Prueba Ji-cuadrada de independencia entre tipo de no uso y grupos quinquenales de edad
- Cuadro 23: Población femenina por tipo de no uso según nivel educativo
- Cuadro 24: Prueba Ji-cuadrada de independencia entre tipo de no uso y nivel educativo
- Cuadro 25: Tipo de no uso según situación matrimonial
- Cuadro 26: Prueba Goodman de concordancia entre tipo de no uso y situación matrimonial
- Cuadro 27: Tipo de no uso según zona de residencia
- Cuadro 28: Prueba Ji-cuadrada de independencia entre tipo de no uso y zona de residencia

Cuadro 29: Tipo de no uso según creencia religiosa

Cuadro 30: Prueba Lambda de concordancia entre tipo de no uso y religión

Cuadro 31: Tipo de no uso por estrato socioeconómico

Cuadro 32: Prueba Ji-cuadrada de independencia entre tipo de no uso y estrato socioeconómico

Cuadro 33: Tipo de no uso por nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos

Cuadro 34: Prueba Ji-cuadrada de independencia entre tipo de no uso y nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos

Cuadro 35: Tipo de no uso por presencia de temor a los efectos secundarios en la salud

Cuadro 36: Prueba Ji-cuadrada de independencia entre tipo de no uso y temor a los efectos secundarios en la salud

Cuadro 37: Tipo de no uso según el nivel de poder dentro de la pareja

Cuadro 38: Prueba Ji-cuadrada de independencia entre tipo de no uso y nivel de poder dentro de la Pareja

Cuadro 39: Modelo (1) de selección de Heckman ajustado de las NNSA de las mujeres sexualmente activas según el proceso de no uso

Cuadro 40: Modelo probit de las NNSA ajustado sobre las mujeres sexualmente activas

Cuadro 41: Capacidades predictivas del modelo 1

Cuadro 42: Modelo probit de las NNSA ajustado sobre las mujeres sexualmente activas por zona de residencia

Cuadro 43: Capacidades predictivas del modelo probit de las NNSA sobre las mujeres sexualmente activas por zona de residencia

Índice de gráficas

Gráfica 1: Mujeres que usan métodos anticonceptivos según grupos quinquenales de edad

Gráfica 2: distribución de la población femenina por estrato socioeconómico según el uso de método anticonceptivo

Introducción

Haití es el país más pobre de la región latinoamericana, con su producto nacional per cápita de casi 15% del promedio de la zona, de \$440 US por habitante, una tasa de analfabetismo en mujeres de 35% y de 21% en hombres, una esperanza de vida de 59 años y más del 60% de su población vive con menos de un dólar estadounidense por día. Sin olvidar el terremoto del 12 de enero de 2010, que destruyó la capital, donde se concentraba la poca infraestructura que tenía el país y redujo en más de 50% su producto interno bruto.

Esta situación de pobreza generalizada condiciona y limita la disponibilidad e infraestructura de los servicios, específicamente limita los servicios de salud reproductiva y anticoncepción dedicados a los grupos más pobres y más vulnerables. El principal beneficiario de estos servicios es la población femenina en edades reproductivas, y se crea así una situación masiva de no satisfacción de las necesidades básicas, tales como las necesidades de controlar su comportamiento reproductivo y su fecundidad, en otras palabras, las necesidades de anticoncepción. Por otro lado, es relevante observar también la existencia de otros factores que podrían condicionar y afectar el comportamiento de la población haitiana, específicamente de las mujeres respecto al uso de los servicios anticonceptivos. A este respecto, surgen varias preguntas que me propongo abordar a lo largo del trabajo.

¿Cómo la situación de carencias en Haití puede influir en la disponibilidad y en el uso de los servicios, y específicamente en la disponibilidad y en el uso de los servicios de salud reproductiva y anticoncepción? Si la disponibilidad fuera garantizada, ¿podríamos esperar un pleno uso de dichos servicios? O ¿El problema de uso de anticonceptivos se concentra en la disponibilidad y accesibilidad o en otros factores que influyen en el comportamiento de las mujeres respecto a la utilización de los servicios? Entonces ¿cuáles son los factores que podrían explicar dicho comportamiento? Y ¿cómo se explica el comportamiento de las mujeres que declaran tener necesidades no satisfechas de anticoncepción, pero que no quieren o que dejan de usar los métodos adecuados? ¿Eso significa que la disponibilidad e infraestructura de los servicios es importante para entender el comportamiento de las mujeres respecto del uso de anticoncepción pero no es suficiente?

Frente a este conjunto de preguntas, nos hemos propuesto analizar los factores determinantes y su influencia en el comportamiento reproductivo de las mujeres en edades reproductivas

respecto al uso de los servicios anticonceptivos y específicamente de los métodos anticonceptivos.

El material del trabajo se organiza en cinco capítulos. En el primero, se presenta la construcción del marco teórico a partir de la bibliografía y los diferentes trabajos que han sido realizados. Y el segundo, hablamos de la situación sociodemográfica, económica, legal en Haití. Luego, el capítulo 3, presentamos la fuente y planteamos la metodología que utilizamos para llevar a cabo los objetivos del trabajo. En el capítulo 4 y el capítulo 5, presentamos los resultados del trabajo y luego la última parte, se presentan las conclusiones y reflexiones.

Capítulo I

Marco de referencia:

Métodos anticonceptivos y Necesidades No Satisfechas de Anticoncepción (NNSA)

Los marcos conceptuales elaborados para el análisis del comportamiento reproductivo de las mujeres, y más específicamente del uso de anticoncepción y de las Necesidades No Satisfechas de Anticoncepción (NNSA) continúan siendo incompletos y limitados, a pesar de sus méritos y aportaciones parciales, por lo cual, el debate teórico-empírico sigue abierto y enriqueciéndose aún con la complejidad del problema del uso y de las NNSA. Problema muy marcado en varios países en desarrollo, observado en los trabajos y los estudios con diferentes enfoques realizados sobre esta temática, así como el interés manifiesto en las conferencias y las organizaciones internacionales de población. Por ello, en este capítulo se abordan los principales conceptos y sus definiciones, las diferentes maneras de medirlos (sección 1.1) y posteriormente se presentan algunas aproximaciones teóricas sobre el uso y las NNSA (sección 1.2) que nos permiten enmarcar el análisis de este tema en Haití.

1.1 Anticoncepción: Antecedentes y Definición

La preocupación de la humanidad por controlar la natalidad ha existido desde tiempos inmemoriales. En varios textos muy antiguos¹ como en el Papiro de Petri, de 1850 a. C., en la Biblia, el Génesis 38:0-10 (*el retiro o coito interruptus*), en el libro *Historia Animalium* de Aristóteles (siglo V a. C.), se han mencionado métodos anticonceptivos, eficaces y no tan eficaces. Sin embargo, en épocas relativamente recientes el texto más relevante, clave para la discusión formal, académica y la búsqueda de la anticoncepción, fue y es *El ensayo sobre el principio de la población* de Malthus, publicado en 1798, en el que se aborda el problema de crecimiento poblacional respecto al débil crecimiento de recursos alimenticios. Malthus no propuso en su ensayo el uso de métodos anticonceptivos como una solución, pero suscitó el debate sobre el control de la natalidad.

¹ Díaz Alonso, "Historia de los anticonceptivos" Véase a la bibliografía

Un siglo más tarde, en 1898, el célebre Sigmund Freud escribió:

"Teóricamente, sería uno de los mayores triunfos de la humanidad [...] si el acto responsable de la procreación pudiera ser elevado al nivel de una conducta voluntaria e intencional y, de esta manera, separarlo del imperativo satisfacer un impulso natural". (Pp. 43)

Sin embargo, fue hasta mediados del siglo XX, período de la postguerra, cuando el crecimiento poblacional empieza a ser objeto específico de estudios, principalmente demográficos. En estos estudios se lo relaciona con el nivel de desarrollo económico (Sauvy, 1952; Notestein, 1953; Ansley y Edgar, 1965) y se integran a las políticas poblacionales. Estos estudios coinciden en el tiempo con una difusión, a gran escala, del uso de los métodos anticonceptivos.

Cabe señalar que la expansión de la anticoncepción a nivel macro se debió a la percepción de los gobiernos y organismos internacionales de un alto crecimiento poblacional mundial, mientras en lo individual se fomentaba la idea de separar la reproducción de la sexualidad. Es decir, se quiere controlar la fecundidad sin abstenerse de las relaciones sexuales; controlar las concepciones en las relaciones sexuales o, al menos, reducir significativamente el riesgo de concebir, como lo explican Davis y Blake (1967). En ese trabajo se afirma que los diferentes factores sociales que influyen sobre la fecundidad, lo hacen a través de las variables intermedias, se muestra que la exposición al coito tiene un papel importante, pero cuando hay exposición al coito también lo tiene la anticoncepción como variable intermedia de control deliberado de la fecundidad. Los autores de este sistema analítico, desde la sociología comparativa de la fecundidad, presentan las variables intermedias, las cuales pueden ser modificadas para bajar la fecundidad. Estas variables son divididas en tres grupos:

Las primeras son las que afectan la exposición al coito: la edad de inicio de las uniones sexuales, la situación de celibato o de abstinencia total o parcial, voluntaria o involuntaria y la frecuencia de coito. Las segundas son las que afectan el riesgo de concebir, las cuales incluyen la capacidad biológica de reproducción de una mujer y las técnicas para limitar de manera voluntaria la fecundidad, es decir, la práctica (uso y no uso) de la anticoncepción. El último grupo corresponde a las variables que afectan a la gestación y al éxito en el parto, e incluye la mortalidad fetal por causas involuntarias ligada a la atención de la salud reproductiva y la mortalidad fetal por causas voluntarias, es decir, el aborto.

A partir de este sistema analítico, Bongaarts (1982) hace una aplicación empírica en la cual agrupa las variables intermedias en los factores de exposición, los factores de control deliberado de la fecundidad, que representan el uso de anticoncepción, y los factores de control natural, tales como la lactancia y la amenorrea. Esto significa que el control de la fecundidad se ejerce a través de los factores intermedios o proxy que son susceptibles de ser analizados, y el uso de métodos anticonceptivos es el determinante proxy sobre el cual es posible, de manera individual y no estructural, tener un control deliberado, sin que sea necesario de abstenerse del coito, y al mismo tiempo evitar un período de gestación.

1.1.1 Anticoncepción y Métodos Anticonceptivos: Definición

Podemos definir el concepto de la anticoncepción y de los métodos anticonceptivos como el conjunto de medios que permiten controlar la fecundidad de manera deliberada, al limitar el número de procreaciones y el tiempo entre ellas, sin abstenerse de tener relaciones sexuales cuando se es fértil, es decir, es el conjunto de medios para evitar un embarazo no deseado (Frost, Singh y Finer, 2004; Carazo y Blanco, 2001).

1.1.2 Los métodos anticonceptivos. Una clasificación

Los métodos anticonceptivos son generalmente clasificados en dos grandes grupos: los métodos modernos y los métodos tradicionales. Los métodos modernos, como su nombre lo indica, consisten en controlar la fecundidad con técnicas médicas modernas utilizando objetos ajenos al cuerpo humano o productos químicos. Dicho métodos son subdivididos en cuatro subcategorías:

Los métodos de Barrera: utilizan un medio físico como una barrera para impedir el paso del espermatozoide hacia el óvulo y unos presentan, además, la ventaja de proteger contra el contagio de enfermedades e infecciones de transmisión sexual (condón). Entre estos métodos se encuentran el preservativo, los espermicidas, el diafragma, la esponja vaginal y el anillo vaginal.

Los métodos Hormonales: son hormonas sexuales femeninas (estrógenos y/o progestágenos) que no permiten el desarrollo de la ovulación de la mujer, e impiden la fecundación. Citamos algunos de ellos: pastillas anticonceptivas, mini-pastillas, inyecciones, implantes de progesterona, parches, entre otros.

Métodos Intrauterinos o Dispositivo Intrauterino (DIU): consisten en un dispositivo de plástico recubierto de hilos de cobre, generalmente de forma de una T (se reconoce también como la T de Cobre) que se coloca en la cavidad uterina y modifica el interior del útero y evita el embarazo, al dificultar el paso de los espermatozoides.

Actualmente existen los **métodos anticonceptivos permanentes:** utilizados para evitar la concepción de manera definitiva y permanente. Estos métodos consisten en bloquear, a través técnicas quirúrgicas avanzadas, y difícilmente reversibles, los conductos del óvulo y del espermatozoide. Entre ellos se cuentan la técnica llamada **Salpingoplastia** realizada en la mujer y la **Vasectomía** en el hombre.

Los métodos naturales y los tradicionales, se consideran de poca eficacia y varían de un país a otro. Los primeros consisten en controlar la fecundidad sin utilizar algún cuerpo extraño en el cuerpo humano, ni producto químico. Con estos métodos se busca armonizar la actividad sexual en función del nivel de fertilidad de los días, lo cual se basa en criterios sensoriales o tradicionales. Se dividen en: **métodos de abstinencia periódica, el método de Billings o método del moco cervical, el método de Temperatura basal, el método de Sintotérmico, y el coito interrumpido,** conocido también como **método de la marcha atrás o de retiro.**

Existen también otros métodos considerados como naturales o tradicionales: la *lactancia y la amenorrea, la abstinencia post-partum, los lavados vaginales, y las plantas en infusiones o métodos populares* que varían de país en país.

1.1.3 Uso y No uso de Métodos Anticonceptivos. Factores asociados

Los métodos anticonceptivos modernos han sido aceptados como medios científicos eficaces para el control de la fecundidad. Con el desarrollo de la tecnología médica en materia de anticoncepción, en el periodo de posguerra, han sido considerables los esfuerzos de las políticas públicas y de programas, tanto nacionales como internacionales, para propiciar su expansión en el mundo en desarrollo, donde la fecundidad de muchos países se revelaba y se revela aún elevada. En efecto, hemos observado en las últimas décadas una visión antinatalista vinculada con el debate del desarrollo económico, y más tarde con el del desarrollo sustentable. Dicho discurso acentuó la

visión de que la pobreza es consecuencia de una fecundidad alta y de que, para lograr el desarrollo, es necesario controlar la natalidad a través del diseño y la aplicación de programas de planificación familiar, es decir, controlar la natalidad es empezar a desarrollarse, al menos económicamente, de ahí que el control de la natalidad no es sólo una problemática académica sino también una problemática de orden político, nacional, regional e internacional; con un énfasis en idealizar y simbolizar a la familia pequeña con pocos hijos, y facilitar y garantizar el acceso pleno, la mayoría de las veces sin costo alguno, a los métodos anticonceptivos. Así, hemos observado un aumento considerable en el uso de los servicios de anticoncepción y, por ende, un descenso de la fecundidad en casi todos los países y regiones del mundo (Ansley y Edgar, 1965; CEPAL, 1996; Rodríguez y Yocelvszky, 1986; Notestein, 1953).

Con todo, tenemos que señalar que el uso de métodos anticonceptivos ha sido cada vez más frecuente y, quizás, generalizado en muchas regiones. Pero aún hay regiones y países en donde el nivel de uso sigue siendo muy bajo, prevaleciendo una situación de no uso. Si el uso de los servicios anticonceptivos significa por definición el deseo de limitar o espaciar los embarazos, el no uso podría ser explicado, a primera vista, como una ausencia de este deseo, es decir, ya sea que las mujeres no alcanzan las procreaciones deseadas o que el Estado y la sociedad a través de los servicios de planificación familiar, de educación e orientación familiar no han logrado propiciar la idealización de la familia pequeña con poco hijos, por lo que las mujeres no se preocupan por alcanzar un número determinado de hijos, ni el espaciamiento entre ellos. En otros términos, las mujeres no alcanzan aún sus preferencias de fecundidad, las cuales podrían ser muy altas o al menos más altas que el número de sus hijos sobrevivientes, o bien, ni siquiera piensan en preferencias sobre la fecundidad, es decir, las mujeres tienen una fecundidad natural. Por lo tanto, podemos decir que el no uso de métodos anticonceptivos puede ser, entre otros, el resultado de no desear limitar ni espaciar los embarazos.

Por otro lado, hay estudios que han revelando una tendencia clara de cambio en las preferencias de fecundidad y deseo de controlar la fecundidad en muchos países donde el nivel de uso sigue aún siendo muy bajo (Westoff, 1996; 2009; Locoh y Vallin, 1998). A esta situación de no uso, se asocian otros factores que pueden ser ubicados en diferentes niveles. Primero, el no uso en el plano del conocimiento de los métodos anticonceptivos, puede ser por una falta de conocimiento de los métodos o de cómo usarlos adecuadamente, así como la falta de accesibilidad, es decir, que no es

posible conseguir los métodos, o son muy costosos. La oposición por parte de la pareja o de otras personas puede también impedir el uso. De manera general, a este tipo de no uso, cuando una mujer desea limitar o espaciar sus procreaciones y no está usando ningún método para hacerlo, lo llamaron KAP-gap y, más recientemente, *Necesidades No Satisfechas de Anticoncepción* (NNSA) (Mauldin, 1965; Westoff, 1978). A continuación, vamos a denominar este tipo de no uso como NNSA, y presentaremos con mayor detalle los factores asociados al no uso por falta de acceso, a partir de los estudios realizados.

1.2 Necesidades No Satisfechas de Anticoncepción (NNSA): Conceptos y definiciones

Numerosos estudios científicos, sobre todo con enfoques demográfico y sociológico, han sido realizados considerando la anticoncepción como sólo uno del conjunto de parámetros en la explicación de la fecundidad. Otros trabajos, en cambio, se centran en la anticoncepción como objeto de estudio. Los trabajos más específicos que se abocan al estudio de las Necesidades No Satisfechas de Anticoncepción, son pocos pero han empezado a cobrar mayor importancia en las dos últimas décadas (Davis y Blake, 1967; Bongaarts, 1985 Westoff y Bankole, 1996; Singh y Bankole, 1998; Singh et al., 2007).

En algunos países en desarrollo se ha observado que a pesar de que las mujeres presentan cambios hacia preferencias de fecundidad bajas, existe un importante contraste entre el *deseo* de limitar el número de hijos y el uso de anticoncepción Maudlin (1965). Con el objeto de identificar y analizar este problema, se introdujo en la literatura demográfica el término “brecha en conocimiento, actitudes y práctica” (*KAP-gap: Knowledge, Attitudes and Practice gap*). KAP-gap es entonces la divergencia entre el conocimiento, la actitud y la práctica de uso de anticonceptivos entre las mujeres.

Más tarde, Westoff (1978) y luego Westoff y Pebley (1981) introdujeron el concepto de *Necesidades No Satisfechas de Anticoncepción*, el cual se define como la situación donde una mujer desea limitar el número de hijos, pero no está usando algún método anticonceptivo para lograrlo. En 1988, Westoff amplió el concepto, tomando en cuenta no sólo la necesidad de limitar el número de hijos, sino también la necesidad para espaciar los nacimientos o posponer el embarazo. Desde entonces, las NNSA se definen como la situación donde una mujer desea limitar el número o espaciar sus embarazos, pero no está usando método anticonceptivo alguno para hacerlo.

Debemos especificar que las Necesidades No Satisfechas de Anticoncepción es un concepto de la demografía, pero se enmarca en un debate teórico más amplio sobre las necesidades humanas básicas (NHB). Sin pretender profundizar en la discusión entre la posición relativista sobre la no universalidad o la no existencia de las NHB (Towsend, 1979 y 2003) y la de algunos autores (Doyal y Gough, 1991) que plantean su existencia e intentan identificar un conjunto de necesidades básicas universales; varios autores e investigadores incorporan la reproducción segura y sin riesgo como una NHB, es decir, la atención al uso de anticoncepción, como integrante de la salud reproductiva, se identifica, según Doyal y Gough (1991) como uno de los *derechos* que deben ser cumplidos para la satisfacción de las NHB y, por ende, las NNSA son una violación a dicho derecho. Éste presenta diferentes aspectos: el acceso a la información fiable y veraz, una reproducción segura y sin riesgo, la posibilidad de decir cuándo y con quién procrear, el acceso a servicios de calidad de anticoncepción y de interrupción voluntaria del embarazo.

Por lo tanto, desde la visión de NHB y de derechos humanos, las NNSA son una violación del derecho de la mujer a tener acceso a todos los medios necesarios para controlar su reproducción como ella desea. Este derecho debe manifestarse en el acceso a la información, a los servicios de anticoncepción de calidad, y al aborto seguro (McCauley et al. 1994; Germain 1997). Si se presentan las NNSA es porque no hay acceso a la información necesaria o a los servicios de anticoncepción de calidad, y es una *violación* a los derechos reproductivos (McCauley et al. 1994; Germain 1997).

Esta concepción de las NNSA se refuerza aún más y se redefine en los movimientos sociales y las luchas por la emancipación y los derechos de las mujeres, a través de su autonomía y empoderamiento. Estos movimientos delimitan el concepto como no sólo una violación del derecho reproductivo sino también como un *indicador* de discriminación y desigualdad de género, de la privación de las mujeres de su propia libertad, de su capacidad de definir su comportamiento reproductivo y el control de su cuerpo (Barbieri, 1982, Alcalá, 1994; Pitanguy, 1994; Camarena y Lerner, 2002; Salles y Tuirán, 2003).

La definición teórica es muy amplia y sigue aún abierta. Varios autores han criticado el concepto mismo de las NNSA. Algunos critican las limitaciones del concepto, porque deja de lado un aspecto importante en la decisión de uso o no de anticoncepción, éste es la percepción y actitud de la pareja

de las mujeres. (Dixon-Mueller and Germain 1992; Dixon-Mueller 1993, Bankole, 1998). Otros autores se basan en los axiomas de la economía clásica, y plantean que el concepto es *ilógico*; explican que si realmente las mujeres presentaran la necesidad de anticoncepción, ésta se hubiera expresado como una demanda de anticoncepción, debida a una disminución de la demanda de hijos; ellas encontrarían un medio para satisfacer esta necesidad en base al axioma económico de que todo desequilibrio en el mercado es temporal, y que la interacción de las fuerzas del mercado (oferta y demanda) regresa a su punto de equilibrio. Por lo tanto, las NNSA no son más que una falta de motivación. Otra concepción que atrae la atención es sobre la *preferencia de fecundidad*, que se considera socialmente y culturalmente construida (Demeny, 1975; Pritchett 1994). Otra crítica más plantea que el concepto de NNSA es poco objetivo y que esconde otros intereses no explícitos (Pritchett, 1994).

Se han desarrollado varias tentativas para hacer frente a estas críticas y contrarrestarlas. Por ejemplo, algunos autores han intentado introducir el concepto *Necesidades No satisfechas de la Pareja* (Bankole and Ezeh, 1997; Becker 1999). Este concepto no tuvo mucho éxito debido a la falta de información para medirlo. Otros han criticado la posición de los economistas, y explican, con base en una aproximación sociológica, que el deseo no siempre se transforma en una acción humana o un comportamiento, debido a obstáculos sociales y al conflicto con otros deseos socialmente construidos (Ajzen 1993; Eagly and Chaiken 1998; Dawes 1998).

El debate sigue abierto y el concepto ha sido empleado con resultados positivos en diferentes campos de ciencias sociales. Su uso como indicador ha sido de utilidad para observar, describir e interpretar la situación demográfica, específicamente de la fecundidad, de los derechos reproductivos y del empoderamiento de las mujeres.

Para una mejor visualización de la problemática, se presenta el diagrama siguiente:

Diagrama 1: Comportamiento reproductivo, respecto al uso de métodos anticonceptivos y de las NNSA



Fuente: elaboración propia

1.3 Medición del uso de Métodos Anticonceptivos: Definición Operativa

A pesar del debate sobre el concepto de Uso de métodos anticonceptivos y, más específicamente, de las NNSA, las definiciones operativas y sus mediciones son usadas como indicadores demográficos.

Para definir operacionalmente y medir el uso, sólo se considera como “usuaria” a una mujer fértil en edad reproductiva, es decir entre 15- 49 años, y que esté usando un método anticonceptivo en el momento de la encuesta. Para agregar los datos y determinar el uso global, se calcula la tasa de prevalencia, considerando a todas las mujeres que están usando un método anticonceptivo:

$$\text{Tasa de prevalencia de uso} = \sum_{i=1}^n \frac{R_i}{n} * 100$$

R_i : la mujer i que declara estar usando actualmente un método de anticonceptivo y

$$R = \begin{cases} 0, & \text{La mujer no está usando un método anticonceptivo} \\ 1, & \text{La mujer sí está usando un método anticonceptivo} \end{cases}$$

Y n es el número total de las mujeres.

La medición operativa del uso da una idea clara del nivel de uso de anticoncepción y, por ende, del no uso, pero no explica si este último es voluntario o no, por lo tanto, se ha elaborado otra medición para entender mejor el no uso, y ésta es la medición de las NNSA.

1.3.1 Necesidades No Satisfechas de Anticoncepción. Medición y definición operativa

Basada en la noción de “Necesidades Básicas Insatisfechas” (NBI), la definición no toma en cuenta si los individuos poseen recursos y medios para satisfacer sus NNSA, sino solamente si no están usando anticonceptivos, siendo que desean limitar el número de sus hijos o espaciar sus embarazos. En otras palabras, en la medición de las NNSA sólo se considera si las mujeres no están usando métodos anticonceptivos.

La primera medición de las NNSA, mejor dicho de KAP-gap convencional, fue propuesta por Mauldin (1965). Se calculó a partir de los resultados de las encuestas KAP, y se limitaba a una comparación del porcentaje de personas que desean limitar el número de hijos con el porcentaje de personas que están usando un método anticonceptivo.

$$\text{KAP-gap (convencional)} = P_L - P_A$$

Donde P_L es la proporción de mujeres que desean limitar el número de hijos y

P_A es la proporción de mujeres que están usando algún método anticonceptivo

Hay que precisar que esta medida sólo da una idea sobre la diferencia entre quienes desean limitar el número de hijos y quienes usan anticonceptivos, sin tomar en cuenta las necesidades de espaciar, ni considera a la población realmente expuesta a un embarazo (Bongaarts, 1991). En 1978, Westoff y luego en 1981, Westoff y Pebley, propusieron ciertas precisiones en la definición operativa de NNSA o KAP-gap (Bongaarts, 1991).

Se considera en situación de NNSA a una mujer en edad reproductiva que esté casada, sea fértil y no esté usando un método anticonceptivo, a pesar de no desear más hijos o espaciar sus embarazos; no se incluyen las mujeres esterilizadas ni las que están en periodo de lactancia o embarazadas. Por

lo tanto, se ha definido la prevalencia de NNSA como la proporción de mujeres casadas, fértiles que no están usando un método anticonceptivo, a pesar de no desear más hijos.

$$\text{NNSA (\%)} = \frac{P_{FL}}{P_{FNA}} * 100$$

Donde

P_{FL} = Población femenina casada y fértil que no está usando ningún método anticonceptivo y no quiere tener más hijos

P_{FNA} : Población femenina casada total.

Esta medida es un poco más precisa que la anterior, pero no toma en cuenta la necesidad de espaciar los embarazos. En 1988, Westoff amplió la definición y la medición al incluir a quienes quieren postergar temporalmente su embarazo, es decir, a la población femenina casada expuesta a concebir, pero que quiere posponer su embarazo por más de dos años y no está usando algún método anticonceptivo. Además, se propuso la inclusión de las mujeres embarazadas o en período de amenorrea cuando su embarazo no fuese deseado.

Así, el algoritmo de las NNSA es:

$$\text{NNSA}_L (\%) = \frac{P_{FL^{**}}}{P_{FNA}} * 100$$

$$\text{NNSA}_E (\%) = \frac{P_{EL^{**}}}{P_{FNA}} * 100$$

$$\text{NNSA}_T (\%) = \text{NNSA}_L (\%) + \text{NNSA}_E (\%)$$

Donde

NNSA_L : Necesidades No Satisfechas de Anticoncepción para limitar (en porcentaje)

NNSA_E : Necesidades No Satisfechas de Anticoncepción para Espaciar (en porcentaje)

NNSA_T : Necesidades No Satisfechas de Anticoncepción Total (en porcentaje)

P_{FL}^* = Población femenina casada y fértil que no está usando ningún método anticonceptivo, y que no quiere tener más hijos.

P_{EL}^{**} = Población femenina casada y fértil que no está usando ningún método anticonceptivo, y que no quiere tener hijos en los dos próximos años.

P_{FNA} : Población femenina casada total.

El algoritmo de Westoff (1991) fue ampliamente utilizado para estimar la prevalencia de las NNSA; sin embargo, varios autores lo han criticado y han propuesto ciertas modificaciones en la medición de Necesidades No Satisfechas de Anticoncepción. Igualmente, respecto a la medición de $NNSA_E$, Bongaarts (1991) presentó un modelo ajustado, donde explica que el último modelo de Westoff presenta una sobreestimación de las NNSA, al considerar las necesidades de espaciar como permanentes, al igual que las de limitar. Bongaarts propone evaluar las necesidades sólo por el periodo deseado antes del próximo embarazo, de manera que retomó el modelo de Westoff y le agregó un factor de corrección, el cual se calcula como el porcentaje de $NNSA_E$ al final del periodo de espaciamiento deseado². También, Dixon-Muller y Germain (1992) han criticado el algoritmo, argumentando que en términos de uso de anticonceptivos sólo deberían considerarse a las mujeres que usan regularmente un método moderno y científicamente probado, con efectividad y eficacia – y no los métodos tradicionales; también proponen incluir a las mujeres no casadas, pero sexualmente activas. Otra sugerencia es reconsiderar a la población femenina expuesta, porque las mujeres embarazadas o en periodo de amenorrea podrían presentar NNSA en un futuro muy cercano (menos de 2 años).

En 1995, Westoff rechaza algunas de las críticas, sobre todo la de Bongaarts mostrando que este factor de corrección que propone Bongaarts va a subestimar la tasa de prevalencia de las NNSA. No obstante, retoma el modelo e incluye a la población femenina no casada y sexualmente activa.

Así, el algoritmo actual de las NNSA es:

$$NNSA_L (\%) = \frac{P_{FL^*}}{P_{FNA}} * 100$$

$$NNSA_E (\%) = \frac{P_{EL^{**}}}{P_{FNA}} * 100$$

$$NNSA_T (\%) = NNSA_L (\%) + NNSA_E (\%)$$

² $NNSA_T (\%) = NNSA_L (\%) + NNSA_E (\%) - A$ (A factor de corrección) (Bongaarts, J., 1991). Véase en la bibliografía

Donde

$NNSA_L$: Necesidades No Satisfechas de Anticoncepción para limitar (en porcentaje)

$NNSA_E$: Necesidades No Satisfechas de Anticoncepción para Espaciar (en porcentaje)

$NNSA_T$: Necesidades No Satisfechas de Anticoncepción Total (en porcentaje)

P_{FL}^* = Población femenina sexualmente activa y fértil que no está usando ningún método anticonceptivo, y que no quiere tener más hijos.

P_{EL}^{**} = Población femenina sexualmente activa y fértil que no está usando ningún método anticonceptivo, y que quiere tener más hijos pero no en los dos próximos años.

P_{FNA} : Población femenina total sexualmente activa y fértil.

A pesar de las correcciones y refinamientos de la medición de la prevalencia de las NNSA, se siguen presentando varias limitaciones. Por una parte, el hecho que es sólo un índice demográfico, ésta tiene limitadas contribuciones a las perspectivas analíticas en otras dimensiones, tales como, el campo de género, de salud reproductiva, etc. (Zúñiga, 1994)

Por otra parte, Aparicio (2009) argumenta que con esta medición se ha asumido la propuesta de que las NNSA contemplan sólo la necesidad de uso de métodos anticonceptivos y que habría satisfacción con el uso de cualquier tipo de método, y no se toman en consideración otros aspectos de las NNSA tales como las necesidades de información y conocimiento adecuado de la anticoncepción entre toda la población, ni la preferencia de cierto método, ni la calidad del método usado. Es difícil hablar de una satisfacción del método anticonceptivo usado por la mujer cuando no encuentra el de su elección.

Por otra parte, se ha manifestado poco interés en tomar en cuenta a la pareja de la mujer, lo que significa suponer que la pareja no influye en la decisión de uso o no de anticonceptivos. Además, NNSA es un medida instantánea en el momento de la encuesta (Bongaarts, 1991), por lo que no hay evidencia de que la situación de las mujeres se vaya a mantener a lo largo de su vida (Aparicio, 2009).

Con estos señalamientos, es claro que las mediciones del uso y de las NNSA presentan limitaciones de carácter conceptual y/u operativo, sobre todo tomando una o la otra separadamente. Para evitar

este problema y tener una mirada más amplia, en este estudio vamos a incluir a las dos variables. Consideramos que estar en situación de NNSA depende de ante mano de la probabilidad de no usar un método anticonceptivo. Esta aproximación nos permitiría obtener un primer diagnóstico, todavía no completo, pero relevante de la situación de salud reproductiva y del sistema de salud en materia de anticoncepción.

Con los datos que existen sobre el tema en Haití, no podemos considerar las NNSA para las parejas, sino sólo para las mujeres, pese a las limitaciones de este enfoque que considera la toma de decisión de manera unilateral o de manera parcial el papel de la pareja. De este modo, por falta de datos longitudinales, vamos a considerar las mediciones de manera transversal en el momento de la encuesta, sin aspirar a perspectivas probabilísticas de cambios en las preferencias sobre la fecundidad en el tiempo, asimismo no consideraremos efectos retroactivos, es decir, no incluiremos entre las mujeres con NNSA a las mujeres embarazadas que no deseaban tener el embarazo actual, o tenerlo actualmente, ni las que están en amenorrea y no desean tener otro hijo, como se sugiere en la medición de Westoff y de DHS.

Finalmente, a pesar de que la medición de NNSA no toma en cuenta otros aspectos de las necesidades no satisfechas tales como el conocimiento, el acceso y calidad de los servicios anticonceptivos, a través del marco teórico y del modelo vamos a poder ver cómo estos aspectos se correlacionan con el uso de anticoncepción y las NNSA.

1.4 Aproximaciones Teóricas y Estudios Realizados

Existen enfoques y estudios que han sido realizados sobre el uso de la anticoncepción, las NNSA y sus factores determinantes, tanto a nivel global y estructural como a nivel micro. En el primer caso, los enfoques presentan una mirada macro e institucional de la situación, en la cual se ha tratado de explicar el uso y las NNSA a partir de la infraestructura general, en la que se encuentran los servicios de planificación familiar, bajo el supuesto que las NNSA se deben a un acceso limitado o deficiente a los servicios. La versión más acabada de estos enfoques es la del Fondo de Población de las Naciones Unidas que establece los principios del Aseguramiento de los Insumos de Anticoncepción o la organización e infraestructura de la oferta de los servicios (Cairo, 1994). En el segundo caso, con una perspectiva micro se intenta analizar cómo el entorno cercano – condiciones

de vida, características socio-demográficas, la relación de poder dentro de la pareja, la religión, etc., de cada mujer puede influir en su comportamiento, en la toma de decisión individual y propiciar una situación de NNSA. A continuación, vamos a presentar, de manera simple, breve y precisa, las diferentes aproximaciones teóricas sobre el uso de anticoncepción y las NNSA o, al menos, el núcleo duro de cada enfoque, hacer unas críticas de estos enfoques a fin de plantear nuestro marco teórico para el presente trabajo.

1.4.1 Uso de métodos anticonceptivos, NNSA y acceso universal. El Aseguramiento de los Insumos de Anticoncepción (AIA)

En la cumbre de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (Cairo, 1994) se abordaron las cuestiones de la satisfacción de las necesidades de métodos anticonceptivos y el acceso universal a la salud reproductiva. Se contempló la necesidad de que todo el mundo, especialmente todas las mujeres, tengan acceso a los servicios de anticoncepción adecuados y eficaces para facilitar el uso de anticoncepción y eliminar las NNSA. De acuerdo con este planteamiento, la disponibilidad de servicios anticonceptivos de calidad es el elemento primordial para un acceso universal y para la expansión del uso, y la alta frecuencia de no uso, también de NNSA en los países en desarrollo, se debe a las deficiencias que presentan el acceso y la calidad de los servicios de anticoncepción. De manera más precisa, se ha establecido una relación directa entre el uso de métodos anticonceptivos y la disponibilidad, acceso y calidad en el país, la región o el vecindario. También se establece la relación directa entre estos últimos y las NNSA, cuando las mujeres desean controlar su fecundidad pero no pueden hacerlo por falta de acceso a dichos servicios. Para atender esta situación, se ha presentado un sistema basado en el Aseguramiento de los Insumos de Anticoncepción (AIA), el cual debe facilitar el acceso y uso de anticonceptivos a todas las mujeres, tomando en cuenta aspectos tales como la legislación, la ubicación geográfica, la capacidad adquisitiva, la preferencia de uso, etc.

El Aseguramiento de los Insumos de Anticoncepción puede resumirse en 5 puntos esenciales:

1-Un marco legal que asegure la atención a los servicios de planificación familiar como un derecho de la pareja, y específicamente de las mujeres, como la disponibilidad y el acceso universal; de igual manera, el compromiso y la responsabilidad del Estado.

2-Los recursos económicos que permitan asegurar la compra de los anticonceptivos en función de la preferencia de las mujeres.

3-Un adecuado sistema de logística que asegure la planeación, la compra, el almacenamiento adecuado, la distribución local de los métodos anticonceptivos y el seguimiento de las mujeres usuarias según el método anticonceptivo usado, esto es, todo el proceso de gestión del sistema de anticoncepción.

4-La tecnología y los servicios médicos que permitan la entrega y aplicación de los insumos adecuados a las mujeres.

5-La educación, la promoción y la difusión son indispensables, tomando en cuenta la igualdad de género y el contexto cultural.

Muchos trabajos e investigaciones muestran evidencias de cómo con un marco legal sólido que garantice el derecho de las mujeres y el compromiso del Estado, con mayor cobertura y accesibilidad a los servicios anticonceptivos públicos, es más alto el uso de métodos anticonceptivos y las NNSA se reducen. Igualmente comprueban que a menor nivel de desarrollo del país o de la región, y en localidades rurales, pobres y marginadas, los niveles de fecundidad y de prevalencia de NNSA son más altos, por la incapacidad de cumplir con el Aseguramiento de los Insumos de Anticoncepción.

Aparte, de los dos últimos puntos del AIA se desprende que un mal uso de las tecnologías, servicios médicos deficientes y una campaña educativa inadecuada pueden afectar el nivel de falla de los métodos anticonceptivos y, por lo tanto, afecta el nivel de confianza de las mujeres en la anticoncepción, creando temor a efectos inesperados en la salud. Con ello, el sistema de salud, específicamente el sistema de salud reproductiva, tiene un peso preponderante, tanto en el plano de accesibilidad como en la educación sobre los métodos anticonceptivos- su uso, sus efectos secundarios, etc. (Aparicio y Angulo, 1996; Mojarro y Zúñiga, 1999; Zúñiga y Zubieta, 2000; Aparicio y Estrado, 2000; Gómez de León y Hernández, 2002; Casique, 2003; Aparicio, 2007; Aparicio, 2009; Segdh et al., 2007).

No obstante, si retomamos el modelo explicativo de Arredondo (1991) sobre la utilización de los servicios de salud - y en nuestro caso de los servicios de salud reproductiva y uso de anticonceptivos -, una cobertura más amplia y una mayor disponibilidad de servicios de salud, en otras palabras, el Aseguramiento de los Insumos de Anticoncepción no implica necesariamente un mayor uso de los servicios. Éste depende también de otros factores ligados al comportamiento de las mujeres, tales como “creencias relativas a la salud, la confianza en el sistema de atención médica, la tolerancia al dolor...” (Arredondo, 1991, Pp. 38). Además, podemos preguntar si este enfoque del AIA no elimina, o al menos reduce considerablemente, el papel de las mujeres como individuos, en su decisión de uso de métodos anticonceptivos.

1.4.2 Diferencias entre preferencias de fecundidad, uso de métodos anticonceptivos y NNSA.

Este enfoque plantea una de las críticas más fuertes al marco de uso de métodos anticonceptivos y las NNSA, y a las políticas y los programas poblacionales basados en las NNSA. Según este enfoque, bajar la fecundidad debería pasar necesariamente por el uso de anticonceptivos debido al deseo de controlarla voluntariamente y, por ende, reducir las probabilidades de estar en situación de NNSA, pero, lo que proporcionan los dos conceptos de NNSA y AIA, no se traduce necesariamente en este deseo. Se afirma que es un error considerar las NNSA como un deseo real y fijo de controlar la natalidad, atendido con la disponibilidad de los recursos y los servicios (Demeny, 1975; Pritchett, 1994). Según estos autores, todo uso de métodos anticonceptivos y cualquier situación de NNSA deberían ser el reflejo de un cambio en las preferencias reproductivas o en el número ideal de hijos. Estas preferencias reproductivas son económicamente, socialmente y culturalmente construidas y evolutivas, a diferencia de la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos y de las NNSA, que son medidas puntuales. Este enfoque plantea, históricamente, el cambio en las preferencias del tamaño de la familia debido a cambios sociales, económicos, culturales e institucionales (Becker, 1960; Lesthaeghe y Surkyn; 2009; Potter, 1984; Lerner y Quesnel, 2002).

Como ya vimos, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos y las NNSA son medidas instantáneas, referidas a la situación en el momento de la encuesta (Bongaarts, 1991). En cambio, de acuerdo con Lesthaeghe y Surkyn (2009) las dinámicas culturales, los deseos y aspiraciones de las personas no son estáticos sino cambiantes, y explican la importancia de la estratificación y de la socialización en el análisis del cambio en las preferencias de la fecundidad deseada. Por ejemplo, en

el caso de México, un estudio de seguimiento, la Encuesta de Comunicación en Planificación Familiar (Enconplaf-1996), ha mostrado en tan sólo un año un cambio importante, sea 18% de las mujeres, en las declaraciones individuales de las mujeres respecto a las preferencias reproductivas. Por lo tanto, es poco factible que las mujeres mantengan su deseo de limitar el número de sus hijos a lo largo de su vida fértil (Aparicio, 2009).

1.4.3. Condiciones de vida de las mujeres, uso de métodos anticonceptivos y NNSA

Muchos de los estudios que analizan las condiciones que favorecen el uso de métodos anticonceptivos y el tiempo de la reducción de las NNSA sostienen que las condiciones de vida y del entorno de las mujeres son determinantes del comportamiento reproductivo de las mujeres, el uso de métodos anticonceptivos y las probabilidades de estar en situación de NNSA. Hay una amplia bibliografía sobre el término de condiciones de vida, necesidad y carencia de servicios materiales necesarios para vivir (Feres y Mancero, 2001; Alarcón, 2001; Perona y Rocchi, 2000). De manera general, se concibe a las condiciones de vida como un factor importante que permite estratificar a una población, y conocer los niveles de privación y de pobreza. De acuerdo con Alarcón (2001), dicho término se asocia al concepto de necesidades, clasificadas en dos grupos, por un lado están aquellas necesidades básicas que están destinadas a garantizar la subsistencia, como la alimentación, el vestido y la vivienda; por el otro, el conjunto de necesidades asociado al desarrollo personal, e incluye la educación, la recreación, la cultura y otras necesidades enfocadas para funcionar socialmente.

Hablando de condiciones de vida, Perona y Rocchi (2000) se refieren primero al equipamiento y/o provisión de bienes del hogar con relación a la cantidad de miembros; en segundo lugar, a las características de la inserción ocupacional de los miembros y a los niveles de educación alcanzados por los mismos, y su situación social; por ejemplo, el nivel de acceso a los beneficios sociales, a la posibilidad de expresión y la participación en la vida pública.

Las condiciones de vida no son más que el resultado o el reflejo de lo que llamamos nivel de pobreza y de marginación, desigualdad social y exclusión social (Feres y Mancero, 2001). Varios estudios consideran que la pobreza y las condiciones de vida en su dimensión distributiva son controladas por la lógica del mercado, donde la pobreza es la incapacidad de procurarse de lo mínimo necesario para vivir. Sin pretender entrar en esta discusión, recordamos que también

presenta una dimensión relacional; los lazos del individuo con la sociedad se van rompiendo para poner al individuo, al grupo o clase social en una posición aislada y excluida del resto de la sociedad. La mayoría de las veces, el aislamiento coincide con la distribución territorial y conforma zonas rurales aisladas o barrios pobres (Aparicio y Angulo, 1996; Mojarro y Zúniga, 1999; Casique, 2003; Aparicio, 2004; Aparicio, 2009; Saraví, 2009; Paugam, 1998; Sen, 2000). Hay que señalar que las condiciones de vida están muy relacionadas con la exclusión social, la cual no es el resultado en un momento dado – por ejemplo, si se tiene un empleo o no- sino un proceso de acumulación de desventajas (Saraví, 2009).

Para regresar a nuestro tema, desde hace varias décadas los estudios específicamente centrados en la fecundidad han incluido su relación con las condiciones de vida y el nivel de emancipación de las mujeres. La emancipación de las mujeres, tanto en la esfera educativa como en la esfera laboral, remodela y mejora sus condiciones de vida, en términos económicos y de lazos y redes sociales, propicia un cambio en los patrones de comportamiento reproductivo. En el ámbito educativo, se comprueba que a mayor nivel educativo de las mujeres, menor es la fecundidad (Cadwell, 1980, Castro y Juárez, 1995, Heaton, y Forste, 1998, Lam *et al.*, 1992; Bonilla, R., 2006). También, en el ámbito laboral, específicamente el mundo laboral extra-doméstico, éste contribuye en forma considerable a disminuir la fecundidad en las mujeres (García, 2003; Martine, 1992). Sin embargo, debemos señalar que el hecho de que la mujer se encuentre trabajando en el momento de la encuesta, no significa que tenga buenas condiciones de vida por las características de precariedad, vulnerabilidad y sub-empleo que pueden caracterizar al trabajo, y porque tampoco revela necesariamente el proceso de acumulación que puede ocurrir a lo largo de la vida de una persona (Saraví, 2009; Ludger, 2007).

El patrimonio de una persona o los bienes disponibles en su hogar proporcionan una mejor idea de este proceso de acumulación, el cual podría ocurrir no sólo a lo largo de la vida de la persona misma sino también podría resultar de una acumulación generacional. De igual forma se puede dar una mejor idea de las condiciones de vida de la persona y del nivel de acceso a los servicios básicos tales como agua potable, servicio de higiene adecuada, electricidad, etc.

En los estudios sobre el uso de métodos anticonceptivos y las NNSA, se muestra que la situación socioeconómica, observada a través los bienes del hogar o del patrimonio de las mujeres, es un

factor muy importante. Las mujeres que viven en situación de pobreza y marginación, caracterizada por una situación de privación o de carencias acentuadas de los bienes básicos, residencia en zonas rurales aisladas y con ingresos muy bajos o nulos, no tienen acceso a los servicios básicos, entre ellos, los servicios de atención a la salud reproductiva y los servicios de anticoncepción. Como consecuencia, presentan niveles de uso de métodos anticonceptivos muy bajos, a pesar de que pudieran desear limitar o espaciar sus nacimientos, es decir, encontrarse en situación de NNSA (Aparicio y Angulo, 1996; Mojarro y Zúniga, 1999; Casique, 2003; Aparicio, 2004; Aparicio, 2009, Mier y Terán y Rabell, 1984).

1.4.4 *Estabilidad de las uniones, uso de anticonceptivos y NNSA*

Varios estudios han analizado la relación entre la nupcialidad y la reproducción. De manera general, se ha considerado la edad de la primera unión como el inicio de la exposición al riesgo de concebir (David y Blake, 1967, Westoff, 1978) y se la ha incluido en diversas mediciones tales como las primeras medidas de NNSA, el modelo de Bongaarts, etc. La disolución de la unión, sea por separación, divorcio o muerte, se considera como el fin de la exposición, ya sea temporal o definitivo.

La anticoncepción ha hecho posible la separación entre la vida sexual y la vida marital; las personas pueden tener una vida sexual activa porque están en posibilidades de evitar las concepciones. En las últimas dos décadas se ha observado una creciente separación entre la vida sexual y la vida marital en varios países latinoamericanos (Bozon *et al.*, 2009), por lo que es necesaria una redefinición de lo que significa estar expuesto al riesgo de concebir. En el contexto de Haití, es posible plantear que en lugar de considerar únicamente a las mujeres casadas y a las que están en una relación estable – unión libre- debe incluirse también a las mujeres no unidas pero sexualmente activas y a las mujeres en uniones, pero que no viven juntos, las que podríamos definir como “*uniones sexuales no estables*”. Así la idea de que la exposición al riesgo de concebir empieza y termina con la vida en una unión estable (legal o consensual) va perdiendo vigencia en el tiempo. Sin embargo, cabe cuestionar si el tipo de unión está relacionado con el nivel de estabilidad de la unión y, por ende, con el comportamiento reproductivo de las mujeres, el uso de anticoncepción y las probabilidades de estar en situación de NNSA.

En muchos trabajos, se ha señalado el papel importante de la estabilidad -tipo y duración- de las uniones en el uso de métodos anticonceptivos y las NNSA. Ante de todo, se señala que la estabilidad de estas uniones depende de su tipo: si son uniones sancionadas institucionalmente (unión religión o civil) o uniones consensuales. Se ha mostrado que las uniones institucionalmente sancionadas son más estables en términos de duración que las uniones libres y entre las uniones sancionadas, las uniones religiosas son más estables que las uniones civiles (Flórez y Soto, 2007; Ordoñez, 2000; Gonzalez et al., 2008). La estabilidad de la unión puede implicar una dinámica familiar que influye en las decisiones reproductivas (Flórez y Soto, 2007; Ordoñez, 2000; Román *et al.*, 2008; Ojeda de la Peña, 1995). Pero esta relación también depende del nivel de desigualdad de la sociedad y las redes sociales del contexto, pudiendo transferir la toma de decisión de uso al hombre. Con precisión, si la preferencia de la pareja es de una fecundidad alta o si hay oposición de la pareja al uso de anticonceptivos, una mayor estabilidad puede afectar negativamente el uso, si están en una sociedad donde el nivel de desigualdad de género es muy alto, en caso que la mujer desee controlar su fecundidad, esta situación aumentaría las probabilidades de estar en situación de NNSA.

La unión libre es menos estable que la institucional, además al no tener reconocimiento ni fuerza legal, podría tener consecuencias legales negativas en los procesos de herencia en caso de desaparición o muerte de la pareja (Anglade, 1995). Podemos suponer que tener hijos, quizás varios, podría ser una manera de elevar el nivel de estabilidad de la unión y de tener derecho a la herencia de bienes en los que la mujer ha participado a acumular a lo largo de su vida en pareja. Por lo tanto, la unión libre podría influir el comportamiento reproductivo de la mujer hacia una mayor preferencia de fecundidad, menor la necesidad de controlar su fecundidad y menor uso de anticonceptivos.

Es en las relaciones sexuales no estables donde podemos hablar de una relación a distancia y no formal; ante la ausencia de una pareja que pudiera compartir o imponer su punto de vista en la toma de decisión respecto al comportamiento reproductivo las mujeres tienen una plena responsabilidad de su comportamiento reproductivo y también de la crianza de sus hijos, lo que podría afectar positivamente el uso de métodos anticonceptivos y de no encontrarse en situación de NNSA.

1.4.5 *Enfoque de género: relaciones de poder y la anticoncepción*

El enfoque de género sostiene que las NNSA son un límite de la libertad y autonomía de las mujeres. Este enfoque surge de diversas luchas y movimientos en el ámbito de género, y reivindica las necesidades y los derechos de las mujeres para tener autonomía, el control de su cuerpo y de su comportamiento sexual (Pintanguy, 1994; Sen, 1994; Camarena y Lerner, 2002; Salles y Tuirán, 2003). Los estudios con este enfoque muestran que las desigualdades e inequidades de género en el ámbito de reproducción (Figueroa, 1999) son socialmente y culturalmente construidas. Como lo señala Barbieri (2000), las NNSA son un límite a los derechos de las mujeres de poder controlar o limitar el número de hijos deseados.

Para entender las relaciones de poder dentro de la pareja, utilizamos el marco de referencia “Modelo de Poder de Género” de Pratto y Walker (2004), basado en cuatro puntos clave o bases de poder:

- a) La fuerza o violencia –tanto de tipo físico como psicológico- (la amenaza con la violencia puede inducir a que otros obedezcan nuestras demandas);
- b) El control de los recursos (poder económico o control de los recursos básicos);
- c) Las obligaciones sociales (en una relación, la parte que tiene más obligaciones sociales está en una situación de inferioridad en cuanto al poder);
- d) La ideología (conjunto de creencias que justifican la desigualdad o las diferencias de poder).”

En este modelo, Pratto y Walker explican la relación dinámica que existe entre los cuatro puntos o bases de poder. Una relación donde una ampliación de una de las bases permite tener mayor poder o control en los demás. Morales Marente (2007), con base en dicho modelo, ha llegado a la conclusión de que la violencia física o psicológica es la primera base de diferencia de poder entre el hombre y la mujer en la pareja, y la segunda es el acceso y control de los recursos.

Hay estudios que muestran otras fuentes de desigualdad de poder dentro de la pareja. La brecha entre los niveles educativos o las edades en la pareja, como lo señalan Darroch, Landry y Oslak (1999), genera una desigualdad de poder. Ellos han mostrado que cuanto menor es la edad de la mujer y mayor la brecha, más grande es la desigualdad de poder en la pareja. También, se esperaría que entre mayor sea la brecha en el nivel educativo, sería más grande la desigualdad de poder entre

los cónyuges. La diferencia entre los niveles de educación puede reducir o debilitar la comunicación, lo que al menos afecta el entendimiento y la visión común de las cosas. De acuerdo con Richmond, McCroskey y Roach (1997), para tender a la creación y el mantenimiento de relaciones igualitarias, se requiere una mayor comunicación.

Para Barbieri (2000), además del aspecto de controlar la fecundidad o de reducir el crecimiento demográfico desde una mirada macro que entra más en las orientaciones de las políticas públicas, en el plan individual y desde el enfoque de género, la posibilidad de usar o no un método anticonceptivo se revela como un derecho de las parejas, específicamente de las mujeres, de elegir el número de hijos deseados y el momento para tenerlos. Sin embargo, muchas veces, las parejas de las mujeres toman estas decisiones de manera unilateral – por supuesto, en nuestro estudio hablamos de parejas heterosexuales puesto que nuestro interés es la reproducción biológica. Ellos pueden tener la última palabra en la decisión de uso de anticonceptivos, y de acceso y control del dinero, y de manera autoritaria, sin tomar en cuenta a su pareja por el hecho de tener el control de los recursos económicos, incluso con violencia, mientras las normas sociales y religiosas están de su lado. Es decir, quitan a las mujeres su autonomía y poder de decisión, al menos, en su poder de negociación en la pareja, en los ámbitos de la sexualidad y de la reproducción. Hay muchos estudios que revelan que entre más grande es la desigualdad de género en la unión, mayor es la oposición del cónyuge a la anticoncepción, y mayores son las NNSA de las mujeres (Aparicio y Estrada, 2000; Aparicio, 2001a y 2001b; Casique, 2003; Aparicio, 2009, Segdh et al., 2007).

1.4.6 Enfoque cultural. Las NNSA y la cultura

Diversos estudios han intentado mostrar el papel de la cultura en el descenso de fecundidad, a través del uso de anticoncepción y las NNSA. Destacamos, desde hace varias décadas, la vivencia de un giro cultural en la sociología, y especialmente en la relación entre la cultura y la acción del agente humano, es decir, en el papel de la cultura en la acción y comportamiento humanos. En nuestro caso, en la decisión de uso o no uso de anticonceptivos. De acuerdo con Parsons (1951) la cultura tiene un papel central en la acción humana, en el mantenimiento del orden y equilibrio social. En el marco de la teoría general de la acción, Parsons identifica los elementos que tienen un papel en la conducta de la acción y, a partir de ellos, define los patrones de orientación de los valores, los que

participan en la institucionalización de los roles y en las estructuras de integración y asignación del sistema social.

Desde la perspectiva de la antropología simbólica, en el libro “La interpretación de las culturas”, Geertz (1973) puso una atención particular al imaginario (o ‘*símbolos*’) que tiene un papel relevante en la sociedad: los símbolos son el marco de la actuación social. El autor define la cultura como un "sistema de concepciones expresadas en formas simbólicas por medio de las cuales la gente se comunica, perpetúa y desarrolla su conocimiento sobre las actitudes hacia la vida. " (Geertz, 1973, 89). Así para estudiar el comportamiento o la acción humana, en nuestro caso el comportamiento reproductivo, conviene entenderlo dentro de los patrones y símbolos construidos en la cultura, lo que ha interpretado y dado significados a la reproducción humana desde tiempos inmemoriales.

Lesthaeghe y Surkyn (2009), al referirse a la noción de gustos y preferencias de fecundidad, muestran el rol de la especificidad temporal y cultural para interpretarlos, así como la importancia de la estratificación y de la socialización en el cambio de la fecundidad. Para explicar el proceso y medir los impactos de las dinámicas culturales en el cambio de la fecundidad en el mundo occidental, estos autores han definido dos conceptos claves: la secularización y la individuación.

Los autores definen la secularización como un descenso de la creencia en la construcción tradicional religiosa y un descenso del nivel de adherencia a una organización o institución religiosa. Definen la individuación de manera más amplia, considerando no sólo la religión, sino varios campos de la vida social tales como la moralidad pública, los valores políticos, los valores familiares y sexuales, etc., y la interpretan como la búsqueda de un alto nivel de libertad individual y de tolerancia. Explican que la fecundidad alta ha sido siempre apoyada por creencias religiosas, por lo que sólo un debilitamiento de éstas y una búsqueda de la libertad individual y la tolerancia pueden permitir a las personas tomar las decisiones para reducir y/o controlar su fecundidad.

Caldwell (1980) había abordado el tema de la cultura, en el mismo sentido que Lesthaeghe y Surkyn (2009) lo hicieron más tarde, explicando que la cultura tiene un peso importante en la fecundidad, y había demostrado que sólo un debilitamiento de la cultura por la secularización puede incidir en la fecundidad y eso, comenta el autor, puede ocurrir con una *educación masiva, orientada*

hacia una fecundidad baja y, por lo tanto, con la búsqueda y utilización de los medios que permiten controlar la fecundidad no deseada: los métodos anticonceptivos.

También, trabajos realizados sobre las NNSA han mostrado que, en algunos países, algunas mujeres que declaran no desear más hijos, o que quieren espaciar, no están usando un método anticonceptivo por constreñimientos religiosos (Singh et al., 2009). A pesar del debilitamiento observado de las normas religiosas respecto del uso de métodos anticonceptivos y del aborto, en los países no industrializados, los constreñimientos religiosos siguen siendo muy fuertes (Barroso, 1991; Barsted, 1992; Lamas, 2003; Rebello & Hardy, 1992, Segdh et al., 2007).

1.4.7 *Ciclo de vida, uso de anticonceptivos y NNSA*

Se ha mencionado otro factor asociado al comportamiento reproductivo de las mujeres: la etapa de la vida familiar en la cual ellas se encuentran (Bozon, Gayet y Barrientos, 2009, Cecchini y Uthooff, 2007). De manera general, se señalan tres etapas. La inicial, donde una pareja empieza la vida familiar o en unión estable y a tener a sus hijos. En esta etapa, las necesidades de controlar su fecundidad por el uso de anticonceptivos son muy bajas y por ende, las NNSA también. La etapa de expansión y de consolidación, donde los hijos mayores van creciendo y asisten a la escuela, y van surgiendo y creciendo los deseos de controlar la fecundidad, en un primer tiempo de espaciar y luego para limitar de manera definitiva futuros embarazos. Finalmente, la etapa de nido vacío, cuando salen de hogar los hijos ya mayores.

De acuerdo con la lógica de ciclo familiar, las necesidades de métodos anticonceptivos y las probabilidades de estar en situación de NNSA son muy distintas en cada etapa del ciclo. Para operacionalizar el ciclo de vida, unos autores utilizan la edad de la mujer, comúnmente agrupada en grupos quinquenales: los tres primeros corresponderían al inicio del ciclo, los dos grupos intermedios como la etapa de expansión y de consolidación, y los dos últimos como la tercera etapa (Bozon, Gayet y Barrientos, 2009; Cecchini y Uthooff, 2007, Frost, Singh y Finer 2007). El artículo de Bozon, Gayet y Barrientos (2009) es un estudio comparativo de varios países de América Latina sobre el comportamiento sexual entre mujeres de dos grupos de edades (25-29 y 45-49 años) y distintos niveles de escolaridad, y observan comportamientos muy distintos respecto del uso de anticoncepción.

1.4.8 Críticas de los diferentes enfoques y construcción de nuestro marco teórico:

En la anterior sección se presentaron algunos marcos conceptuales para el análisis del uso de anticonceptivos, de las de NNSA, y para identificar algunos factores relacionados. Sin embargo, tenemos que señalar que, cada enfoque intenta presentar el problema de manera restringida y encajarlo dentro de una disciplina o un campo determinado, lo que permitiría sólo explicar la situación de manera muy limitada y dejar de lado el aspecto multidimensional y complejo. Este problema ya ha sido señalado por muchos autores y académicos (Aparicio, 2009; Lesthaeghe y Surkyn, 2009; Segdh et al., 2007). Además, debemos destacar la tendencia en los diferentes trabajos realizados a considerar y analizar el no uso general (uso/no uso) de anticoncepción y las NNSA (no uso voluntario/NNSA) como dos problemáticas independientes una de la otra; a construir cada uno como objeto de estudio de manera separada y a determinar las variables explicativas, y a proponer y elaborar políticas públicas en función de esta misma lógica. Debemos preguntarnos si realmente son dos problemáticas diferentes; si considerar una de manera aislada de la otra puede presentar sesgos en el análisis; y cuáles son las consecuencias que podría tener tal consideración. Señalamos que en ésta podemos anotar entre otros dos grandes problemas.

Considerar al uso de anticoncepción como el objeto de estudio y plantear el no uso general como problemático es aceptar la homogeneidad en el no uso y, que todas las mujeres deberían usar un método anticonceptivo, y eso a pesar de que no quieran controlar su fecundidad, por una razón u otra, y habría que resolver este problema vía la elaboración y aplicación de políticas de población. Por lo tanto, es considerar el uso más como una racionalidad absoluta o, más fuerte, como una obligación en lugar de derecho de las personas. También es no tomar en cuenta la voluntad, la capacidad de cada mujer en su decisión de usar, como ha pasado en algunos países (Figuroa, 1994 y 1999; Tuirán, 1994 Aparicio, 1993 y 2004b). Y además, ese análisis no diferencia entre las mujeres que no usan voluntariamente y las que no usan involuntariamente o sea por NNSA. Esto es sesgar los resultados del análisis, considerando el no uso como algo homogéneo, y por lo tanto no tomar en cuenta las variables que explican la heterogeneidad del no uso, las cuales, sobre todo, pueden revelar características específicas del grupo que tiene NNSA. Así, es importante considerar la situación de heterogeneidad en el no uso: el no uso voluntario y el no uso por NNSA.

Segundo, considerar al no uso por NNSA como el objeto del estudio sin tomar en cuenta del uso general consiste a aislar la problemática de su contexto general. Tenemos que recordar que las NNSA son por definición una situación estrictamente condicional y no puede ser observada si no se cumple la condición de base que es el “no uso”. Es decir, para estudiar y entender plenamente dicha situación es necesario ver si cumple la condición, cuáles son las probabilidades de que se cumpla y cuáles son las variables que permiten el cumplimiento de dicha condición. Por lo tanto, el no uso general es una variable que condiciona la posibilidad de tener NNSA a una categoría específica de dicha variable. Si no se considera esta situación, se puede generar un problema de selección, como lo explica Heckman (1979). Este problema de sesgo afectaría los resultados. Al estudiar sólo las NNSA, como lo hemos dicho, se pueden revelar unas variables específicas al no uso por NNSA, pero que podrían ser no tan explicativas o significativas al considerar el no uso general. Pero también, al considerar sólo a las NNSA sin tomar en consideración el no uso general es como considerar a un sub-población específica definida a partir de unos criterios bien definidos, por lo tanto, unas variables que explicarían el no uso general pueden ir perdiendo efecto y significancia en la explicación de las NNSA. A estas variables, las consideramos como variables que pueden afectar las NNSA pero vía el no uso general, al menos en términos de probabilidades. Entonces, aceptamos que la mejor manera de estudiar el comportamiento reproductivo al respecto de los servicios anticonceptivos de las mujeres es de considerar los dos conceptos dentro de una misma y única problemática.

Frente a estos problemas que acabamos de mencionar, juzgamos importante presentar un marco teórico que permita comprender este problema donde consideramos no sólo al no uso general de métodos anticonceptivos sino también la heterogeneidad en el no uso. Este marco tiene como objetivo no sólo explicar el comportamiento reproductivo de las mujeres respecto del uso de los servicios anticonceptivos a partir de un enfoque multidimensional, sino también tomar en consideración dentro del análisis del no uso general, las variables que podrían generar una situación de heterogeneidad en el no uso, considerando que unas mujeres no usan voluntariamente y otras involuntariamente o por NNSA.

Para delimitar nuestro marco, definimos por comportamiento reproductivo respecto a los servicios anticonceptivos como la respuesta de las mujeres frente a la utilización de dichos servicios. Consideramos que dicha respuesta se puede manifestar de tres maneras:

- El uso de los servicios anticonceptivos lo cual consiste en usar algún método anticonceptivo, tradicional o moderno. El complementario al uso es el no uso.
- El no uso voluntario se define como dado que no usa la mujer, dicho no uso es por no quiere controlar su fecundidad, sea por espaciar o limitar; y
- El no uso involuntario o por NNSA es el no uso a pesar de declarar que quiere controlar su fecundidad, espaciar o limitar, siendo sexualmente activa y fértil.



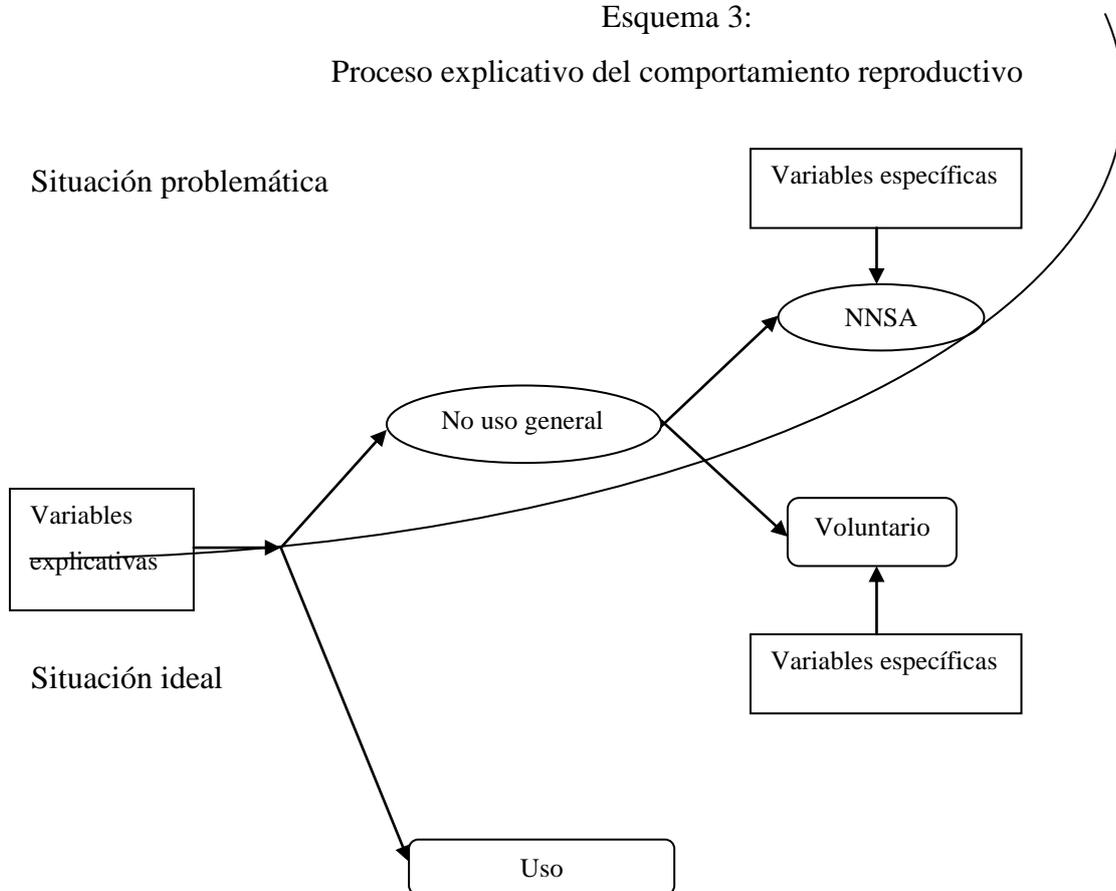
Fuente: Elaboración Propia.

De acuerdo con la definición del comportamiento de las mujeres respecto del uso de los servicios anticonceptivos, el marco consiste en explicar el no uso general, sus determinantes y, dado que no usa ningún método, explicar las NNSA. Por lo tanto, consiste en explicar en un primer lugar el “no uso general”; segundo explicar las NNSA dado que no usa tomando en cuenta de los efectos las variables explicativas del no uso general en las NNSA.

Para entender mejor el proceso, presentamos este esquema:

Esquema 3:

Proceso explicativo del comportamiento reproductivo



Elaboración propia.

Como hemos dicho, para construir este marco aceptamos un enfoque multidimensional donde consideramos los diferentes enfoques que vimos. El modelo de Arredondo y Meléndez (1992) que plantea que la utilización de los servicios en general, y de salud reproductiva en particular, depende en un primer lugar de la disponibilidad de dichos servicios y del marco legal que los regula, los garantiza y facilita legalmente su uso como un derecho; y en segundo lugar, depende de los factores macro o micro que pueden afectar el comportamiento reproductivo o la respuesta de las mujeres respecto al uso de los servicios. Así, las variables que pueden explicar el comportamiento pueden clasificarse en dos categorías:

Las que pueden explicar la disponibilidad y acceso a los servicios anticonceptivos empezando por el marco legal, el cual debería instaurar legalmente y regular la disponibilidad y medios de acceso a los servicios, medidas de control de dichos servicios, la garantía del Estado, etc. Por lo tanto, con un marco legal inexistente o deficiente no es posible una disponibilidad completa y un acceso pleno y garantizado. También debemos tomar en cuenta las variables que reflejan no sólo el aseguramiento a los insumos de anticoncepción sino también su calidad, su repartición territorial y la disposición de tecnología necesaria para la aplicación de los métodos avanzados, y un sistema de información y formación. Toda falla que registremos en dicha categoría de variables lo consideramos como una falla en el sistema de los servicios y tendrá como consecuencia un nivel bajo de uso, una posible polarización territorial en el uso, un acceso limitado, una tendencia a tener más mujeres con NNSA, y desinformación y conocimiento no adecuado, lo que a su vez puede generar temor respecto del uso.

La segunda categoría son las variables que puedan afectar la respuesta de las mujeres, las cuales pueden ser de orden macro como el estrato socioeconómico, el acceso a la educación, el nivel secularización y de individuación, la desigualdad de género y la situación étnica, etc., como de orden micro tales como el nivel educativo de la mujer, su situación matrimonial y sexual, su religión, su situación laboral, su preferencia de fecundidad, su ciclo de vida, etc. Dichas variables influyen el comportamiento de las mujeres sobre necesitar, aceptar o rechazar el uso de métodos de anticoncepción aunque estén disponibles. Como hemos visto en la sección anterior, se trata de analizar cómo cada una de estas variables podría influir y en qué sentido sobre el uso y las NNSA.

Tenemos que señalar que hay una tercera categoría de variables que son menos medibles y quizás, a veces, no observables o latentes tales como: el nivel de motivos personales, la percepción de la mujer sobre la fecundidad y los servicios, etc. Estas variables, en muchos trabajos, no fueron citadas o se consideraron como no significativas. Sin embargo, en el caso de que las dos otras categorías de variables ya citadas no se revelen explicativas del comportamiento, se recomienda explorar esta tercera categoría, pero a partir de métodos cualitativos.

Ahora, tenemos que señalar que el modelo de Arredondo y Meléndez se basa en la idea central de la necesidad de los servicios por parte de las mujeres, porque sin dicha necesidad no podemos esperar el uso de los servicios a pesar de que se reúnan los otros factores.

En términos de servicios anticonceptivos, esta necesidad puede reflejar la preferencia de limitar la fecundidad, cuando la mujer ha alcanzado el número de hijos deseados; esta necesidad no es una variable dada sino más bien una variable que va tomando forma en la realidad social, económica, cultural e histórica de las mujeres; en caso de que no se reúnan las condiciones para dar forma a la necesidad de uso, los factores del no uso de anticoncepción serían insuficientes para entenderlo. Y si la necesidad de uso existe, es decir, que la mujer desea controlar su fecundidad – limitar o espaciar- y no usa ningún método, nuestro marco lo considerará como una necesidad no satisfecha. Por lo tanto, como lo hemos dicho, las NNSA son estrictamente condicionales al no uso. Entonces, el no uso general permitiría seleccionar a las mujeres que pueden estar en situación de NNSA, lo que llamamos efecto de selección vía el no uso.

Partiendo de la lógica de que las NNSA son una variable condicional al “no uso general”, entonces las variables pertinentes que explican dicho no uso general pueden tener efectos explicativos en las NNSA; efectos que podríamos medir y analizar su sentido. Además de dichas variables, también hay las variables explicativas específicas del no uso por NNSA, variables explicativas de la heterogeneidad en el no uso. Sin embargo, en el caso de nuestro estudio nos limitamos a estudiar las NNSA y a ver el efecto de selección vía el no uso general en dichas NNSA.

En suma, en este capítulo se presentaron algunos marcos conceptuales para el análisis del uso de anticonceptivos, de las de NNSA, y para identificar algunos factores asociados. También presentamos algunas críticas relativas a estos enfoques para construir nuestro propio marco teórico en el cual consideramos el hecho de que las NNSA son una variable condicional al no uso, y partimos de un enfoque multidimensional. Sin embargo tenemos que precisar que en los siguientes capítulos de este trabajo vamos, a partir de datos particulares, a ver cómo dicho marco teórico nos permite analizar y entender el comportamiento de las mujeres relativo al uso de los servicios anticonceptivos en Haití, donde el “no uso” es muy alto.

Capítulo II

Haití: Perfil sociodemográfico y de salud

El propósito de este capítulo es proporcionar una vista panorámica de la situación social, económica y cultural en Haití. El aporte central es mejorar la comprensión sobre la situación en que se encuentran los servicios anticonceptivos y en la cual también se ubican las mujeres que pudieran hacer uso de dichos servicios. Lo hemos dividido en cinco secciones. En la primera (2.1), presentamos la situación sociodemográfica. En la segunda (2.2) analizamos la situación económica en general y, en breve, la situación macro-económica, del empleo y la desigualdad. La tercera sección (2.3) consiste en la presentación del marco jurídico-legal en Haití, el cual debería garantizar la atención y la calidad de los servicios de anticoncepción. La última sección (2.4) se dedica al análisis de los servicios de salud reproductiva, de los servicios de anticoncepción y del uso de dichos servicios.

2.1 Panorama sociodemográfico

En el último censo general de población y de vivienda de 2003, Haití tenía una población de 8.3 millones de habitantes, con 41.8 % de la población que viven en zona urbana, y dos terceras partes de dicha población urbana se encuentra en el departamento del Oeste y específicamente en la zona metropolitana de Puerto-Príncipe. Lo que se traduce en una fuerte concentración poblacional. Además, ha habido cambios en la estructura de la población: la tasa de crecimiento poblacional se redujo de 1.9% en 1995 a 1.6% en 2007, y la población de menos de 15 años ha pasado de 43% en 1995 a 37% en 2007 (World Population Policies, 2007); este cambio se debe a una reducción de la fecundidad, que pasa de 4.7 hijos por mujer a 3.5 hijos por mujer (EMMUS-IV, 2006). Dicho cambio no ha afectado a la población envejecida (65 años y más), que sigue constituyendo 6% de la población total en este mismo periodo. Además, la población femenina representa un poco más de la mitad de la población haitiana, sea 51.8%. Sin embargo, a pesar de que la fecundidad ha bajado mucho en los últimos años, la tasa de fecundidad permanece alta.

2.1.1 Perfil educativo

La proporción de población de diez años o más analfabeta es grande, 39% de acuerdo con el último censo (2003), con una brecha entre los hombres y las mujeres, siendo 38.2% y 41.7%, respectivamente. También, de acuerdo con dicho censo, de la población de 5 años o más, 37.4% no tienen ningún nivel de educación, 35.2% tiene nivel de primaria, 21.5% de secundaria y sólo 1.1% cuenta con un nivel universitario. De esta manera, puede decirse que Haití aún hace frente a graves problemas educativos. Una situación bastante complicada sobre todo cuando comparamos los niveles de analfabetismo para cada uno de los sexos a los niveles medios de la zona caribeña latina donde son del 10.3% para los hombres y 9.5% las mujeres; es decir, que en Haití el analfabetismo entre las mujeres es el triple del observado como promedio en la zona (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud-OPS/OMS, 2006³).

2.1.2 Esperanza de vida al nacimiento y mortalidad materna e infantil

La mortalidad permanece en niveles elevados. Según el reporte de la OPS/OMS (2007), Haití presenta una esperanza de vida al nacimiento de 60.9 años, con 62.3 años para las mujeres y 59.1 para los hombres, lo que significa una diferencia de casi 15 años respecto al valor calculado para la República Dominicana, con quien colinda, y de cerca de 17 años respecto al valor medio calculado para el Caribe latino (OPS/OMS, 2007). En el caso de la mortalidad infantil, observamos un descenso de 86 por mil en 2000 a 57 por mil⁴ en 2005. Sin embargo, estas cifras siguen siendo aún muy altas y reflejan una situación muy heterogénea donde, por ejemplo, la mortalidad infantil es de 48 por mil en la zona metropolitana de Puerto-Príncipe, zona de fuerte concentración de los servicios de salud, mientras que es de más de 100 por mil en el departamento del Centro. También varía entre la zona rural y la zona urbana, con una mortalidad para el grupo de 0-4 años de 114 por mil en la primera y de 78 por mil en la zona urbana.

³ Situación de Salud en las Américas - INDICADORES BASICOS 2006 – Programa Especial de Análisis de Salud - Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS). La información sobre la educación para Haití no está disponible para el reporte de 2007.

⁴ Mortalidad calculada sobre la población de 0-1 año y es igual a 88 por mil sobre la población de 0-5 años, EMMUS(2005)

En el caso de la mortalidad materna, la situación parece haber empeorado en los últimos años, pasando de 523 defunciones de mujeres por 100,000 nacidos vivos en el año 2000 a 680 en el 2005, con una variación considerable entre los diferentes grupos de edad, en donde el grupo de 15-19 es en el que la incidencia es mayor. 24% de los fallecimientos de mujeres de este grupo etáreo es por causas maternas, o sea, una de cada cuatro defunciones de dicho grupo es por complicaciones en el embarazo o en el parto; esta proporción es 19% en el grupo de 20 a 24 años.

Esto significa, primero, que los niveles mortalidad siguen siendo aún muy altos en Haití. Las mujeres en edades reproductivas y los recién nacidos son dos grupos muy vulnerables, lo que puede ser resultado de un acceso muy limitado a los servicios de salud, y especialmente de salud reproductiva. Segundo, observamos que en todas las zonas y ciudades la atención a la salud es deficiente y las cifras de fallecimientos muy altas, pero que las desigualdades y diferencias entre las zonas y las ciudades de residencia son muy grandes, lo que puede entenderse por los diferentes niveles de acceso en cada zona pero también por la interpretación y la percepción de la salud que existe en cada zona o tipo de ciudad. Y también tenemos que anotar los diferentes niveles de riesgo de morir en un embarazo, donde las más jóvenes tienen mayores riesgos.

2.1.4 Fecundidad

Como hemos dicho, en Haití, como en toda la zona América Latina y el Caribe latino, , ha ocurrido un decrecimiento de la tasa global de fecundidad durante las últimas décadas. En Haití, la tasa global de fecundidad ha pasado de 6.3 hijos en 1987 a 4.7 hijos en 2000, según la EMMUS-IV/DHS, y a 3.5 hijos por mujer en 2007⁵. Se observan diferencias significativas entre las mujeres que residen en distintas regiones. En zona urbana, la tasa global de fecundidad es de 2.8 hijos por mujer mientras que es de 5.0 hijos por mujer entre las mujeres residentes en zonas rurales. También observamos que en la zona metropolitana de Puerto Príncipe, donde se concentran los servicios, el valor de la tasa global de fecundidad es de 2.4 hijos por mujer mientras en ciudad pequeñas, por ejemplo el Centro, la tasa es de 6.0 hijos por mujer. Una situación bastante difícil y que puede ser reflejo no sólo de desigualdades en el acceso a los servicios, sino también de diferencias en las preferencias de fecundidad.

⁵ Según la estimación de la OPS/OMS, en 2007, la tasa global de fecundidad en Haití pasa a 3,5 hijos por mujeres. Situación de Salud en las Américas - INDICADORES BASICOS 2007

También, las diferencias entre las mujeres con distintos niveles educativos son marcadas: las mujeres que alcanzan el nivel de secundaria presentan una tasa global de fecundidad de 2.4, mientras que entre las mujeres sin escolaridad es de 5.8. Las diferencias entre sectores socioeconómicos son asimismo marcadas: de 2.1 hijos por mujer entre las mujeres de los hogares más ricos, y de 6.5 hijos por mujer entre las mujeres de los hogares más pobres. Todo eso se traduce en que la asistencia a la escuela reduce la preferencia por familias numerosas, como resultado de que al ir a la escuela, la mujer puede tener más acceso a la información sobre los servicios de salud, a más redes sociales, mayor libertad para elegir, pero también empezar su vida en unión más tarde. Y también vemos el impacto de la desigualdad económica en la vida reproductiva de las mujeres.

Cabe destacar que la fecundidad en Haití tiene el nivel más alto de los países de la región caribeña latina, los que tienen un promedio de 2 hijos por mujer. Esto puede ser consecuencia de un sistema de salud reproductiva débil, que reproduce el mismo esquema de desigualdad social y económica, lo que implica un alto riesgo para las mujeres y sus hijos recién nacidos, sobre todo entre los sectores menos educados, pobres y que viven en ciudades pequeñas y zona rural.

2.2 Panorama económico

Haití es el único país de la región latinoamericana donde más de 76 % de su población está en situación de pobreza y 56% vive con menos de un dólar estadounidense por día, es decir, en extrema pobreza (DSNCRP, 2007-2008⁶). De acuerdo con Vil (2009), en las dos últimas décadas, la situación económica ha estado marcada por un descenso de hasta 8% del PIB entre 1991-1994, debido al embargo comercial del país por el golpe del estado en 1991. A partir de 1995, se observa un ligero crecimiento, que se detiene para quedar en una situación de estancamiento con un tasa de crecimiento anual de -0.8% entre 2000 y 2004. Esto se tradujo en un descenso del PIB per cápita de 520 dólares (US) en el 2000 a 449 dólares en el 2004, acompañado de una situación de pobreza generalizada.

2.2.1 Población económicamente activa y población ocupada

De acuerdo con la encuesta sobre las condiciones de vida en Haití (ECVH-2001), la población económicamente activa se estimaba en el 2001 en 50.9% de la población de 10 años y más, con un

⁶ Premier rapport annuel de mise en œuvre du DSNCRP, 2007-2008. Ministère de Planification de Coopération externe. Véase a la bibliografía

tasa de actividad de 56.8% para la hombres contra 43.2% para las mujeres. En términos de población ocupada, 76.01% de la activa de 10 años y más se encuentra ocupada mientras que el resto se encuentra en situación de desempleo. Sin embargo, el área metropolitana de Puerto Príncipe presenta el nivel de desempleo más alto del país, con una tasa de desempleo 45.5%. Además, tener un empleo no garantiza a los asalariados el acceso a la seguridad social. Para parafrasear al Ministerio de Planificación y Cooperación Externa (conocido con su sigla en francés MPCE) de Haití, la mayoría de los asalariados, más de 80%, no tiene ni siquiera un seguro de trabajo (Premier rapport annuel de mise en œuvre du DSNCRP, 2007-2008).

De acuerdo con la ECVH, 44.6% de la población ocupada en 2001 se concentraba en el sector “Agricultura, Silvicultura, Caza y Pesca” y 27.7% en el sector “Comercio”. También, hay que señalar que 2.8% son empleados en el sector público, seguido de 11% en las empresas privadas no familiares y 8.8% como ayudantes familiares, mientras que 77.4% trabajaba por “cuenta propia” (ECVH-2001). Es importante señalar que la mayoría de los trabajos por cuenta propia forma parte de lo que comúnmente se ha llamado en Haití *sector informal*, que se asemeja, de acuerdo con Vil (2009), al concepto de economía informal de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Este sector informal se caracteriza por su débil productividad, exclusión social agravada, vulnerabilidad de los actores, débil capacidad de inversión, falta de acceso al crédito e ingreso limitado (Patrick Develtere y Benedicto Fontenau, 2003, citado en Vil, 2009).

2.2.2 *Situación de desigualdad*

El panorama económico en Haití está caracterizado por la pobreza generalizada. Además, es uno de los países de la región con niveles de desigualdad económica más altos. El índice de concentración de Gini, medida estadística utilizada para medir la desigualdad económica dentro de un país, era en el 2001 del orden de 0.63⁷, cifra que refleja un nivel de desigualdad muy alto en Haití. Esto se manifiesta también en los resultados de la Encuesta Nacional sobre las Condiciones de Vida en Haití (ECVH), que muestran que 20% de la población tiene el 69.6% del total de ingresos del país, mientras que el 20% más pobre sólo tiene el 1.4% del ingreso total (DSNCRP, 2007-2008).

⁷ Índice de Gini propuesto por Corrado Gini mide el grado de desigualdad en la distribución de ingreso en un país. El índice varía en una escala de 0 a 1, donde 0 significa igualdad perfecta mientras 1 desigualdad perfecta

La breve mirada sobre la situación económica en Haití nos muestra una situación de pobreza generalizada caracterizada por el desempleo y el desarrollo del sector informal, el que es muy vulnerable. Además, presenta una situación de desigualdad muy fuerte, donde muy pocos detentan gran parte de los ingresos mientras la mayoría vive en la pobreza. Y como ya lo hemos visto, esta situación de desigualdad se refleja en la vida reproductiva y la salud reproductiva donde las más pobres son las que tienen las familias más numerosas y los mayores riesgos de mortalidad materna e infantil.

2.3 Panorama jurídico-legal: deficiencia del marco legal

Como lo hemos visto en el anterior capítulo, el marco legal tiene una importancia capital porque constituye el marco que va a instaurar, garantizar y regular los servicios anticonceptivos. En un documento publicado en el año 2006 por el Ministerio de la Condición Femenina y de los Derechos de las Mujeres (conocido por su sigla en francés como MCFGL), se presenta la problemática de género en Haití. Se enuncian diferentes problemas ligados a la condición femenina; entre ellos, destacan el reconocimiento jurídico muy limitado a la atención a la salud reproductiva, específicamente la falta del derecho de interrupción voluntaria de embarazo (o aborto), una política pública muy desigual en materia de reproducción, y falta de información y formación relativa a los derechos reproductivos.

Cabe señalar que Haití ha firmado y ratificado varios tratados internacionales sobre los derechos – reproductivos- de las mujeres y la lucha contra la desigualdad de género. Entre ellos podemos mencionar la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (conocido por su sigla en inglés como CEDAW, firmado 1979), en la cual, de acuerdo con el Artículo 12:

“1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.”

Y más recientemente, Haití ha firmado la Convención Interamericana de Belém Do Pará para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (adoptada en 1994 y ratificada en 1996), que se orienta contra todo tipo de violencia y marca la responsabilidad del Estado de establecer mecanismos, instituciones y leyes para garantizar formalmente el pleno derecho de las mujeres.

Sin embargo, si bien Haití ha firmado y ratificado tratados regionales e internacionales que garantizan los derechos reproductivos de las mujeres y relativos a eliminar la violencia contra ellas, en términos de legislación interna presenta grandes deficiencias, ya que no existe ninguna ley específica que defina y garantice formal, universal y gratuitamente los derechos a la atención y a los servicios anticonceptivos.

Sin embargo, una situación jurídica ambigua, donde la legislación no prohíbe el uso de los servicios anticonceptivos (menos el aborto) no los garantiza, ni tampoco crea un marco legal escrito que regule el funcionamiento y la calidad de dichos servicios, que delimite los derechos y obligaciones de los servidores públicos ni de las mujeres respecto de los servicios. Una situación que libera al Estado de todas las exigencias y necesidades que podrían emanar de las mujeres, las más pobres, como hemos visto, que tiene menos acceso y más riesgo. Refiriéndonos al trabajo de Diallo (2005), efectivamente no hay ningún documento escrito y legal que muestre el compromiso del Estado para la planificación familiar, ni proyecte una visión global de proyecto de financiamiento a corto o largo plazo, y que los esfuerzos realizados son basados en el apoyo de diversos organismos del exterior que actúan fuera de un plano global. Entonces, podemos decir que los servicios anticonceptivos son abandonados a ellos mismos, y no hay ni regulación en términos de control de calidad de servicios ni de capacidades del personal, menos aún de una coordinación central. Y como lo hemos dicho, esto va a afectar directamente a la práctica de la anticoncepción en Haití.

2.4 Estructura de los servicios de la atención a la salud

Además de la situación de pobreza y de desigualdad económica, ya vimos que no hay un marco legal interno que garantice, regule los servicios de atención a la salud reproductiva, y más específicamente los servicios de anticoncepción ni un compromiso estatal. Como lo podemos esperar, los resultados de los servicios anticonceptivos son muy deficientes, tanto respecto a los servicios anticonceptivos como al de uso de los mismos.

2.4.1 *Calidad y accesibilidad a los servicios*

Diallo (2005) explica que la accesibilidad geográfica a las infraestructuras sanitarias es de 50 a 60%, con grandes diferencias entre las zonas y las ciudades, y apenas 30% de estas infraestructuras funcionan bien, sobre todo en las grandes ciudades. También explica la falta de personal calificado y el problema de aseguramiento de insumos de anticoncepción. Por ejemplo, en el análisis de la situación de la salud reproductiva en Haití, realizado a partir de la EMMUS-IV/DHS-2005-06, nos muestra una cobertura de servicios muy débil. En los últimos cinco años anteriores a la encuesta sólo 25% de los nacimientos ocurrió en hospitales (o establecimientos sanitarios) contra 75% en casa y sin asistencia médica formal, lo que significa sólo un aumento de 2% en la atención hospitalaria respecto de EMMUS-III/DHS (2000). Esta asistencia hospitalaria poco común en el parto sucede a pesar de que 85% de las mujeres embarazadas ha sido objeto de consulta médica prenatal. Cabe señalar que entre los partos que ocurren en casa, 33.6% son atendidos por parteras entrenadas, 32.3% con asistencia de parteras no entrenadas y el resto (9.1%) por un pariente, un amigo u otro. Además, sólo 32% de todas las mujeres que dieron a luz se beneficiaron del servicio sanitario médico post natal en los dos siguientes días después del parto. Es necesario señalar que hay diferencias significativas entre la zona rural y la urbana. En la zona rural 85% de las mujeres da a luz en casa y sin asistencia médica formal, mientras que de las que residen en zona urbana 52% lo hace en un establecimiento sanitario. El acceso a los servicios también depende del nivel de educación de las mujeres, ya que sólo 8% de las que no tienen ningún nivel escolar y 19% de las que han alcanzado el nivel de primaria o son alfabetas dan a luz en un establecimiento sanitario, mientras que esta proporción es 58% entre las que han alcanzado al menos el nivel de secundaria. También entre las familias más ricas y las más pobres las diferencias son marcadas: 65% de los nacimientos de las primeras ha tenido lugar en un establecimiento sanitario y sólo 6% entre las más pobres.

También, en términos de uso la situación no es diferente con una tasa de prevalencia en el uso de anticonceptivos de 22.9%, y de 17.9% de uso de métodos modernos, entre todas las mujeres de 15-49 años, incluidas las que se declaran inactivas sexualmente. Lo que tiene, por consecuencia, una prevalencia muy alta de NNSA de casi 40.0% (16.0% por necesidades de atrasar los embarazos y 23.8% de limitar de manera definitiva el número de hijos) (Diallo, 2005). Esto significa, como lo explican Westoff y Bankole (1995), un gran problema de “*necesidades insatisfechas de anticonceptivos*”.

Sin embargo, tenemos que señalar que 52% de las mujeres ha usado alguna vez un método anticonceptivo (43% un método moderno), comparativamente al nivel de uso actual traduciría un proceso de no seguimiento o de abandono. Diallo interpreta este proceso como posible resultado de los efectos secundarios, sobre todo de los métodos de inyecciones y Norplan, que serían mal comprendidos o no soportables por las mujeres, conjugados por rumores o difusión de dicha situación de desconfianza en los servicios, y el peso muy grande de los factores socioculturales.

En breve, hemos visto que la situación en la cual se inserta el comportamiento reproductivo de las mujeres haitianas respecto al uso de los servicios se revela bastante complicada tanto del lado de los servicios anticonceptivos, su marco legal y su disponibilidad y calidad de dichos servicios como del lado de los factores que podrían afectar dicho comportamiento. Además, hemos visto que el nivel de uso es muy bajo y el de las NNSA muy alto. Por estas razones se justifica el intento de aplicar el modelo que propusimos, para acercarnos más y de manera más sintética a esta problemática a partir de un enfoque multidimensional. Este modelo nos permitirá analizar el sentido y la fuerza del efecto de cada factor al mantener controlado el efecto de los otros factores pertinentes. También, podremos distinguir las variables que tienen efectos directos de las que tienen efectos indirectos. Pero antes de eso, en el próximo capítulo, presentaremos la metodología utilizada.

Capítulo III

Metodología y fuente de datos

El objetivo de este capítulo es presentar la fuente de datos utilizada en la presente investigación, la Encuesta Mortalidad-Morbilidad y Uso de Servicios (EMMU-IV), que se inserta en el marco del proyecto de las Encuestas Demográficas de Salud (DHS por su sigla en inglés), así como las variables y los indicadores claves. También presentamos la metodología y la estrategia analítica que vamos utilizar para llevar a cabo nuestros objetivos y comprobar las hipótesis.

Frente a la problemática del comportamiento reproductivo de las mujeres respecto al uso los métodos anticonceptivos en Haití, y a las NNSA, los objetivos de nuestro trabajo son los siguientes:

Objetivo general:

Desarrollar un marco analítico y hacer una aplicación empírica de dicho marco, de manera que permita entender el comportamiento reproductivo de las mujeres respecto a los servicios anticonceptivos en Haití en términos de NNSA, a partir de los factores determinantes, e integrando el efecto de selección vía en el no uso general. En caso de haber un efecto de selección, determinar las variables que explican dicha selección, a fin de proveer elementos para orientar las políticas públicas y los programas que fomenten el uso de anticonceptivos, la reducción de las NNSA y, por ende, el control la fecundidad.

Objetivos específicos:

O1- Describir, el comportamiento reproductivo, como lo hemos definido en el marco teórico, de las mujeres respecto a los servicios de métodos anticonceptivos en Haití, en términos de NNSA e investigar los factores determinantes de este comportamiento.

O2-Hacer, un análisis diferencial sobre este comportamiento, tomando en cuenta la zona de residencia como factor diferencial.

O3- Ver el posible efecto de selección vía el no uso general y, si lo hay, determinar y explicar de manera breve los factores determinantes de dicha selección.

Hipótesis

De esos objetivos, planteamos las siguientes hipótesis:

El comportamiento de las mujeres respecto al uso de los servicios anticonceptivos, en Haití es complejo y multidimensional. En cuanto a las NNSA, los factores que explican el comportamiento de las mujeres en la capital o las grandes ciudades son diferentes de los que lo explican en las pequeñas ciudades o pueblos. De manera general las NNSA pueden ser explicadas por la deficiencia del sistema anticonceptivo haitiano, la que propicia el temor a los efectos secundarios, y provoca a su vez una desconfianza retroalimentada entre las mujeres haitianas en los servicios anticonceptivos, como lo ha planteado Diallo (2005). Por otra parte, el ciclo de vida y las preferencias de fecundidad como factores socio-demográficos conjugados con la situación económica, tienen un efecto en las NNSA. Así, tenemos:

H1: De manera general,

- Tener temor respecto a no tenerlo,
- Estar en una etapa del ciclo de vida avanzada respecto a estar en una etapa menos avanzada,
- Alcanzar su preferencia de fecundidad y
- Estar en unión libre al respecto de estar en unión institucional,

aumentan las probabilidades de tener NNSA, mientras que

- Tener una situación económica mejor
- Tener un mejor nivel educativo
- Tener un nivel alto o muy alto de conocimiento de los métodos anticonceptivos,

reduce dichas probabilidades.

Sin embargo, como lo hemos dicho, los factores son muy distintos de acuerdo con la zona de residencia de residencia. Así:

H2- En la zona urbana,

- tener NNSA es resultado en primer lugar del temor a los efectos secundarios generados por el sistema mismo, es decir, la presencia de temor favorece el no uso, por lo que propicia el aumento de la probabilidad de tener NNSA,

- cuanto más avanzada es la etapa del ciclo de vida y cuando se ha alcanzado la fecundidad deseada, mayor será la motivación a usar y, acaso que hay factores que impiden el uso, mayores las probabilidades de estar en NNSA,
- Estar en unión libre al respecto de estar en unión institucional aumenta las probabilidades de tener NNSA

H3- En la zona rural , el tener temor tiene el mismo efecto de aumentar las NNSA pero en menos intensidad. Y; por otro lado, aumentan los problemas para el acceso por el menor conocimiento de los métodos anticonceptivos; el nivel educativo y la situación económica más precaria, es decir:

- Vivir en la zona rural aumenta la probabilidad de tener NNSA por problemas de acceso, observados a través la variable nivel de conocimiento de los métodos. El desconocimiento es más común en esta zona que en la urbana.
- Un estrato socioeconómico más alto propicia menores probabilidades de tener NNSA,
- tener un nivel educativo más alto reduce dichas probabilidades,

H4- Las variables religión y poder tienen efectivos significativos en las NNSA. Ser de religión de fe católica o protestante o tener menos poder dentro de la pareja aumenta las probabilidades de tener NNSA.

H5- El modelo estadístico ajustado de las probabilidades de no uso mediante sus variables explicativas tiene un efecto de selección en las probabilidades de tener NNSA.

3.1 *Fuente de Datos*

Los resultados y análisis de este trabajo están basados en los datos recolectados en la encuesta “Enquête Mortalité-Morbidité et Utilisation de Services⁸ - EMMUS” llevada a cabo en 2005-2006 por el “Institut Haïtien de l’Enfance” (IHE), y que forma parte de las “Encuestas Demográficas de Salud”. En esta encuesta, se abarcan temas de la salud reproductiva de manera general, la salud las madres, la salud en la infancia y el VIH/SIDA. Desde 1987, se han realizado cuatro EMMUS en Haití: la primera en 1987, la segunda, de julio 1994 a enero 1995, la tercera de febrero a julio de 2000, y la última que se levantó de octubre de 2005 a julio de 2006. Resulta importante precisar

⁸ EMMUS: Encuesta sobre la Mortalidad-Morbilidad y Utilización de los Servicios. Traducción propia al español.

que, en nuestro trabajo, utilizamos la más reciente, de la que presentamos la metodología seguida para ver los tipos de análisis y la calidad de la inferencia que podemos realizar a partir de esos datos, y así introducir las variables objeto de este trabajo.

El objetivo principal de la encuesta es recolectar datos sobre la fecundidad, el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos, la salud materna e infantil, y las actitudes respecto a las enfermedades sexualmente transmisibles y el VIH/Sida. Además, cabe señalar que la encuesta es representativa a nivel nacional, rural-urbano, de la zona metropolitana, y de cada departamento geográfico. También, esta encuesta ha sido realizada tanto para hombres como para mujeres. Sin embargo, nuestro trabajo se concentra sólo en la población femenina que está en edades reproductivas.

La EMMUS-IV ha sido realizada con una muestra nacional de 10 757 mujeres en edades reproductivas, es decir, de 15 a 49 años. Debido a la ampliación del cuestionario y del tiempo necesario para aplicarlo, se seleccionó de manera aleatoria una sub-muestra de mujeres para aplicar ciertas secciones sobre “el estatus de las mujeres” y “las relaciones dentro del hogar”. Por lo tanto, sólo a 3 575 mujeres, o sea una tercera parte de la muestra total, fueron seleccionadas para aplicar todo el cuestionario; de ellas, 3 568 respondieron al cuestionario completo. En el análisis exploratorio, utilizaremos la muestra total con su ponderador (variable v005/1000000 del cuestionario) para hacer inferencia estadística, para tener una amplia idea de la población femenina en edad de reproducción. Luego, los análisis bi-variados y ver las primeras correlaciones lineales de cada factor determinante con el uso, hemos considerado sólo a la población femenina sexualmente activa la cual es susceptible de usar anticoncepción y, para ver las NNSA, hemos considerado a las mujeres sexualmente activas que no usan ningún método. En los modelos estadísticos, para poder tomar en cuenta del efecto de la desigualdad en el comportamiento reproductivo de las mujeres, sólo utilizamos la sub-muestra y al segundo ponderador (variable d005/1000000 del cuestionario) y además sólo nos limitamos a las mujeres sexualmente activas en el caso del modelo de Heckman y a las mujeres sexualmente activas que no usan ningún método en al caso de los modelos probit de las NNSA.

La muestra de la EMMUS-IV tiene un diseño probabilístico, estratificado representativo a nivel nacional con dos etapas de selección. Primero se estratificaron los once departamentos geográficos⁹

⁹ El departamento del Oeste está dividido en dos departamentos: el Área metropolitana y el resto del Oeste. Además están los 9 otros departamentos geográficos.

en zonas rurales y urbanas. En cada uno de estos estratos, se seleccionaron aleatoriamente las “Section d’Énumération (SDE)¹⁰” mediante una selección sistemática con probabilidad proporcional al tamaño. Dentro de cada SDE, se seleccionaron los hogares con un diseño sistemático y con una misma probabilidad. En cada hogar, se aplicó un cuestionario a un hombre de 14 a 49 años y otro(s) a las mujeres de 15 a 49 años. Esta metodología nos permitirá realizar sin problema inferencias estadísticas y llevar a cabo nuestro objetivo que es modelar el comportamiento de las mujeres respecto de su práctica de uso de anticonceptivos y las NNSA.

3.1.1 *Las Variables*

En relación con el objetivo de nuestro trabajo, presentamos las variables que llamamos claves, porque nos permiten ver la selección vía el no uso de métodos anticonceptivos y modelar las NNSA. El no uso de métodos anticonceptivos y el estar en situación de NNSA son las variables centrales del trabajo; son dicotómicas, y queremos explicarlas y modelar su comportamiento probabilístico (lo que veremos posteriormente). De otro lado, tenemos las variables determinantes que escogimos a partir del modelo teórico que hemos construido en el primer capítulo. Para simplificar la exposición, a continuación presentamos una tabla en la cual las variables se encuentran de acuerdo a cada una de las dimensiones comentadas en el primer capítulo, y también se menciona su operacionalización.

¹⁰ SDE: Section d’Énumération, una base muestral nacional realizada por el Institut Haitien de Statistique et d’Informatique - IHSI- para la realización del censo 2003. *IV Recensement Général de la Population et de l’Habitat (Résultats Préliminaires)*. Éditions des Antilles S.A. Port-au-Prince, Haïti.

Tabla de operacionalización			
Variables	Dimensión	variables	Operacionalización
Comportamiento reproductivo al respecto de los servicios anticonceptivos	Ver el uso de anticoncepción	Uso de anticoncepción	1, No 0, Si
	Ver la heterogeneidad en el no uso	Tipo de no uso (construido)	1, NNSA 0, no uso voluntario
Aseguramiento de los Insumos de Anticoncepción	Falla del sistema por falta de difusión o acceso limitado a los servicios de información sobre los métodos anticonceptivos ==> Nivel de conocimiento de las mujeres	Índice de nivel de conocimiento (construido)	0: Nivel muy básico 1: Nivel adecuado 2: Nivel avanzado
	Falla del sistema en la aplicación de los métodos y rumores ==> Nivel de confianza de las mujeres ==> Temor	Temor (construido)	Si, no
Condiciones de vida	Condiciones de vida y acumulación de desventajas	Índice de riqueza	0 Muy bajo 1 Bajo 2 Media 3 Alto 4- muy alto
Género	Relaciones de poder dentro de la pareja en donde tomamos en cuenta del nivel de control del dinero, de decisión	Índice de poder dentro de la pareja (construido)	0 Muy bajo 1 Bajo 2 Alto 3 Muy alto
Educación	Nivel educativo alcanzado ==> Apertura al mundo, tipo de redes sociales, etc.	Nivel educativo alcanzado	0 Sin educación 1 Primaria 2 Secundaria o más
Ciclo de vida	En que etapa se encuentra cada mujeres su ciclo de vida en familia ==> Grupos quinquenales de edades	Grupo quinquenal de edades	15-19; 20-24; 25-29; 30-34; 35-39; 40-44; 45-49
Preferencia de fecundidad	Consideramos no la preferencia en si, sino si la mujer ha alcanzado su número de hijos ideal	pref_1=Numero ideal de hijos - número de hijos sobrevivientes	pref1 =< 0, Si pref_1 >0, no
Cultura	religión	religión	0= católica 1 = protestante 2 = otros
Unión	Estabilidad de la unión	Tipo de unión	0= soltera 1 = Casada 2= Unión libre 3= viuda 4= divorciada 5= Separada
Zona de residencia (Factor diferencial)	Nivel de acceso o polarización territorial de los servicios dentro de los departamentos	Zona de residencia	Rural-Urbana

3.1.1.1 *Medición de las variables construidas*

En la tabla de operacionalización, algunas de las variables son medibles o tienen categorías claramente definidas y exclusivas en la base de datos que tenemos, tales como tipo de unión, pertenecía religiosa, zona de residencia, ciclo de vida, educación, índice de riqueza o de estrato socio-económico. Sin embargo, otras variables requieren ciertas mediciones a partir de cálculos propios y métodos estadísticos y demográficos avanzados. Así, vamos a presentar las técnicas utilizadas en estas mediciones en el orden siguiente: las NNSA, el índice de nivel de conocimiento, el temor, y el índice de poder dentro de la pareja.

3.1.1.2 *Cálculo de las NNSA*

Para determinar el no uso de anticoncepción, procederemos en dos etapas. En primer lugar, calculamos las NNSA. Y después, asignamos el valor 1 a cada mujer que tiene NNSA y 0 a las demás. Como lo hemos señalado desde el primer capítulo, utilizamos la medición estándar de las NNSA (Westoff, 1995) salvo que, como lo hemos aclarado, aceptamos que una medida instantánea por lo que no incluimos a las mujeres embarazadas que no deseaban su último embarazo ni a las que están en situación de amenorrea que no deseaban el último hijo.

Es decir, sean los diferentes conjuntos de mujeres haitianas los siguientes:

A: {x/x una mujer de 15 a 49 años de edad}

B: {x/x una mujer que se declara sexualmente activa}

C: {x/x una mujer fértil} Es decir, no es infértil naturalmente o no está embarazada o en periodo amenorrea post-partum

D: {x/x una mujer que no desea tener más hijos o no tener hijos en los dos próximos años respecto del año de la encuesta}

E: {x/x una mujer que no está usando algún método anticonceptivo (moderno o tradicional)}

De acuerdo con la definición operativa de Westoff (cap. I) y refiriéndonos a la teoría de conjuntos (Oubiña, 1965), la mujer que pertenece a todos los conjuntos al mismo tiempo se encuentra en situación de NNSA. Es decir:

Sea x una mujer haitiana, ella está en situación de NNSA si y sólo si:

$x \in F$, con $F = A_n B_n C_n D_n E$ (n: Símbolo de intersección y \in símbolo de pertenece a)

Es decir que F es el conjunto de las mujeres que tienen NNSA.

3.1.1.3 Cálculo del Índice de nivel de conocimiento de anticoncepción

Como lo hemos explicado, uno de los puntos importantes del principio de aseguramiento de insumos de anticoncepción es la educación, formación y promoción de los servicios relativos a la anticoncepción, es decir, de los diferentes métodos, lugares para encontrarlos, su modo de uso, etc. Por lo tanto, consideramos que la falta de conocimiento o un conocimiento limitado son una falla o una deficiencia del sistema de información y de formación de los servicios anticonceptivos. Así hemos construido un índice de nivel de conocimiento para ver este aspecto.

Hemos construido este índice a partir de las variables relativas al nivel de conocimiento de anticoncepción tales como: Si conoce algún método anticonceptivo, cuál método (moderno o tradicional), fuentes de su conocimiento (médico/trabajador del sistema de salud u otra fuente como radio, televisión, amigo, etc.), si conoce los efectos secundarios y si sabe qué debe hacer si padece dichos efectos. A partir de estas variables, construimos el índice donde consideramos:

Si conoce un método anticonceptivo, sea tradicional o moderno, como un nivel de conocimiento tradicional o muy básico,

Si la fuente de su conocimiento del método es un representante directo del sistema de salud y de planificación familiar (médico, enfermera, o agente o trabajador en el sistema), independientemente del medio de comunicación utilizado (radio, televisión, periódico o visita directa), lo consideramos como un nivel aceptable. Por supuesto que damos por hecho que la difusión de la información y formación veraz y adecuada, relativa a los métodos anticonceptivos es plena y entera responsabilidad del sistema anticonceptivo.

Además, si la mujer conoce los efectos secundarios relativos al método conocido, - o conoce varios métodos anticonceptivos- y sabe qué hacer en caso de padecer uno de estos efectos, se considera como un nivel de conocimiento avanzado.

En la construcción del índice clasificamos todas repuestas contrarias a un “sí” tales como “No”, “No sabe” y “No responde”, como una duda y, por lo tanto, las clasificamos como “No”. Además, el índice se construye de la siguiente manera: si la respuesta de la pregunta es “No”, las siguientes

son automáticamente “No”. Atribuimos a cada “No” el valor “0” y a cada “Sí” el valor “1”. Así, el índice de conocimiento de anticoncepción tiene como dominio de definición de 0 a 3:

- 1: Nivel muy básico o tradicional
- 2: Nivel adecuado
- 3: Nivel avanzado

Como hemos visto en el capítulo 1, a mejor nivel de conocimiento de anticoncepción habrá un mayor nivel de uso de método de anticoncepción y, por ende, menor probabilidad de estar en situación de NNSA (Véase a cap. I).

3.1.1.4 Cálculo de la variable “Temor”

Como hemos señalado, consideramos el temor de las mujeres a los efectos secundarios como variable resultando al menos en parte de la falla y la mala calidad de los servicios anticonceptivos. Como hemos visto, la presencia de temor debería afectar negativamente el uso de métodos anticonceptivos, y por consecuencia, aumentar las probabilidades de estar en NNSA. Así, para medirlo, construimos la variable “Temor” que agrupa todas las variables relativas a las razones de no uso de método anticonceptivo ligadas al temor que tiene la mujer de los efectos secundarios sobre su salud o que relata directamente problemas de salud, según la declaración de las mujeres. Entonces, consideramos que una mujer tiene temor si declara que tiene miedo o no quiere afectar su salud o que su salud no se lo permite. Así tenemos:

$$\text{Temor} = \begin{cases} 1, & \text{si la mujer tiene temor de los efectos secundarios} \\ 0, & \text{no} \end{cases}$$

NB: tomamos de la construcción del temor, no lo incluiremos en el modelo de selección.

3.1.1.5 Relaciones de poder dentro de la pareja

En lo que respecta a las relaciones de poder dentro de las parejas, se genera un índice combinando el poder de decisión y el del control de dinero. Esto permite ver el nivel de empoderamiento de las mujeres y su capacidad de decisión dentro de la pareja. Para construir dicho índice, seguimos un

procedimiento análogo al de Aparicio (2009) basado en las preguntas sobre la toma de decisión dentro de la pareja y las relativas al control de dinero. En relación con la toma de decisión, le preguntaron a la mujer si era ella, ella y otra persona, ella y su pareja, su pareja u otra persona quien tiene(n) la última palabra en la decisión: a) de uso de anticoncepción, b) de una compra grande, c) de una compra cotidiana, d) de la comida diaria, e) de visitas a familia/amigos (as), f) de ir a trabajar, h) sobre su propia salud¹¹. Asignamos el valor cero (0) si es la pareja u otra persona quien tomaba la decisión, uno (1) si eran los dos o ella y otra persona, y dos (2) si era ella quien tomaba sola la decisión¹².

Sobre el control de dinero, tenemos cinco variables sobre si era la mujer quien tiene control del dinero para comprar: a) frutas y verduras, b) vestidos, c) medicinas, d) toileteries (objetos de limpieza personal y de belleza). Se asignó cero (0) si no era ella y uno (1) si era ella quien tomaba la decisión.

Para construir el índice, se siguió el procedimiento de Aparicio (2009): se suman las respuestas, y se estandarizan a 10 para facilitar la comparación. Es decir, si es igual a cero (0), fue la pareja de la mujer quien tomaba todas las decisiones o que tenía todo el control del dinero o ausencia completa de autonomía para la mujer, es decir, un nivel muy alto de desigualdad de género y relaciones de poder a favor de los hombres. Así, tenemos:

$$\text{Indpodec}_i = \text{Suma } (X_{ij}) * 10 / 18.$$

Donde X_{ij} es la respuesta de la mujer i sobre la pregunta j .

Cabe señalar que dicho índice es muy limitado para entender la desigualdad de género que existe en la relación, ver sus diferentes aspectos, ya que las preguntas son muy sucintas y sólo sobre algunos puntos básicos. Sin embargo, aceptamos que dicho índice constituye una primera aproximación a la desigualdad. Serán necesarios otros estudios para profundizar en el problema.

¹¹ No consideramos en dicho índice las preguntas sobre g) educación de los hijos, h) cuidado de la salud de los hijos, y i) línea de conducta de los hijos por tener porcentajes de no respuesta demasiado altos: más de 25%, en parte porque son preguntas relativas únicamente a las mujeres que ya son madres.

¹² Cuando la respuesta es: “decisión no tomada por el respondiente”, la consideramos como: una decisión compartida, es decir, le atribuimos el valor 1.

Otras consideraciones:

La base de datos con que trabajamos no permite contemplar todas las dimensiones que hemos presentado en nuestro marco teórico; sobre todo, no hay variables relativas al conocimiento de las mujeres sobre sus derechos a la atención a la salud sexual y reproductiva; tampoco podemos ver los servicios en términos de calidad, de personal disponible y calificado. Por lo tanto, en la parte de conclusiones y reflexiones, haremos referencias a los análisis generales de dichos aspectos, que hicimos en el capítulo 2.

3.2 Estrategia Analítica

La fuente de datos que tenemos nos permite hacer análisis estadísticos avanzados e inferencias estadísticas sobre la población total. Vamos a presentar los resultados en tres (3) etapas:

- En primer lugar, presentamos de manera descriptiva y breve a las mujeres bajo estudio, sus características socio demográficas, en porcentajes. También en este apartado, calculamos el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.
- En la segunda parte, presentamos un análisis bi-variado para ver las primeras correlaciones entre el comportamiento reproductivo (USO y NNSA) y diferentes variables tales como: índices de estrato socio económico, los índices de relaciones de poder dentro de la pareja, zona de residencia, etc. Y también como hemos dicho, en este análisis consideramos sólo a las mujeres sexualmente activas y no a toda la población femenina en edad de reproducción. También realizamos pruebas estadísticas de independencia para ver si estas correlaciones son estadísticamente significativas.
- Finalmente, ajustamos modelos estadísticos para ver el comportamiento reproductivo de las mujeres respecto de los servicios anticonceptivos en términos de NNSA o, mejor dicho, para ver cómo las variables-determinantes pueden explicar dicho comportamiento a partir de unos modelos estadísticos de la distribución Probit. Sin embargo, para retomar la definición de comportamiento tal como fue definida en el marco teórico y ver el efecto de selección, es decir, para ver las NNSA como variable condicionada al no uso, utilizaremos antes el modelo de selección de Heckman con dos etapas, que permite modelar en un primer momento la probabilidad de uso con la categoría no uso como categoría de interés y, a partir de dicho modelo, modelar las probabilidades de NNSA dado el no uso. Los resultados permitirán poner a

prueba la hipótesis 5 que establece un efecto de selección de las mujeres que podrían tener NNSA vía las variables explicativas de no uso, modelando las probabilidades no uso.

También realizaremos un análisis diferencial de acuerdo con la zona de residencia para ver las diferencias de las variables-determinantes de acuerdo cada la zona de residencia de la mujer, como se plantea en las hipótesis. En primer lugar, ajustamos el modelo donde no integramos la variable zona de residencia como una variable explicativa de las NNSA. Es decir, que las variables presentan efecto fijo y que la zona de residencia no tiene efecto alguno en ellas. Luego, integramos dicha variable como factor diferencial para ver la diferencia que existe si la mujer reside en zona rural o si reside en zona urbana. También, para realizar los análisis estadísticos y las pruebas aceptamos un margen de error de 5.0% en los resultados.

Capítulo IV

Presentación de los resultados y análisis descriptivo y bi-variado del comportamiento reproductivo respecto al uso de anticonceptivos

El propósito de este capítulo es presentar los primeros resultados, analizar y describir a la población femenina en edades reproductivas y también ver las primeras correlaciones entre las variables claves y las variables determinantes, como lo hemos planteado en nuestro marco. Está dividido en tres secciones, la primera presenta el perfil socio demográfico de las mujeres en términos porcentuales; en la segunda se introducen las correlaciones lineales entre el uso de anticoncepción con las variables teóricamente determinantes; en la última, se presentan las correlaciones lineales entre las NNSA y estas mismas variables.

4.1 Perfil socio demográfico de la población femenina

El objetivo de esta parte es presentar las características socio demográficas y el conocimiento y uso de los métodos de anticoncepción entre la población femenina bajo estudio. Esta descripción se revela importante en la medida en que las características socio-demográficas y de conocimiento de los métodos son factores determinantes en el riesgo de embarazo y en la toma de decisión de usar o no un método y, por consecuencia, de la salud reproductiva de la mujer y del nivel de fecundidad en general.

4.1.1 Estructura por edad

En la distribución de la población femenina por grupo quinquenales de edades, observamos una concentración en los tres (3) primeros grupos de edad (cuadro 1). En efecto, 25.1% tienen de 15 a 19 años, 18.6% de 20 a 24 años y 16.4% de 25-29 años. Los dos primeros grupos representan más que 43.7% de la población femenina en edad reproductiva. Lo que se traduce también en la edad mediana que es 26 años. Esto significa que 50.0% de esta población tiene menos que 26 años; es decir, se trata de una población muy joven y con una fuerte concentración en la primera etapa del ciclo de vida reproductiva, y podría ser una etapa de débil deseo de controlar la fecundidad

Cuadro 1

**Perfil socio demográfico de la población
femenina haitiana en edades
reproductivas (N=10757)**

GRUPO QUINQUENAL DE EIDADES	Porcentaje
15-19	25.1
20-24	18.6
25-29	16.4
30-34	11.6
35-39	10.8
40-44	8.7
45-49	8.7
Total	100.0
Edad Mediana	26

ZONA DE RESIDENCIA	Porcentaje
Urbana	46.5
Rural	53.5
Total	100.0

Ciudad de residencia	Porcentaje
Pequeña ciudad o pueblo'	71.9
Capital o Ciudad grande'	28.1
Total	100.0

NIVEL EDUCATIVO	Porcentaje
Sin educación	24.1
Primaria	40.6
Secundaria	32.7
Superior o Universitaria	2.6
Total	100.0

RELIGIÓN	Porcentaje
Católica	47.3
Protestante/ metodista /adventista/Testigo de Jehová	45.6
Otras	6.9
Total	99.9
Sin información	0.1
Total	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-Emmus 2005-2006.

4.1.2 Lugar de residencia

Las estadísticas nos muestran que la población femenina reside más en zona rural que en urbana, aunque no se revela una diferencia muy grande. En efecto, 53.5% de las mujeres en edad reproductiva vivían en zona rural y 46.5% en zona urbana. Tomando en cuenta, como lo hemos visto, las características de la zona rural donde podemos hablar de una fuerte concentración de los servicios de salud, entre ellos de salud reproductiva, en la zona urbana específicamente en la Capital Puerto-Príncipe y las grandes ciudades, mientras que la zona rural son zonas pobres con acceso deficiente y muy limitado, podemos decir que la mayoría de las mujeres viven con acceso limitado o reducido a los servicios básicos, incluidos a los servicios anticonceptivos.

4.1.2 Nivel de educación

En términos de educación, constatamos una deficiencia casi total. El nivel de educación es muy bajo. Los datos revelan que casi una cuarta parte, (24.1%), no sabía ni leer ni escribir. Además, 40.6% contaba con una formación de sólo primaria. Es decir, casi dos de cada tres mujeres (64.7%), tenían un nivel menor o igual a primaria. Sólo 2.6% de ellas ha alcanzado un nivel superior o universitario. Una situación muy crítica que se explica por la dificultad en el acceso de las mujeres a la educación y/o en los procesos de seguimiento escolar. Esto se traduce ya sea en un abandono de la escuela de las mujeres en edades tempranas y/o en un fuerte problema rezago escolar. Por lo tanto, eso limitará socialmente a las mujeres en términos de redes o tipos de redes sociales y también económicamente, no sólo en términos de acceso al mercado laboral sino también a qué segmento del mercado o tipo de trabajo podrían ingresar; lo cual repercutirá en el comportamiento reproductivo de las mujeres en términos de preferencia a la fecundidad como lo explica Becker (1960) y en términos de acceso a los servicios anticonceptivos, por ende incrementa las probabilidades de no usar métodos anticonceptivos y tener NNSA.

4.1.3 Religión

El estudio revela que casi toda la población femenina declaró tener creencia religiosa, la mayoría católica o protestante. En efecto, como podemos observar en el cuadro 1, 47.3% de las mujeres son católicas y siguen muy de cerca, las protestantes – protestante/adventista/Testigo de Jehová - con 45.6%. Es decir, casi 93% de las mujeres son de fe cristiana (católica o protestante). Así,

dependiendo de qué tan conservadoras sean las religiones cristianas comparadas con las otras religiones, se tendrán efectos negativos en el nivel de uso de anticonceptivos y en las probabilidades de estar en NNSA.

4.1.4 Estatus matrimonial

Observamos que 44.3% de la población femenina es casada y 14.5% vive junto con su pareja (cuadro 2). Es decir, que cerca del 60.0% de la población femenina vive con una pareja. Esto podría significar una exposición continua al riesgo de concebir. Sin embargo, como lo hemos señalado, estar en una unión institucional (ser casada) no tiene el mismo nivel de estabilidad que unión libre o “vivir juntos”, y el tener hijos dentro de cada uno de esos tipos de unión, no tiene el mismo sentido.

Sobre todo, como lo hemos visto, la legislación haitiana no reconoce plenamente a una mujer en situación de unión libre en su esquema de herencia ni en su sistema de seguro familiar.. Es decir, “vivir juntos” o unión libre en Haití no presenta el mismo nivel de estabilidad que la “unión libre” en otros países. Entonces, tener hijos dentro de esta situación podría ser una fuente de estabilidad o, al menos, de garantía para las mujeres en unión libre para obtener, en el presente y en el futuro, el apoyo económico o una parte de la herencia de su conyugue.

También vemos que las mujeres viudas representan 2.2% de la población, sólo 0.1% son divorciadas sin embargo las separadas representan 6.8% de la población femenina. Situación que reduciría el tiempo de riesgo al concebir por lo tanto reduce al mismo tiempo las probabilidades de usar métodos y de tener NNSA.

Cuadro 2

Distribución de las mujeres por situación matrimonial y parentesco con el jefe del hogar (N=10757)

ESTATUS MATRIMONIAL	Porcentaje
Soltera	32.1
Casada	44.3
Vivir juntos	14.5
Viuda	2.2
Divorciada	0.1
Separadas	6.8
Total	100.0

Mujeres alguna vez unidas (N*=7304)*	
NUMERO DE UNIONES	Porcentaje
Una	63.8
Más que una	36.0
Se desconoce	0.2
Total	100.0

LAZO DE PARENTESCO CON EL JEFE DE HOGAR	Porcentaje
Jefa de hogar	22.1
Esposa	25.6
Hija	27.6
Nuera	1.5
Hermano/a	4.3
Otro pariente o amigo/a	18.8
Total	100.0

* Población alguna vez unidas = Población femenina menos las solteras

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-Emmus 2005-2006.

Entre las mujeres alguna vez unidas, 36.0% ha estado unida más de una vez, lo que revela poca estabilidad de las uniones. El divorcio es poco común (0.1%), pero la separación es más frecuente (6.8%). Este nivel de separación es relativamente considerable y va a afectar las actividades sexuales de dichas mujeres, por ende, sus probabilidades de uso y de tener NNSA.

La situación de jefatura de hogar, caso sorprendente, muestra que casi 22.0% de los hogares son encabezados por mujeres. Esta situación es inquietante, tomando en cuenta el muy bajo nivel de educación de las mujeres y su dificultad para entrar en el mercado laboral.

Además, como lo hemos visto, aunque 32.1% de las mujeres nunca ha estado en una unión, sólo 47.7% vive ya sea como jefa de hogar o como esposa. Las demás, sea 52.3% viven en la casa de sus padres, de sus suegros, de un hermano o hermana, o de otros parientes o de un amigo. Esto podría significar que, aunque se encuentren en unión, viven en una situación bastante difícil, tal vez bajo la tutela de los parientes. Sin embargo, esta situación necesita una mirada más cercana para entender los mecanismos que la han generado, y cómo puede influir en el uso de un método de la anticoncepción.

4.1.5 Situación ocupacional

La situación ocupacional se revela muy crítica. Constatamos que casi la mitad, 48.1%, de la población femenina no trabajaba (cuadro 3). Además, 34.5% eran vendedoras y 7.0% trabajaba como en la agricultura por cuenta propia, categorías que se concentran en el sector informal. Sólo 3.7% de las mujeres tenía un puesto técnico/profesional o de gestión. El resto, o sea 6.7%, trabajaba como trabajadoras domésticas, como trabajadora manual en las fábricas, etc.

Cuadro 3

Población femenina por situación ocupacional y estrato socioeconómico N=10757

TIPO DE TRABAJO	PORCENTAJE
Sin empleo	48.1
Prof., Tec., Dirección	4.1
Vendedoras	34.5
Agric. por cuenta propia	7.0
Trabajo doméstico	3.4
Manual	2.5
Manual no calificado	0.4
Otros	0.1
Total	99.9
Sin información	0.1
Total	100.0
Población femenina ocupada (N*= 5581)*	
TIPO DE EMPLEADOR	PORCENTAJE
Miembro de la familia	2.1
Otra persona	11.4
Auto empleada	86.3
Sin información	0.2
Total (ocupadas)	100.0
ÍNDICE DE ESTRATO SOCIOECONÓMICO	
ÍNDICE DE ESTRATO SOCIOECONÓMICO	PORCENTAJE
Muy bajo	15.4
Bajo	16.4
Media	18.5
Alto	23.6
Muy alto	26.2
Total	100.0

* Población ocupada = Población femenina (activa) menos Sin empleo menos Sin información

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-Emmus 2005-2006.

Si casi la mitad estaba en situación de desempleo, dentro la población femenina ocupada sólo 11.4% se encontraba en una empresa cuyo empleador no era de su familia ni de ella, 2.1% como trabajadora familiar y el resto, o sea 86.3%, como auto empleada. Como hemos visto, la mayoría de las empresas individuales y por cuenta propia se concentran en el sector informal, sin olvidar a las que trabajaban como trabajadoras familiares o domésticas. Las empresas de este sector son

precarias, con capital reducido y acceso muy limitado al crédito y, además, sin prestaciones médicas ni de otra índole.

Si bien la situación ocupacional se revela muy crítica, es muy difícil establecer a partir de dicha situación la posición o el estrato socio-económico de las mujeres, ya que no hay grandes diferencias entre las que trabajan y las que no lo hacen. Por eso, para entender la situación económica de las mujeres utilizamos el índice de riqueza o socio-económico construido por DHS, es un índice del estrato socio-económico a partir de los bienes básicos de que disponen las mujeres en su hogar.

Tenemos que explicar que la clasificación que hace este índice sólo explica el estrato socio-económico de una mujer, a partir de los bienes y los servicios básicos disponibles en su hogar, comparativamente con los que disponen las otras mujeres y no a partir de una referencia universal o internacional de bienes básicos necesarios para vivir dignamente. Como lo hemos visto, la situación en Haití es de pobreza generalizada. La categoría “Muy alto” y “Alto” sólo significa alto con respecto de los demás estratos. Y estar un estrato socio-económico alto con respecto a uno más bajo, significa un esquema diferente de acceso a los bienes y servicios básicos y, por supuesto podemos esperar que a los servicios anticonceptivos también, ya que los recursos económicos reducen el no uso por dificultades de acceso, por lo que reduce las probabilidades de NNSA debidas al no acceso.

4.1.6 Relación dentro de la pareja

En términos de relación de poder dentro de las parejas, muchos elementos nos hacen pensar que podría existir una relación de desigualdad donde las mujeres tienen las desventajas. En efecto, 58.8% de las mujeres en edades reproductivas vive en una unión, y las brechas de edades y de nivel educativo dentro de la unión son bastante importantes: más de 35.0% de las mujeres son al menos 7 años menores que el cónyuge, 23.7% tiene de 4 a 6 años menos que su pareja y 23.3% tiene de 1 a 3 años menos. Respecto al nivel educativo, sólo 6.2% tiene 7 o más años de escolaridad que él, pero 18.2% tiene entre 4 a 6 años menos y 26.9% entre 1 a 3 años menos (cuadro 4). Como hemos visto, cuanto mayor es la brecha en las edades y niveles educativos de una pareja, el nivel de poder, de control y de decisión de las mujeres tiende a ser menor. Entonces, cuando el cónyuge se opone al uso de métodos anticonceptivos, la diferencia de poder podría afectar el uso por parte de la mujer, y, sobre todo aumentar las probabilidades de NNSA. Para apreciar mejor la relación de poder dentro de la pareja, hicimos un índice (Véase Metodología).

Cuadro 4
Relación de poder dentro de la pareja N= 10757

ESTATUS MARITAL	PORCENTAJE
Nunca casada/unida	32.1
Actualmente casada/unida	58.8
Alguna vez casada/unida	9.1
Total	100.0
Diferencia dentro de la pareja (N*=6324)*	
DIFERENCIA DE EDAD	PORCENTAJE
7 años o más menor'	35.6
de 4 a 6 años menor'	23.7
de 1 a 3 años menor'	23.3
igual que él	6.0
mayor que él	11.1
Sin información	0.3
Total	100.0
DIFERENCIA DE NIVEL EDUCATIVO	PORCENTAJE
7 años o más menor	6.2
de 4 a 6 años menor	18.2
de 1 a 3 años menor	26.9
igual que él	26.0
mayor que él	17.7
Sin información	4.9
Total	100.0

* N*= Población actualmente casada
Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-Emmus 2005-2006.

Cuadro 5
Nivel de Poder dentro de la pareja (N=3567)*

Índice de poder	Porcentaje
Muy bajo	23.9
Bajo	20.3
Alto	26.7
Muy Alto	22.9
Sin información	6.2
Total	100.0

[N* de la Sub-muestra a la cual se preguntó sobre la relación de poder dentro de la pareja (ver la metodología)

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-Emmus 2005-2006.

El índice de poder (cuadro 5) permite hacer una clasificación de las mujeres en función de su nivel de poder dentro de la pareja. Este índice está basado en dos aspectos que juzgamos importantes y

cuyos datos tenemos disponibles: el poder de decisión dentro de la pareja y quién tiene el control del dinero en los gastos. Pese a que tiene sus límites, a partir de dicho índice hicimos una clasificación en cuartiles; las mujeres que se ubican en los dos primeros son las que tienen muy poco poder en las decisiones y en el control de dinero, mientras las que se sitúan en los dos otros cuartiles tienen más poder o mucho poder en estos aspectos.

4.1.7 Conocimiento, uso de anticoncepción y NNSA

Podemos constatar que casi todas las mujeres haitianas en edades reproductivas tienen algún tipo de conocimiento sobre la anticoncepción (cuadro 6). Sin embargo, como lo hemos dicho, el conocimiento no es necesariamente homogéneo. Por eso hemos construido un índice de conocimiento de métodos anticonceptivos, el cual presenta diferentes niveles dependiendo de la fuente de este conocimiento o si dicho conocimiento puede distinguir los efectos secundarios que podrían ocurrir y qué debería hacer en caso de que ocurrieran dichos efectos. (Ver la metodología) Así, el cuadro siguiente nos muestra que casi la mitad de la población femenina (48.3%) tenía sólo un nivel de conocimiento básico; es decir, un conocimiento que proviene de una fuente de información que no está acreditada para dar esta información, de manera que la información es de dudosa confiabilidad. Mientras que 45.3% presentaba un nivel de conocimiento adecuado y únicamente 6.5% un nivel de conocimiento avanzado, es decir, sabían qué deberían hacer en caso de presentar algún efecto secundario. De esto, podemos preguntar cómo el tener un nivel más alto comparado con tener un nivel más bajo de conocimiento podría influir en el uso de anticonceptivos y en las probabilidades de estar en NNSA.

Cuadro 6
Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos
(N=10757)

NIVEL DE CONOCIMIENTO	PORCENTAJE
'Básico o tradicional'	48.3
'Adecuado'	45.3
'Avanzado'	6.5
Total	100.0
Alguna vez	
USO ALGUNA VEZ	PORCENTAJE
Si	51.6
No	48.4
Total	100.0
USO ACTUAL	PORCENTAJE
No	77.1
Si	22.9
Total	100.0
TIPO DE MÉTODO	PORCENTAJE
No Uso	77.1
Píldoras	2.0
DIU	0.0
Inyecciones	7.0
Diafragma	0.0
Condón	5.6
Esterilización femenina	1.5
Esterilización masculina	0.1
Abstinencia periódica	1.8
Retiro	2.8
Otro	0.4
Norplant	1.0
Lactancia y amenorrea	0.8
condón femenino	0.0
Total	100.0
No Uso (N*=8295)*	
TIPO DE NO USO	PORCENTAJE
NNSA (Limitar)	20.6
NNSA (Espaciar)	14.9
Voluntario	64.4
Total	100.0
Temor a los efectos secundarios	Porcentaje
Si	22.0
Preferencia de fecundidad alcanzada	
Si	10.7

NB: *Construcción propia a partir de EMMUS-IV, 2005-06, no esta incluido los embarazos no deseados y ni mujeres en periodo de amenorrea cuyo último hijo nacido no deseado.
Población de No uso = Población femenina (tota)- Uso

Fuentes: Elaboración propia a partir de DHS-Emmus 2005-2006.

El nivel de uso actual es muy bajo, a pesar de que cierto conocimiento sobre los métodos anticonceptivos es generalizado en Haití (cuadro 6). Sólo 22.9% de la población femenina en edad reproductiva está usando algún método mientras que 48.4% ha usado un método alguna vez en la vida; lo que significaría que no hay constancia en el uso y/o que existe un problema de discontinuidad.

De los métodos modernos, los más usados son las inyecciones (7.0%), el condón (5.6%), la píldora (2.0%) y la esterilización femenina (1.5%); de los tradicionales, los más usados son el retiro (2.8%) y la abstinencia periódica (1.8). Tenemos que señalar que los métodos que requieren de una alta tecnología médica o de personal especializado tales como el DIU y la esterilización masculina, son poco usados; una excepción sería la esterilización femenina.

La prevalencia actual de anticoncepción es muy baja, pero debemos especificar que, de las que no usan, una parte es voluntariamente y la otra parte sí desea limitar el número de sus hijos o espaciar sus embarazos pero no está usando ningún método para hacer eso. Como podemos ver, 20.6% presenta NNSA para limitar el número de hijos y 14.9% quisiera espaciar sus embarazos pero no está usando algún método anticonceptivos para hacerlo. Es decir, un nivel de NNSA de 36.0%. Sin embargo, por otro lado, debemos cuestionar este nivel de NNSA, sobre todo para limitar, porque sólo 10.7% de las mujeres dijeron que ya han alcanzado su preferencia de fecundidad. A menos que, aunque no habían alcanzado su preferencia ideal, querían de todos modos limitar. Además, como lo hemos visto en el capítulo 2, el nivel de fecundidad que se estima a partir de esta encuesta es de 3.5 hijos por mujer y sólo 10.7% ha alcanzado su preferencia de fecundidad, lo que significa que la preferencia de fecundidad es aún alta en Haití.

También dentro de las que no usan, 22.0% han explicado que no usan ningún método porque tienen miedo a los efectos secundarios que podría acarrear el uso de un método anticonceptivo sobre su salud.

Este análisis descriptivo nos revela la situación en la cual viven cada día las mujeres en edad reproductiva. Relativamente jóvenes y en gran parte jefas de hogar (22.1%), con un nivel de educación muy crítico, 24.1% sin educación y 40.6% con un nivel de primaria, debido al acceso limitado de las mujeres a la educación; 71.9% residen en pequeñas ciudades o pueblos, y casi todas (92.9%) se declararon como religiosas y de creencia cristiana (católica o protestante). Sin olvidar una marcada ausencia en el mercado laboral formal, ya que 48.1% no están ocupadas y las que sí lo

están, se encuentran en el sector informal. Esta descripción sintetiza la difícil realidad cotidiana de estas mujeres.

En cuanto al conocimiento de métodos de anticoncepción, casi la totalidad de las mujeres conocen al menos un método (99.9%), aunque con niveles diferentes de conocimiento pero, cosa inquietante, muy pocas usan alguno (22.9%). La situación se revela crítica. Tomando en cuenta este esquema muy complejo. La gravedad de la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra la población, y que estos factores sociales, económicos y culturales se relacionan entre sí, es necesario un estudio más profundo para entender los problemas de salud reproductiva y la fecundidad en Haití.

4.2 Análisis Bi-variado: Factores Determinantes del Uso

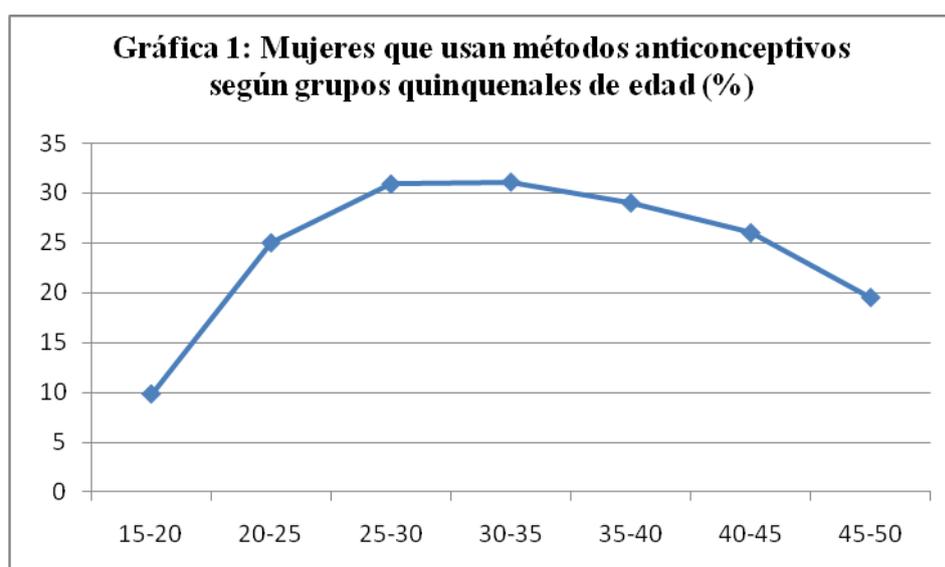
El propósito de esta sección es presentar y analizar las correlaciones entre las variables que podrían ser determinantes en el uso de anticoncepción y/o las probabilidades de estar en NNSA. Vamos a analizar dichas correlaciones, sus efectos y sus niveles de significancia estadística. Haremos también unas pruebas de independencia estadística y, específicamente la Ji-cuadrada de independencia y la Lambda o Goodman de concordancia, para comprobar dichas correlaciones. La presentación está dividida en dos secciones: en la primera analizaremos las correlaciones de las variables teóricamente determinantes con el uso de anticoncepción y por este análisis consideramos a todas las mujeres sexualmente activas; y en la segunda, con las NNSA, por lo que en la segunda sólo consideramos a las mujeres sexualmente activas pero que no usan actualmente algún método.

4.2.1 Ciclo de vida: Uso de anticoncepción según grupos quinquenales de edades.

En la distribución de la población femenina por grupos quinquenales de edad según el uso de método anticonceptivo, observamos grandes diferencias en el comportamiento de las mujeres. En la gráfica 1, constatamos una tendencia creciente de la prevalencia de anticoncepción en los primeros grupos de edades hasta alcanzar su máximo, 31.1%, en el grupo de edad de 35 a 39 años, cuando cambia la tendencia hasta llegar a 19.5% en el grupo de 45a 49 años. Una relación no lineal como podemos ver en la gráfica 1, que puede ser explicada por un efecto combinado de generación y de ciclo de vida. En efecto, a partir de la etapa de consolidación del ciclo de vida de la familia, es decir de los 30 años, esperábamos que la prevalencia se incrementara hasta las últimas edades

reproductivas pero, al contrario, a partir los 40 años la prevalencia va decreciendo. Esto significa que las generaciones que están en etapa de consolidación presentan un nivel de prevalencia de anticoncepción más alto que las que están en etapa de nido vacío, lo que puede ser explicado por una creciente emancipación de las mujeres de generaciones más recientes en los ambientes educativos y laborales.

En las generaciones más jóvenes, a saber los grupos 15-19, 20-24 y 25-29 años, vemos un nivel de uso bajo pero que se incrementa de un grupo al grupo siguiente. Esto se explica porque en estos grupos de edades se concentran las solteras que, aunque se declaran sexualmente activas, tienen una menor exposición al riesgo; además, en estas edades van entrando en la etapa de formación de familia la cual se caracteriza, como lo hemos visto, por el deseo de tener hijos y, en consecuencia, por no usar anticoncepción.



Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-Emmus 2005-2006.

4.2.2 Nivel educativo y uso de anticoncepción

Podemos constatar en el cuadro 7 que el uso de métodos anticonceptivos presenta correlaciones con el nivel educativo de las mujeres sexualmente activas. En efecto, observamos que el nivel de uso pasa de 28.0% cuando las mujeres no tienen nada de educación a 35.6% si tienen el nivel educativo primaria; luego se incrementa a 45.4% en el nivel de secundaria para alcanzar los 62.3% en el nivel de universitaria. Lo que significa que el nivel educativo de las mujeres afectaría el comportamiento

reproductivo de las mujeres, aumentando la prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos, a cada nivel educativo más alto.

Cuadro 7
Población femenina por uso de método anticonceptivo según nivel educativo

Uso	NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO				Total	
	Sin educación	Primaria	Secundaria	Universitaria o profesional		
No Uso'	Frecuencias	1119	1164	772	61	3116
	%	72.0	64.4	54.6	37.7	63.1
'Uso'	Frecuencias	435	643	641	101	1820
	%	28.0	35.6	45.4	62.3	36.9
Total	Frecuencias	1554	1807	1413	162	4936
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-Emmus 2005-2006.

La prueba de independencia Ji-cuadrada realizada (cuadro 8), a partir de los datos que tenemos, nos muestra que estadísticamente el uso de algún método anticonceptivo no es independiente del nivel educativo de las mujeres. Y esta relación se confirma con un nivel de confianza de más de 95.0%; por lo tanto, aceptamos que cuanto más alto es el nivel educativo de las mujeres mayor es la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos.

Cuadro 8
Prueba Ji-cuadrada de independencia entre uso y nivel educativo

	Valor	GL	Asin. Sig. (2-lado)
Pearson Ji-cuadrada	142.874	3	.000
Ratio de verosimilitud	141.841	3	.000
Asociación Lineal-por-Lineal	138.038	1	.000
N de casos Válidos	4936		

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-Emmus 2005-2006.

4.2.3 *Uso de anticoncepción según situación matrimonial*

Como hemos visto, otro factor que podría afectar el uso de anticoncepción es la situación matrimonial y el tipo de unión. Siendo sexualmente activa, la situación matrimonial de una mujer aumenta el deseo de tener hijos o reduce la diferencia que existe entre la vida sexual y la vida reproductiva. Lo que explica, como podemos ver en el cuadro 9 que las mujeres en uniones, en las categoría Soltera, considerando a todas las mujeres sexualmente activas, es la categoría que usa más

los métodos anticonceptivos, 43.7% y las viudas/separadas/divorciadas las que menos usan, una de 4 mujeres. Sin embargo, cabe destacar que pese a que las solteras son las que usan pero el nivel de uso en dicha categoría ni siquiera alcanza los 50.0%. Es decir, más que una sobre cada dos mujeres solteras y sexualmente activas no usa ningún método anticonceptivo.

Además dentro de las mujeres que viven en una unión y que son sexualmente activas, vemos que las que viven en una unión libre usan un poco más que las que viven en una unión institucional, sea 38.2% contra 36.0%. Si aceptamos bajo supuesto que las que viven en una unión institucional deberían tener más recursos para usarlo, eso significaría que las que viven en una unión libre manifiestan más el deseo de controlar su fecundidad. Lo que podría ser explicado por el significado que tiene cada tipo de unión y también la fuerza legal donde el tener hijos no tiene en mismo significado (legítimo y ilegítimo), ni el mismo derecho ante la ley y la sociedad.

Cuadro 9
Población femenina por uso de método anticonceptivo según situación matrimonial

Uso	Situación matrimonial				Total	
	Soltera	Casada	Unión libre	Viuda/divorciada/Separada		
No Uso'	Frecuencias	211	2279	578	47	3115
	%	56.3	64.0	61.8	74.6	63.1
'Uso'	Frecuencias	164	1283	357	16	1820
	%	43.7	36.0	38.2	25.4	36.9
Total	Frecuencias	375	3562	935	63	4935
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-Emmus 2005-2006.

La Lambda de concordancia (cuadro 10) nos muestra, con más un nivel de confianza de 95.0%, la evidencia estadística sobre la relación entre la situación matrimonial, el tipo de unión y el uso de anticoncepción, donde estar en unión libre presenta un nivel de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos más alto que estar en una unión institucional, sea 38.2% contra 36.0%, y que las solteras son las más que usan métodos anticonceptivos, sea 43.7%.

Cuadro 10
Prueba Lambda de concordancia entre uso y situación matrimonial

			Valor	Asin. Desviación estandar	Aprox. T	Aprox. Sig.
Nominal por Nominal	Lambda	Simétrica	.000	.000		
		Uso Dep.	.000	.000		
		Situación matrimonial Dep.	.000	.000		
	Goodman y Kruskal tau	Uso Dep.	.003	.001		.005
		Situación matrimonial Dep.	.001	.001		.013

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-Emmus 2005-2006.

4.2.4 *Uso de anticoncepción según zona de residencia*

También como lo hemos dicho, una variable que puede afectar el uso mediante un acceso limitado es la zona de residencia. Como podemos observar en el cuadro 11, las mujeres sexualmente activas que residen en zonas urbanas usan más que las que residen en zonas rurales, 33.7% contra 41.1%. Sin embargo, tomando en del nivel de acceso en cada zona, la brecha de prevalencia entre las zonas se muestra muy pequeña, sólo 7.4%.

Cuadro 11
**Población femenina por uso de método anticonceptivo
según zona de residencia**

	Zona de residencia		Total	
	Urbana	Rural		
No Uso'	Frecuencias	1252	1863	3115
	%	58.9	66.3	63.1
Uso'	Frecuencias	872	948	1820
	%	41.1	33.7	36.9
Total	Frecuencias	2124	2811	4935
	%	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-Emmus 2005-2006.

Sin embargo, la prueba Ji-cuadrada (cuadro 12) señala que por muy pequeña que parezca la brecha entre las zonas de residencia, dicha brecha es significativa estadísticamente y que el uso de anticoncepción se correlaciona con la zona donde se encuentra la mujer.

Cuadro 12
Prueba Ji-cuadrada de independencia entre uso y zona de residencia

	Valor	GL	Asin. Sig. (2-lados)
Pearson Ji-cuadrada	27.924	1	.000
Ratio de verosimilitud	27.610	1	.000
Asociación Lineal-por-Lineal	27.853	1	.000
N de casos Valides	4935		

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-Emmus 2005-2006.

4.2.5 Uso de anticoncepción según pertenencia religiosa.

Las creencias religiosas de las mujeres no inciden estadísticamente en el uso de anticoncepción (cuadro 13). En efecto, siendo sexualmente activa, el nivel de uso no cambia de manera significativa según dicha pertenencia y varía entre 36.2% y 37.8%. La prueba de concordancia (cuadro 14) estadística realizada confirma la no correlación entre la pertenencia de una mujer sexualmente activa y el uso de método anticonceptivo.

Cuadro 13
Población Femenina por Uso de Método Anticonceptivo según Religión

Uso		Religión			Total
		Católica	Protestante	Otros	
No	Frecuencias	1514	1349	250	3113
	%	62.2	64.1	63.8	63.2
Si	Frecuencias	920	754	142	1816
	%	37.8	35.9	36.2	36.8
Total	Frecuencias	2434	2103	392	4929
	%	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-Emmus 2005-2006.

Cuadro 14

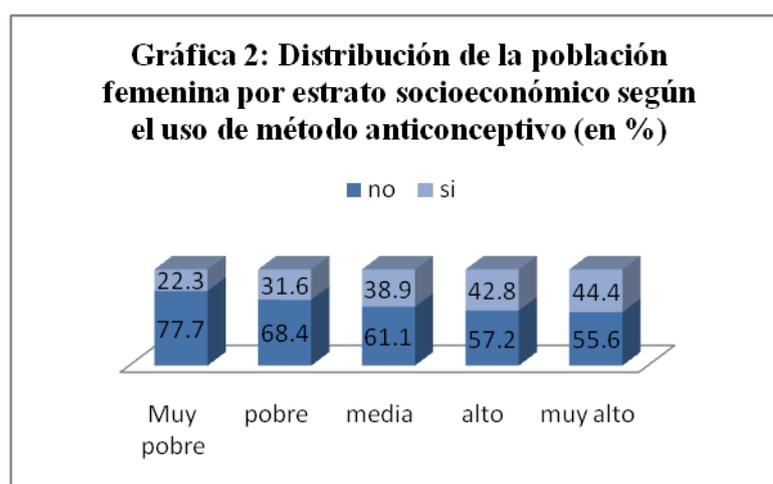
Prueba Lambda de concordancia entre uso y religión

			Valor	Asin. Desviación estandar	Aprox. T	Aprox. Sig.
Nominal por Nominal	Lambda	Simétrica	,000	,000		
		Uso Dep.	,000	,000		
	Goodman y Kruskal tau	Religion Dep.	,000	,000		
		Uso Dep.	,000	,001		,386
	Religion Dep.	Uso Dep.	,000	,000		,222
		Religion Dep.				

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-Emmus 2005-2006.

4.2.6 Nivel estrato socioeconómico e Uso de anticoncepción

La distribución de la población femenina sexualmente activas por estrato socioeconómico según uso de métodos anticonceptivos traduce claramente que el nivel de uso se incrementa de acuerdo con la situación socioeconómica de las mujeres. Sólo 22.3% de las mujeres del estrato muy “bajo” usan un método anticonceptivo, mientras que lo hace 31.6% en el estrato “bajo”, 38.9% en el estrato “Medio”, sube a 42.8% en el estrato alto para conocer un ligero descenso a 44.4% en el estrato muy alto (gráfica 2). Esto significa que entre más alto el estrato socioeconómico, mayor es el nivel de prevalencia de uso. Sin embargo, tenemos que destacar que en los estratos socioeconómicos alto y muy alto, el nivel de uso no alcanza los 50.0%. Lo que significa que pese a que el estrato socioeconómico de las mujeres afecta su comportamiento reproductivo facilitando el acceso a los servicios, pero otros factores más que el acceso afecta el nivel de uso.



Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-Emmus 2005-2006.

A pesar del impacto limitado del estrato socioeconómico sobre el uso de anticoncepción, la prueba de independencia Ji-cuadrada (cuadro 15) muestra que la correlación entre estas dos variables es estadísticamente significativa, y esto con un nivel de confianza de más de 99%.

Cuadro 15: Prueba Ji-cuadrada de independencia entre uso y estrato socioeconómico

	Valor	GL	Asin. Sig. (2-lados)
Pearson Ji-Cuadrada	136.776	4	.000
Razón de verosimilitud	142.371	4	.000
Asociación Lineal	126.085	1	.000
N (casos válidos)	4934		

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-Emmus 2005-2006.

4.2.7 Uso de anticoncepción según nivel de conocimiento de los métodos.

En relación con el nivel de conocimientos, observamos que pasar de un nivel de conocimiento básico o tradicional a un nivel de conocimiento adecuado el nivel de uso baja de 30.4% a 27.6%. (cuadro 16). Sin embargo, entre estos dos niveles y el nivel avanzado, la brecha es grandísima, donde todas (100.0%) las mujeres que tienen un nivel de conocimiento avanzado están usando un método anticonceptivo. Sin embargo, tenemos que señalar que son muy pocas las mujeres que tienen este nivel.

**Cuadro 16
Población femenina por uso de métodos anticonceptivos según nivel de conocimiento**

No uso		Nivel de conocimiento			Total
		Básico o tradicional'	Adecuado'	Avanzado'	
No	Frecuencias	1475	1640	0	3115
	%	69.6	72.4	.0	63.1
SI	Frecuencias	645	625	550	1820
	%	30.4	27.6	100.0	36.9
Total	Frecuencias	2120	2265	550	4935
	%	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-Emmus 2005-2006.

Si bien hay presunción de correlación entre el nivel de conocimiento y el uso de anticoncepción, hay que señalar que no podemos realizar la prueba independencia Ji-cuadrada, la cual no será

válida tomando en cuenta de que una de las celdas tiene una frecuencia absoluta igual a cero. Sin embargo, un análisis más avanzado que presentaremos en el siguiente capítulo nos permitirá ver la significancia de esta variable en el uso de anticoncepción.

4.2.9 Uso de anticoncepción según nivel de poder dentro de la pareja

Acerca de la correlación entre el poder de la mujer y el nivel de prevalencia de uso (cuadro 17), observamos poca diferencia entre los niveles de NNSA, donde la variación del nivel de uso se sitúa de 31.7% a 40.2%, y donde las mujeres sexualmente activas con un nivel poder muy y las con un nivel de poder muy alto son respectivamente 40.2% y 39.0%. Además, la prueba estadística realizada (cuadro 18) nos muestra que estadísticamente no hay el efecto de desigualdad de género dentro de la pareja que afecta el nivel de uso.

Cuadro 17
Población femenina según uso de método anticonceptivo y nivel de poder dentro de la pareja**

U so		Índice de Poder				Total
		Muy débil	Débil	Alto	Muy alto	
No	Frecuencias	67	213	429	244	953
	%	59.8	68.3	61.4	61.0	62.6
Si	Frecuencias	45	99	270	156	570
	%	40.2	31.7	38.6	39.0	37.4
Total	Frecuencias	112	312	699	400	1523
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-Emmus 2005-2006.

** Ponderador usado: variable d005/1000000

Cuadro 18
Prueba Ji-cuadrada de independencia entre uso y nivel de poder dentro de la pareja**

		Valor	GL	Asin. Sig. (2-lados)
Pearson cuadrada Ratio de verosimilitud	Ji-	5.537	3	.136
	de	5.631	3	.131
Asociación Lineal-por-Lineal		1.191	1	.275
N (casos válidos)		1523		

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-Emmus 2005-2006.

** Ponderador usado: variable d005/1000000

4.2.10 Uso de anticoncepción según la preferencia de fecundidad

Si vemos en el inciso anterior el nivel de poder dentro de la pareja no afecta el nivel de uso pero alcanzar su preferencia de fecundidad aumenta el nivel de uso de anticoncepción. En efecto, 36.2% de las mujeres sexualmente activas que no han alcanzado su preferencia de fecundidad usan un método mientras 41.2% de las que lo ha alcanzado (cuadro 19). Además, la prueba estadística de dependencia (cuadro 20) realizada nos dice que la relación es estadísticamente significativa. Sin embargo, hay que destacar si alcanzar su preferencia de fecundidad aumenta el nivel de uso, pero menos una sobre dos mujeres que lo ha alcanzado usa.

Cuadro 19
Población femenina por uso de método anticonceptivo según preferencia de fecundidad alcanzada

	Preferencia de fecundidad alcanzada		Total	
	No	Si		
No Uso	Frecuencias	2713	403	3116
	%	63.8	58.8	63.1.
Uso	Frecuencias	1537	282	1819
	%	36.2	41.2	36.9.
Total	Frecuencias	4250	685	4935
	%	100.0	100.0	100.0.

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-Emmus 2005-2006.

Cuadro 20
Prueba Ji-cuadrada de independencia entre uso y preferencia de fecundidad alcanzada

	Valor	GL	Asin. Sig. (2-lados)
Pearson Ji-cuadrada	6.345	1	.012
Ratio de verosimilitud	6.132	1	.013
Asociación Lineal-por-Lineal	6.268	1	.012
N (casos válidos)	4935		

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-Emmus 2005-2006.

4.3 Factores determinantes de las NNSA

En este apartado analizamos las correlaciones de las variables determinantes con respecto de las necesidades no satisfechas de anticoncepción. Explicamos que en este apartado sólo consideramos a las mujeres sexualmente activas que no usan algún método anticonceptivo, las cuales son susceptibles de tener NNSA.

4.3.1 Tipo de no uso por grupos quinquenales de edades.

Si en la distribución de la población femenina por grupos quinquenales de edad según el uso de métodos anticonceptivos observamos una tendencia no lineal debido al efecto combinado del ciclo de vida y de generaciones, la correlación entre la edad y el uso es muy clara (cuadro 21). En efecto, constatamos en el grupo 15-19 años, grupo caracterizado por la iniciación a la vida sexual, un nivel de 73.0% de NNSA. Grupo que pese tiene un nivel de prevalencia de anticoncepción mucho más alto que otro grupo de edad pero las NNSA siguen aún más alto. Situación que puede ser explicado por la tendencia a diferenciar la iniciación a la vida sexual de la iniciación a la vida reproductiva. Luego observamos un descenso del nivel de las NNSA en los 3 grupos siguientes, 20-24, 25-29 y 30-34 años, sean respectivamente 62.5%, 63.1% y 62.8%. Decremento que se puede explicar por el hecho de pasar de la iniciación de la vida sexual a la iniciación de la vida reproductiva implica pasar de una situación donde quiere controlar su fecundidad a una etapa donde quiere tener hijos. Por fin, constatamos un cambio de tendencia en las últimas etapas del ciclo de vida donde el deseo de no tener más hijos va a aumentar pasando de 71.1% en el grupo de 35-39 años a 76.4% en el grupo de 40-44 años para bajar ligeramente a 72.4% en el último grupo de edad, sea 45-49 años. Además, estadísticamente la relación se revela significativa a un nivel de más de 99.0% (cuadro 22).

Cuadro 21: Población femenina por tipo de no uso según grupos quinquenales de edades

		Grupos quinquenales de edades							Total	
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
No uso	Voluntario	Efectivo	76	214	213	169	139	86	106	1003
		%	27	37.5	36.9	37.2	28.9	23.6	27.6	32,2%
	NNSA	Efectivo	206	357	365	285	342	279	278	2112
		%	73	62.5	63.1	62.8	71.1	76.4	72.4	67,8%
Total		Efectivo	282	571	578	454	481	365	384	3115
		%	100,0%	100	100	100	100	100	100	100

Fuentes: Elaboración propia a partir DHS-EMMUS, 2005-06.

Cuadro 22

Prueba Ji-cuadrada de independencia entre tipo de no uso y grupos quinquenales de edad

	Valor	GL	Asin. Sig. (2-lados)
Pearson Ji-cuadrada	40.418	6	.000
Ratio de verosimilitud	40.953	6	.000
Asociación Lineal-por-Lineal	12.950	1	.000
N de casos Válidos	3115		

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-Emmus 2005-2006.

4.3.2 Tipo de no uso según nivel educativo

Las NNSA de anticoncepción tienen una correlación negativa con el nivel educativo de las mujeres sexualmente ativas (cuadro 23). En efecto, pasando del nivel de sin educación al nivel de primaria, las NNSA aumentan de 63.1% a 65.1%, para a 76.7% en el nivel de secundaria y alcanzar 91.8% en el nivel de secundaria. Si por supuesto, un nivel educativo más alto traduce un mejor nivel de acceso a los servicios como lo hemos que a cada nivel más alto mayor era el nivel de uso. Sin embargo más allá del nivel de acceso otros factores afectarían el uso y explicaría esta situación donde más alto es el nivel educativo de las mujeres sexualmente activas, más alto su deseo de controlar su fecundidad pero no usan un método para hacerlo.

La prueba de independencia (cuadro 24) muestra que esta tendencia no es por el azar sino estadísticamente significativa con un nivel de confianza de más 99.0%.

Cuadro 23: Población femenina por tipo de no uso según nivel educativo

	Nivel educativo alcanzado					Total	
		Sin education	Primaria	Secundaria	Universitaria o profesional		
No uso	Voluntario	Efectivo	413	406	180	5	1004
		%	36.9	34.9	23.3	8.2	32,2%
NNSA		Efectivo	706	758	592	56	2112
		%	63.1	65.1	76.7	91.8	67,8%
Total		Efectivo	1119	1164	772	61	3116
		%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuentes: Elaboración propia a partir DHS-EMMUS, 2005-06.

Cuadro 24
Prueba Ji-cuadrada de independencia entre tipo de no uso y nivel educativo

	Valor	GL	Asin. Sig. (2-lados)
Pearson Ji-cuadrada	59.176	3	.000
Ratio de verosimilitud	64.707	3	.000
Asociación Lineal-por-Lineal	48.937	1	.000
N (casos válidos)	3116		

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-Emmus 2005-2006.

4.3.3 Tipo de no uso según situación matrimonial

En términos de situación matrimonial (cuadro 25), siendo sexualmente activas observamos que las mujeres divorciadas, viudas y separadas son las que tienen más NNSA, con 93.8% de ellas. En segundo, las mujeres solteras, a pesar que son ellas que usan más anticoncepción como lo hemos visto, con 93.4%. Lo que significa que casi todas las mujeres sexualmente activas que no viven en una unión desean controlar su fecundidad, pero más que 9 de cada 10 de ellas no usan un método para satisfacer a su deseo. También observamos dentro de las mujeres sexualmente activas en unión, el nivel de NNSA es bastante alto, sea 73.0% de las que viven en unión libre y 63.5% de las que viven en una unión institucional. Sin embargo, cabe destacar que respecto a las mujeres en viven en una unión, vimos que las que están en una unión libre no sólo usan más métodos anticonceptivos pero también presentan un nivel más alto de NNSA. Lo que traduciría que las mujeres en viven en unión libre desean controlar más su fecundidad que las que viven en una unión institucional.

Cuadro 25: Tipo de no uso según situación matrimonial

	Situación matrimonial					Total	
		Soltera	Casada	Unión libre	Divorciada y separada		
No uso	Voluntario	Efectivo	14	831	156	3	1004
		%	6.6	36.5	27.0	6.3	32.2
	NNSA	Efectivo	198	1447	422	45	2112
		%	93.4	63.5	73.0	93.8	67.8
Total	Efectivo	376	212	2278	578	48	
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	

Fuentes: Elaboración propia a partir DHS-EMMUS, 2005-06.

Cuadro 26

Prueba Goodman de concordancia entre tipo de no uso y situación matrimonial

			Valor	Asin. Desviación estandar	Aprox. T	Aprox. Sig.
Nominal por Nominal	Lambda	Simétrica	0.000	0.000		
		NNSADep.	0.000	0.000		
		matri_1 Dep.	0.000	0.000		
	Goodman and	NNSAtot Dep.	0.034	0.004		0.000
		Kruskal tau	matri_1 Dep.	0.003	0.001	

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-Emmus 2005-2006.

La concordancia observada (cuadro 26) entre la situación matrimonial y el nivel de NNSA no es resultado del azar, puesto que con un nivel de confianza de más de 95.0% dicha concordancia es significativa estadísticamente.

4.3.4 Tipo de no uso según zona de residencia

El nivel de NNSA presenta correlación con la zona de residencia de las mujeres, donde el nivel de NNSA se revela más alto en zona urbana que en zona rural, sea 76.8% contra 67.8%. Esto no significaría que la zona urbana hay menos acceso por el hecho como hemos visto que el nivel de uso es más alto en dicha zona, sino que las mujeres en zona urbana tiene más deseo de controlar su

fecundidad que las que viven en zona rural. Además, La prueba Ji-Cuadrada de dependencia muestra que dicha correlación es estadísticamente significativa y que podemos considerar que haya una relación entre ellas (cuadro 28).

Cuadro 27
Tipo de no uso según zona de residencia

No uso	Zona de residencia		Total	
	Urbana	Rural		
No uso voluntario	Frecuencias	290	714	1004
	%	23.2	38.3	32.2
NNSA	Frecuencias	962	1149	2111
	%	76.8	61.7	67.8
Total	Frecuencias	1252	1863	3115
	%	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-Emmus 2005-2006.

Cuadro 28
Prueba Ji-cuadrada de independencia entre tipo de no uso y zona de residencia

	Valor	GL	Asin. Sig. (2-lados)
Pearson Ji-cuadrada	78.811	1	.000
Ratio de verosimilitud	78.118	1	.000
Asociación Lineal-por-Lineal	80.763	1	.000
N de casos válidos	3115		

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-Emmus 2005-2006.

4.2.5 Tipo de no uso según creencia religiosa

La diferencia del nivel de NNSA en las diferentes creencias religiosas de las mujeres se revela bastante débil (cuadro 29). Donde el nivel de NNSA de las mujeres sexualmente activas que se manifiestan de creencia católica es 69.9%, el de las protestantes 64.7% y de otras creencias 71.2%. La prueba de concordancia realizada (cuadro 30) muestra que la diferencia que observamos no es estadísticamente significativa, lo que traduce que la creencia no influye el comportamiento de las mujeres en términos de NNSA.

Cuadro 29
Tipo de no uso según creencia religiosa (%)

No uso	Religión			Total	
	Católica	Protestante	Otras		
No uso voluntario	Frecuencias	456	476	72	1004
	%	30.1	35.3	28.8	32.3
NNSA	Frecuencias	1058	873	178	2109
	%	69.9	64.7	71.2	67.7
Total	Frecuencias	1514	1349	250	3113
	%	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-Emmus 2005-2006.

Cuadro 30
Prueba Lambda de concordancia entre tipo de no uso y religión

		Valor	Asin. Desviación estandar	Aprox. T	Aprox. Sig.	
Nominal por Nominal	Lambda	Simétrica	.008	.012	.655	.512
		NNSA	.000	.000		
	Dep. Religion	Dep.	.013	.019	.655	.512
		NNSA	.003	.002		.006
	Goodman and Kruskal tau	Religion	.002	.002		.001
		Dep.				

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-Emmus 2005-2006.

4.2.6 *Tipo de no uso por estrato socioeconómico*

Observamos importantes diferencias en el nivel de NNSA debidas al estrato socioeconómico de las mujeres (cuadro 31). En un primer momento, vemos el nivel de NNSA va creciendo a medida que la mujer se sitúa en un estrato socioeconómico más alto donde de las muy pobres, 55.3% tienen NNSA mientras 59.5% dentro de las pobres para subir a 64.3% en el estrato medio, 73.8% en el estrato alto y 85.5% en el estrato muy alto. Efecto que ser traducido como que un estrato socioeconómico más alto aumenta el deseo de controlar su fecundidad pero reforzar la idea que otros factores muy importantes afecten el nivel de uso y hacer incrementar las NNSA. Además, la

prueba de independencia lineal nos dice que el efecto de la situación socioeconómica en las NNSA esta estadísticamente significativo, con un nivel de error aceptado de 1% (cuadro 32).

Cuadro 31
Tipo de no uso por estrato socioeconómico

No Uso		Índice de estrato socioeconómico					Total
		Muy pobre	Pobre	Medio	Alto	muy alto	
Voluntario	Frecuencias	305	236	201	171	92	1005
	%	44.7	40.5	35.7	26.2	14.5	32.2
NNSA	Frecuencias	378	346	362	482	544	2112
	%	55.3	59.5	64.3	73.8	85.5	67.8
Total	Frecuencias	683	582	563	653	636	3117
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-Emmus 2005-2006.

Cuadro 32: Prueba Ji-cuadrada de independencia entre tipo de no uso y estratosocioeconómico

	Valor	GL	Asin. Sig. (2-lados)
Pearson Ji- 2	172.605	4	.000
Ratio verosimilitud	183.795	4	.000
Asociación Lineal-por-Lineal	164.355	1	.000
N de casos válidos	3117		

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-Emmus 2005-2006.

4.2.7 Tipo de no uso por nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos

En relación al nivel de conocimiento de las mujeres sexualmente activas, no observamos diferencias muy grandes entre las que no usan voluntariamente y las que no usan por NNSA, donde las que tienen un nivel de conocimiento adecuado tienen un nivel levemente mayor de NNSA (69.2%), que las que tienen un nivel básico o tradicional (66.2%). Además, esta diferencia se revela estadísticamente no significativa con un nivel de error aceptado de 5%.

Cuadro 33
Tipo de no uso por nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos (%)

	Nivel de conocimiento		Total	
	'Básico o tradicional'	'Adecuado'		
	No uso voluntario	Frecuencias	498	505
	%	33.8	30.8	32.2
NNSA	Frecuencias	977	1135	2112
	%	66.2	69.2	67.8
Total	Frecuencias	1475	1640	3115
	%	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-Emmus 2005-2006.

Cuadro 34
Prueba Ji-cuadrada de independencia entre tipo de no uso y nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos

	Valor	GL	Asin. Sig. (2-lados)
Pearson Ji-cuadrada	3.138	1	.076
Ratio de verosimilitud	3.003	1	.083
Asociación Lineal-por-Lineal	3.136	1	.077
N (casos válidos)	3115		

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-Emmus 2005-2006.

4.2.8 Tipo de no uso por presencia de temor a los efectos secundarios en la salud

Otra variable muy importante que se correlaciona con el tipo de no uso es el temor a los efectos secundarios en la salud. Esta variable parece uno de los elementos que impiden o limitan a las mujeres sexualmente a controlar su fecundidad, a pesar de que desean hacerlo. Vemos que cuando las mujeres tienen temor a dichos efectos, el nivel de NNSA es de 85.5% contra 57.0% de las que no lo tienen. Es decir casi 9 de cada 10 mujeres sexualmente activas que tienen temor no usan algún método. Una situación que parece bastante difícil y quizás contagiosa cuando consideramos que dicho temor no es sólo el resultado de un uso anterior, como lo explica Diallo (2005) y cuando vimos que el acceso a los servicios anticonceptivos no es suficiente para reducir las NNSA. Debemos preguntarnos si no hay un efecto de difusión o efecto de retroalimentación del temor entre

las mujeres, y qué tan fuerte es. Esto requiere de otros estudios para profundizar el conocimiento de esta situación. Además, tenemos que señalar que el efecto del temor observado sobre las NNSA es estadísticamente significativo, con un nivel de confianza de más 99.0%.

Cuadro 35
Tipo de no uso por presencia de temor a los efectos secundarios en la salud

	Temor		Total	
	No	Si		
No uso voluntario	Frecuencias	831	172	1003
	%	43.0	14.5	32.2
NNSA	Frecuencias	1100	1012	2112
	%	57.0	85.5	67.8
Total	Frecuencias	1931	1184	3115
	%	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-Emmus 2005-2006.

Cuadro 36
Prueba Ji-cuadrada de independencia entre tipo de no uso y temor a los efectos secundarios en la salud

	Valor	GL	Asin. Sig. (2-lados)
Pearson Ji-Cuadrada	273.225 ^a	1	.000
Ratio de verosimilitud	271.921	1	.000
Asociación Lineal-por-Lineal	294.010	1	.000
N de casos Válidos	3115		

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-Emmus 2005-2006.

4.2.9 Tipo de no uso según el nivel de poder dentro de la pareja

Acerca de la correlación entre el poder de las mujeres sexualmente activas y las NNSA, observamos una relación muy fuerte, donde el nivel de poder muy bajo presenta un 82.1% de NNSA, mientras que en el nivel bajo la proporción disminuye a 64.8% y se incrementa ligeramente a 66.7% en nivel a alto y alcanzar los 72.4% en el nivel muy alto (cuadro 37). Señalamos que dicha relación se revela estadísticamente no significativa con un nivel de error aceptado de 5.0% (cuadro 38). Sin embargo,

Cabe destacar cualquier nivel de poder que consideramos, el nivel de NNSA es superior a los 60.0%..

Cuadro 37
Tipo de no uso según el nivel de poder dentro de la pareja

No uso	No uso según nivel de poder dentro de la pareja				Total	
	Muy débil	Débil	Alto	Muy alto		
Voluntario	Frecuencias	12	75	143	67	297
	%	17.9	35.2	33.3	27.6	31.2
NNSA	Frecuencias	55	138	286	176	655
	%	82.1	64.8	66.7	72.4	68.8
Total	Frecuencias	67	213	429	243	952
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-Emmus 2005-2006.

Cuadro 38
Prueba Ji-cuadrada de independencia entre tipo de no uso y nivel de poder dentro de la Pareja

	Valor	GL	Asin. Sig. (2-lados)
Pearson Ji-cuadrada	9.509	3	.023
Ratio de verosimilitud	10.091	3	.018
Asociación Lineal-por-Lineal	.001	1	.971
N de casos Válidos	952		

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-Emmus 2005-2006.

En este capítulo, hemos podido detectar las relaciones bivariadas entre las variables dependientes y las explicativas, y su nivel de significancia. Hemos visto que en la prevalencia de uso de anticoncepción ni las NNSA, no hay efectos de los grupos quinquenales de edad, de la pertinencia religiosa ni de desigualdad de poder dentro de la pareja mientras que el nivel educativo, , la zona de residencia, el estrato socioeconómico, la situación matrimonial, tomadas una a una, en la explicación de dicha prevalencia. También, vimos que si el nivel de acceso se revela importante en la explicación del uso y de las NNSA, pero es insuficiente, otros factores se revelan importantes tales como: el temor a los efectos secundarios en la salud, la preferencia de fecundidad, la

educación, entre otras. Sin embargo, tenemos que aclarar son correlaciones de dos en dos. Modelar el comportamiento en términos de las NNSA considerando todas las variables simultáneamente se revela importante para ver el efecto de cada variable tomando en cuenta el efecto de las demás, y también para poder estudiar el efecto de selección vía el modelo de uso.

Capítulo V

Comportamiento de las mujeres en Haití, respecto al uso de métodos anticonceptivos y a las NNSA. Un análisis de sus determinantes.

El modelo estadístico desarrollado para la estimación del comportamiento reproductivo de las mujeres consiste en la estimación en dos etapas de las ecuaciones de las NNSA y del no uso de anticonceptivos. Las ecuaciones han sido modeladas considerando la metodología de dos etapas de Heckman (1979). Tomar en cuenta de la definición de comportamiento reproductivo, como lo hemos propuesto, tener NNSA puede ocurrir sólo si no hay uso de métodos anticonceptivos. El modelo de Heckman permite estimar el no uso, en una primera etapa, utilizando un modelo Probit y luego con dicha estimación se calcula la “razón inversa de Mills”, la cual se incluye como variable explicativa en la estimación directa por Menos Cuadros Ordinarios (MCO) de las “NNSA”. La nueva variable “ratio inverso de mills” es una variable construida con el modelo de no uso y permite de explicar cómo las variables explican el no uso e influyen en las NNSA.

5.1 Modelo de selección de Heckman: Expresión y proceso matemático

Como lo hemos dicho, el modelo de selección de Heckman se hace en dos etapas:

- Modelar el No Uso y
- Modelar las NNSA.

Este proceso matemáticamente se expresa así:

$\text{Prob}^* (\text{No uso}_i) = W_i \alpha + e_i$	}	Modelo de selección
$\text{No uso}_i = 0, \text{ si } \text{Prob}^* (\text{No uso}_i) < 0.5;$		
$\text{No uso}_i = 1, \text{ si } \text{Prob}^* (\text{No uso}_i) > = 0.5$		
$\text{Prob}^* (\text{NNSA}_i) = X_i \beta + u_i$	}	Modelo de NNSA
$\text{Prob}(\text{NNSA}_i) = \text{Prob}^* (\text{NNSA}_i), \text{ if } \text{No uso}_i = 1;$		
$\text{Si } \text{No uso} = 0, \text{ no hay observación de NNSA}$		

Donde:

Prob* (No Uso) es la probabilidad de No Uso, variable continua no observable, que puede ser estimada.

W es la matriz de las variables explicativas de Prob*(No uso)

α : Matriz columna de los parámetros a estimar y

ei: términos del error del modelo de selección

Prob* (NNSA) es probabilidad de tener NNSA, una variable continua no observable y latente que puede ser estimada.

β : es la matriz de las variables explicativas de Prob(NNSA*)

ui: términos del error del modelo de NNSA

Bajo supuesto que:

La distribución Prob* (No Uso) tiene una distribución Normal y

$E(e) = 0$ y $V(e) = \delta_e$ (E: Esperanza y V: Varianza)

La distribución Prob* (NNSA) tiene una distribución Normal y

$E(u) = 0$ y $V(u) = \delta_u$

La estimación de dicho modelo consiste a modelar por medio de un probit¹³, cuando no uso=1

¹³ **El modelo Probit:**

El modelo probit consiste a estimar la función de distribución acumulada del normal estándar del comportamiento de las NNSA, que se expresa como una integral:

$$\text{Prob (NNSA=1)} = F(\beta'X) = \int_{-\infty}^{\beta'X} \frac{1}{\sqrt{2\pi}} e^{-\frac{1}{2}t^2} dt = \int_{-\infty}^{\beta'X} \Phi(t) dt \text{ donde } \Phi(t) = \left(\sqrt{2\pi}\right)^{-\frac{1}{2}} e^{-\frac{1}{2}t^2}$$

Donde β es el vector de los coeficientes a estimar y X la matriz de las variables explicativas.

La distribución Prob (NNSA) tiene una distribución Normal acumulada con

$E(\text{error}) = 0$ y $V(\text{error}) = \delta_{\text{error}}$

La estimación de los coeficientes se hace por medio del método de máximo verosimilitud.

$\Pr(\text{No uso}=1 \mid w) = \Phi(W_i'\alpha)$, donde Φ es la función de distribución acumulada normal estandarizada

Se estiman los valores de NNSA, dado que $\text{No uso}=1$:

$$E(\text{NNSA}_i \mid \text{No uso}=1, x_i) = x_i'\beta + E(u_i \mid \text{No uso}=1) x_i'\beta + E(u_i \mid e_i > W_i'\alpha) \quad (1)$$

Y se evalúan los errores de las NNSA

$$E(u_i \mid \text{No uso}=1) x_i'\beta = 0 \text{ y } E(u_i \mid e_i > W_i'\alpha) \quad (1) = \rho\delta_e\delta_u \frac{\varphi(W_i'\alpha)}{\Phi(W_i'\alpha)} \quad (2), \text{ donde } \delta \text{ es la varianza y}$$

φ la función de densidad

Y sustituimos la ecuación (2) en la (1), y tenemos:

$$E(\text{NNSA}_i \mid \text{No uso}=1, x_i) = x_i'\beta + \rho\delta_e\delta_u \frac{\varphi(W_i'\alpha)}{\Phi(W_i'\alpha)} \quad (3)$$

De aquí, sólo hay que usar un MCO para modelar las NNSA_i estimadas (y no observadas):

$$E(\text{NNSA}_i \mid \text{No uso}=1, x_i) = x_i'\beta^{\wedge} + a\lambda_i^{\wedge}, \quad (4) \quad \text{con } \rho\delta_e\delta_u = a, \rho = \text{cov}(u_i, e_i)$$

$$\text{y } \frac{\varphi(W_i'\alpha)}{\Phi(W_i'\alpha)} = \lambda_i \text{ o "razón inversa de Mills"}$$

Si hay omisión de variables muy pertinentes al modelar el no uso, eso disminuye las capacidades predictivas del modelo y, por ende, no son significativas al modelar las NNSA.

Si $\rho = \text{Cov}(u_i, e_i) = 0 \implies \lambda_i$ no es significativa estadísticamente.

Entonces es posible modelar cada uno de los modelos de manera separada.

En el caso contrario: $\rho = \text{Cov}(u_i, e_i) \neq 0, \implies \lambda_i$ es significativa estadísticamente, y las variables del modelo de uso tienen efectos indirectos en las NNSA.

Por principio de parsimonia, recodificamos todas las variables explicativas en variables dummies. Así tenemos:

Las variables:

$$\text{No Uso} = \begin{cases} 1, \text{ No uso} \\ 0, \text{ Uso} \end{cases} \rightarrow \text{NNSA} = \begin{cases} 1, \text{ NNSA} \\ 0, \text{ No uso voluntario} \end{cases}$$

La variable “No uso” es una variable condicionada, por lo que el modelo de heckman de las NNSA se aplicará sólo en la categoría no censurada de la variable para ver el efecto de selección de no uso.

Las variables explicativas con los valores que toman son las siguientes:

Variables	Valor	
	1	0
Grupos quinquenales de edad		
Gr15_19*	Si	No
Gr20_24	Si	No
Gr25_29	Si	No
Gr30_34	Si	No
Gr35_39	Si	No
Gr40_44	Si	No
Gr45_49	Si	No
Situación matrimonial		
Casada*	Si	No
Unión libre	Si	No
Soltera	Si	No
Separada/viuda	Si	No
Nivel educativo		
Sin educación*	Si	No
Primaria	Si	No
Secundaria	Si	No
Universitaria o técnica	Si	No
Pertenencia Religiosa		
Católica*	Si	No
Protestante	Si	No
Otra	Si	No
Estrato socioeconómico muy bajo*	Muy bajo	Otro nivel
Estrato socioeconómico bajo	bajo	Otro nivel
Estrato socioeconómico medio	medio	Otro nivel
Estrato socioeconómico alto y muy alto	Alto o muy alto	Otro nivel
Nivel de conocimiento de los métodos	Básico*	Adecuado o Alto
Preferencia de fecundidad	Alcanzada*	No alcanzada
Temor	Si*	No
Índice de poder dentro de la pareja	Muy* débil/débil	Medio/alto
Zona de residencia**	Rural	Urbana

Elaboración propia/* categoría de referencia y ** factor diferencial

Aplicamos el método de máxima de verosimilitud para estimar los coeficientes y obtenemos el modelo ajustado de Heckman. El modelo se presenta a continuación.

Cuadro 39: Modelo (1) de selección de Heckman ajustado de las NNSA de las mujeres sexualmente activas según el proceso de no uso

		Número de observación	1726
		obs. Censurada	607
		obs. no censurada	1119
		Wald Ji-cuadrada(20)	328.8
		Prob > chi2	0.0000
Log pseudolikelihood = -1472.481			
Coeficientes		Coeficientes	P> z
NNSA			
gr15_19*			
gr20_24		-0.0235	0.7890
gr25_29		0.0435	0.6270
gr30_34		0.0923	0.3260
gr34_39		0.1754	0.0660
gr40_44		0.3444	0.0010
gr45_49		0.2925	0.0040
Casada*			
Unión libre		0.1233	0.0060
Soltera		0.2915	0.0000
Separa/divorciada		0.1157	0.1820
Preferencia de fecundidad alcanzada		0.0910	0.0190
Nivel económico muy bajo*			
Nivel económico bajo		0.0554	0.2780
Nivel económico mediano		0.0803	0.1230
Nivel económico alto y muy alto		0.2354	0.0000
Sin educación*			
Primaria		-0.0613	0.1580
Secundaria y más		0.0195	0.7220
Nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos		-0.0252	0.4610
Temor		0.2629	0.0000
Poder		-0.0007	0.9760
Católica*			
Protestante		-0.0941	0.1060
Otra religión		-0.1215	0.0410
Constante		0.3390	0.0020
No Uso			

gr15_19*		
gr20_24	0.2108	0.3020
gr25_29	-0.0393	0.8500
gr30_34	0.0754	0.7250
gr34_39	0.3469	0.1200
gr40_44	0.1046	0.6750
gr45_49	0.4978	0.0450
Casada*		
Unión libre	-0.0773	0.5200
Soltera	-0.1270	0.5850
Separa/divorciada	0.3451	0.4510
Preferencia de fecundidad alcanzada	0.0720	0.5080
Estrato socioeconómico muy bajo*		
Estrato socioeconómico bajo	-0.2638	0.0650
Estrato socioeconómico mediano	-0.2556	0.0800
Estrato socioeconómico alto y muy alto	-0.2922	0.1060
Sin educación*		
Primaria	-0.1620	0.1660
Secundaria y más	-0.3282	0.0220
Nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos	-0.1336	0.1410
Poder	-0.1060	0.0860
Católica*		
Protestante	0.0583	0.7600
Otra religión	0.2353	0.2270
Zona de residencia	0.0377	0.7880
Constante	0.6910	0.0180
/athrho**	0.1027	0.4470
/Insigma	-0.8834	0.0000
Rho	0.1024	
Sigma	0.4133	
Lambda	0.0423	

Wald test of indep. eqns. (rho = 0): chi2(1) = 0.58 Prob > chi2 = 0.4466

* Categoría de referencia ** Arcotangente hiperbólica de rho

Fuentes: elaboración propia con datos de Emmus-IV 2005-06, Haití

Análisis del modelo ajustado de Heckman:

El modelo ajustado en dos etapas de Heckman presenta en la parte inferior el modelo ajustado del “no uso” entre el total de las mujeres sexualmente activas a partir de la distribución acumulada de la

función normal estandarizada (PROBIT), que es el modelo de selección, y en la parte superior el modelo ajustado de las probabilidades de tener NNSA, por el método de Mínimos Cuadrados Ordinarios (MCO), dado que no hay uso de anticonceptivos. De manera general, la prueba WALD consiste en indicar hasta qué punto los estimadores no restringidos de Máxima Verosimilitud ajustan la hipótesis nula, es decir, en indicar la bondad de ajuste del modelo. En los resultados, el valor del estadístico señala que no podemos rechazar la hipótesis nula y que el modelo tiene un buen ajuste: la Ji-cuadrada de WALD es del orden de 0.0.

También, la prueba de significancia realizada sobre el logaritmo de sigma permite ver que el error esperado asociado a modelar las NNSA, sin tomar en cuenta el efecto de las variables explicativas del no uso, es estadísticamente diferente de cero. Esto significa que hay variables pertinentes que no están incluidas en el modelo, y que es necesario corregirlo mediante el modelo de selección. Como lo hemos explicado en el marco teórico, estudiar sólo los efectos de las variables explicativas específicas de la NNSA sesga los resultados. Sin embargo, la prueba realizada sobre la ρ , correlación en u_i y e_i , a través la arcotangente hiperbólica de rho (athrho), y la razón de verosimilitud, muestran que dicha correlación no es estadísticamente diferente de cero y que el factor de corrección la razón inversa Mills (λ), que integra las puntuaciones de las variables que no permiten hacer la selección de las que no usan. Esto es debido a una mala adecuación del modelo de no uso con las variables propuestas como determinantes. Por lo tanto, estadísticamente no podemos aceptar la hipótesis que hay un efecto de selección como esta planteado en la hipótesis cinco (H5), y por ende mejor que ajustamos directamente las probabilidades de tener NNSA a partir del modelo PROBIT, como lo hemos explicado.

Modelo ajustado del modelo probit de las NNSA

Presentación de los resultados del modelo Probit:

A continuación presentamos los resultados de la aplicación del modelo probit.

Cuadro 40: Modelo probit de las NNSA ajustado sobre las mujeres sexualmente activas

	Número de observaciones	1798
	Wald Ji-cuadrada(12)	393.9
Log pseudo verosimilitud = -957.4463	Prob > Ji2	0.0000
	Pseudo R2	0.2212
Coeficientes	Coeficientes	P> z
	NNSA	
gr15_19*		
gr20_24	0.1255	0.5450
gr25_29	0.0521	0.7940
gr30_34	0.1528	0.4840
gr34_39	0.4793	0.0290
gr40_44	0.6187	0.0110
gr45_49	0.7853	0.0010
Casada*		
Unión libre	0.2499	0.0520
Soltera	0.5398	0.0110
Separa/divorciada	0.6706	0.0860
Preferencia de fecundidad alcanzada	0.2701	0.0140
Temor	1.6882	0.0000
Estrato socioeconómico muy bajo*		
Estrato socioeconómico bajo	0.0980	0.4830
Estrato socioeconómico mediano	0.1397	0.3130
Estrato socioeconómico alto y muy alto	0.3843	0.0050
Sin educación*		
Primaria	-0.2358	0.0490
Secundaria y más	-0.2235	0.1250
Constante	-1.1752	0.0000
* categoría de referencia		

Fuentes: elaboración propia con DHS-Emmus, 2005-06.

Cuadro 41: Capacidades predictivas del modelo 1

	Ajustado	Observado		
		Voluntario	NNSA	Total
Voluntario	Efectivo	943	381	1324
	%	71.2	28.7	100.0
NNSA	Efectivo	79	395	474
	%	16.6	83.3	100.0
	Total	1022	776	1798
	Total correcto en %	74.4		

Fuente: Elaboración propia a partir de DHS-Emmus 2005-2006.

El cuadro (40) presenta el modelo probit ajustado partir de las mujeres sexualmente activas que no usan métodos. De manera global, la prueba de WALD nos indica que el modelo presenta un buen ajuste y que, a pesar de R^2 muy pequeña, la Ji-cuadrada de WALD que es de orden de 0.0. Lo que significa que estadísticamente tenemos un buen ajuste de las probabilidades acumuladas de las NNSA de las mujeres sexualmente activas. Además, la capacidad predictiva (cuadro 41) de las NNSA de una mujer sexualmente activas es de 83.3%, y de 71.2% del no uso voluntario. Lo que lo atribuye una capacidad predictiva total de 74.4%.

Sobre la interpretación del efecto de la variable ciclo de vida en las NNSA el efecto es significativo y creciente en las generaciones más viejas se encuentran. Efectivamente, no observamos diferencias estadísticamente significativas entre los primeros grupos quinquenales, respectivamente al grupo de referencia 15-19 años pero a partir de los 34-39 años, etapa de consolidación del ciclo de vida, donde registramos un aumento de las probabilidades acumuladas, respecto a las del grupo de referencia como hemos visto que están muy altas, de 47.9%, para subir a 61.9% en el grupo 40-44 años y alcanzar los 78.5% en el último grupo de edad, sea 45-49 años. Cabe señalar que el efecto es parcialmente como se planteó en la hipótesis I: a partir del grupo de 34-39 años, entre más avanzado es la etapa del ciclo de vida de una mujer, mayores son las probabilidades de tener NNSA, dado que la mujer sexualmente activa no usa algún método anticonceptivo.

Sobre el estado marital, la diferencia entre las mujeres casadas y las que se encuentran en unión libre no es estadísticamente significativa, con un nivel de error aceptado de 5.0% contrariamente a lo que se planteó en la hipótesis I. Sin embargo, siendo sexualmente activas, ser soltera aumenta de 54.0% las probabilidades de tener NNSA, respecto a las casadas y ser mujer divorciada o separada pero sexualmente activas aumenta dichas probabilidades 67.1%. Esto se puede explicar porque las mujeres divorciadas o separadas, y más aún las solteras, siendo sexualmente activa, desean controlar más a su fecundidad por las cuales, a pesar de ser sexualmente, quedar embarazada tener un hijo sin una pareja formal puede ser de mal visto en la sociedad haitiana. También podemos ver que tener al número ideal de hijos deseado aumenta de 27.0% las probabilidades de tener NNSA, como esta planteado en la hipótesis I. Esto es esperable por el hecho de que, por definición, tener NNSA significa ya no desear más hijos o, al menos en los dos próximos años. Sin embargo, algo que podemos preguntarnos es qué tan alta y diferencial es dicha preferencia de fecundidad en las distintas regiones. También, refiriéndonos a la variable temor, observamos su efecto

estadísticamente significativo y lo más fuerte en las probabilidades de tener NNSA: tener temor de los efectos secundarios en la salud aumenta las probabilidades de tener NNSA en 168.8%. Como esta planteado en la hipótesis I, vemos que tener temor aumenta dichas probabilidades.

En términos de estratos socioeconómicos de las mujeres sexualmente activas, no observamos diferencias estadísticamente significativas en los estratos muy, bajo y medio. Per ser de un estrato alto o muy alto, en lugar de reducir las probabilidades de tener NNSA como esta planteado en la hipótesis I, las aumenta de 38.4%. Sin embargo, aquí tenemos que señalar si la situación económica tiene el efecto en sentido contrario a lo planteado en la hipótesis, es porque el acceso limitado no es la única causa de las NNSA, sino también el temor que puede ser resultado de la mala calidad y fallas de dichas servicios o una falta de motivación entre las mujeres, lo que se revela interesante e importante.

Finalmente, en términos de nivel educativo observamos que una mujer sexualmente activas no usa algún método que tiene el nivel educativo de primaria, respecto a una que esta sin educación, ve las probabilidades de tener NNSA reducen de 23.6%. Y ser de un nivel de secundaria o más presenta la tendencia reductora pero no significativa estadísticamente. Lo que comprueba sólo parcialmente lo planteado de la hipótesis I.

Para poder llevar a cabo nuestros objetivos y comprobar las otras hipótesis planteadas, un análisis diferencial sobre las NNSA considerando la zona de residencia como factor diferencial se revela importante. A continuación, presentamos el análisis diferencial basando en los modelos probit aplicados por zona de residencia.

NNSA por zona de residencia: Modelos Probit

Cuadro 42: Modelo probit de las NNSA ajustado sobre las mujeres sexualmente activas por zona de residencia

	Modelo 2 (Rural)		Modelo 3 (Urbana)	
Número de observaciones	1053		745	
Wald Ji-cuadrada (12)	157.71		208.140	
Prob > Ji-2	0		0.000	
Log verosimilitud	-592.291		-366.074	
Pseudo R2	0.1651		0.289	
Coeficientes	Coeficientes	P> z	Coeficientes	P> z
	NNSA			
gr15_19*	***	***		
gr20_24	***	***	0.7704	0.0080
gr25_29	***	***	0.6071	0.0300
gr30_34	***	***	0.5599	0.0490
gr34_39	***	***	0.7994	0.0060
gr40_44	***	***	0.5410	0.1090
gr45_49	***	***	0.8604	0.0130
Casada*				
Unión libre	***	***	0.2272	0.2260
Soltera	***	***	0.7621	0.0060
Separa/divorciada	***	***	0.9981	0.0690
Nivel de conocimiento de anticoncepción	-0.2489	0.0380	***	***
Temor	1.3880	0.0000	2.1892	0.0000
Estrato socioeconómico muy bajo*				
Estrato socioeconómico bajo	0.1867	0.1730	***	***
Estrato socioeconómico mediano	0.2893	0.0610	***	***
Estrato socioeconómico alto y muy alto	0.4633	0.0360	***	***
Sin educación*				
Primaria	-0.3427	0.0080	***	***
Secundaria y más	-0.5286	0.0070	***	***
Constante	-0.4444	0.0000	-1.2785	0.0000

* Categoría de referencia y *** variables no significativas

Fuentes: elaboración propia con DHS-Emmus, 2005-06.

Cuadro 43 Capacidades predictivas del modelo probit de las NNSA sobre las mujeres sexualmente activas por zona de residencia

Ajustado		Observado					
		Rural			Urbana		
		Voluntario	NNSA	Total	Voluntario	NNSA	Total
Voluntario	Efectivo	944	393	1337	908	371	1279
	%	70.6	29.4	100.0	71.0	29.0	100.0
NNSA	Efectivo	77	383	460	114	405	519
	%	16.7	83.3	100.0	22.0	78.0	100.0
Total		1021	776	1797	1022	776	1798
Total correcto en %		73.8			73.0		

Fuentes: elaboración propia con DHS-Emmus, 2005-06.

De manera global, la prueba de WALD sobre la bondad de ajuste de cada uno de los dos modelos estimados nos indica que tenemos buen ajuste y que no podemos rechazar la hipótesis nula. En efecto, la Ji-cuadrada de WALD, para cada uno, que es del orden de 0.000, lo que muestra que estadísticamente tenemos que buen ajuste. También podemos ver que la capacidad predictiva total de cada uno se revela bastante alta: 73.8% en la zona rural y 73.0% en la urbana. Esto significa una buena adecuación de las variables explicativas en los dos modelos.

Entre las zonas de residencia, como está planteando en las hipótesis II y III, los factores determinantes presentan diferencias interesantes e importantes, salvo en el caso del temor que tiene efecto en las probabilidades de tener NNSA en las dos zonas de residencia, como está planteado en las hipótesis II y III. Pero señalamos que el efecto del temor es muy más fuerte en zona urbana donde tener temor aumenta dichas probabilidades de 219.0% mientras en zona rural las aumenta de 139.0%. Contrariamente al efecto de polarización y la intensidad del efecto de las otras variables, tener temor a los efectos secundarios en la salud se revela muy importante en la explicación de las NNSA.

Para la diferencia entre las zonas, Empezamos por explicar que en zona rural. Como está planteado en la hipótesis 3, la variable nivel de conocimiento de los métodos es estadísticamente significativa, mientras en zona urbana no es significativa; esto refleja tanto un acceso limitado o polarización de los servicios de información – si no a los servicios anticonceptivos por completo – como una falta o

falla en la responsabilidad de promoción, de difusión y educación del sistema anticonceptivo en zona rural, y no en la zona urbana. Tener un nivel de conocimiento avanzado reduce en 23.1% las probabilidades de tener NNSA. Además, la variable nivel educativo de las mujeres sexualmente activas juega un papel muy importante en zona rural mientras en zona urbana no es significativa. En efecto, si una mujeres sexualmente activa se reside en una zona rural, tener un nivel educativo primaria, respecto a no tener nada de educación, se ve reducir sus probabilidades de tener NNSA de 34.3% y tener un nivel de secundaria o más las reduce de 53.0%. También, estrato socioeconómico de una mujer sexualmente activa que reside en zona rural, y específicamente estar de un estrato alto o muy alto, afecta sus probabilidades aumentadas de 46.3%. Efecto que ser explicado, por el hecho que residir en una zona rural a pesar de estar en un estrato alto o muy alto, se ve reducido el nivel de acceso y también de calidad de los servicios. La cual último es factor generador de miedo a los efectos secundarios en la salud.

En cambio, refiriéndonos a la zona urbana, observamos el efecto del ciclo de vida donde las generaciones muy jóvenes, las probabilidades de tener NNSA van bajando de manera significativas estadísticamente pasando de 77.0% en el grupo 20-24 a 60.7% en el 25-29 años, hasta 56.0% en el grupo 30-34 años. Como lo hemos explicado eso se puede ser explicado por el hecho cuando va a empezar la vida reproducción, el deseo de tener hijos va aumento, por ende el deseo de controlar en dicha etapa. Y luego, a partir los 34-39 años suben a 80.0% dichas probabilidades para bajar en los 40-44 años a 54.1% y subir en los 86.0% en el último grupo de edad, sea 45-49 años. Mientras que en la zona urbana, ni siquiera el ciclo de vida se revela no significativo.

También otra variable que se revela importante en la zona urbana es la situación matrimonial de la mujer sexualmente activa. Si no hay diferencia en una mujer casada institucionalmente y que vive en unión libre, pero ser soltera, una mujer sexualmente activa ve aumenta las probabilidades de tener NNSA de 76.2%. Esto se puede explicar por la diferencia que existe entre la vida sexual y la vida reproductiva cuando para las mujeres solteras sexualmente activas.

Además, cabe destacar que contrariamente a lo que esta planteando en la hipótesis IV ni la creencia religiosa de una mujer sexualmente activa ni su nivel poder dentro de la pareja no afecta sus probabilidades de tener NNSA.

Conclusiones y Reflexiones

En este estudio se han intentado explicar el comportamiento reproductivo de las mujeres en Haití respecto a los servicios anticonceptivos, en términos de NNSA, los determinantes que pueden explicar dicho comportamiento y, en cuestiones metodológicas, analizar el efecto de selección que ejerce el no uso entre el total de las mujeres. Para llevar a cabo el trabajo, hicimos un recorrido en la literatura que existe sobre dicho comportamiento, los diferentes enfoques teórico-empíricos y los principales hallazgos, en los cuales dicho comportamiento ha sido considerado como dos problemáticas diferentes: el uso (respectivamente no uso) por un lado y las NNSA por otro, como dos objetos de estudio diferentes. Vimos que tal consideración tiene dos grandes problemas:

- Primero, considerar el no uso sin tomar en cuenta de las NNSA, es aceptar el supuesto que el no uso es homogéneo, supuesto que lo estudios empíricos consagrados a las NNSA muestran que no se cumple, ya que las razones del no uso son múltiples. Por lo tanto, no considerar las variables que pueden explicar esta situación de heterogeneidad es inadecuado. Además, esta perspectiva sólo considera el aspecto demográfico del problema, sin tomar en cuenta que en el uso es un derecho y no una obligación de la parte de las mujeres.

- Segundo, considerar las NNSA sin ver el no uso nos lleva sólo a identificar las variables explicativas específicas con efectos directos en las NNSA, olvidando las variables con efectos indirectos a través del no uso, sobre todo cuando el no uso es muy frecuente, como es el caso de Haití.

Así, esta revisión de la literatura permite plantear, desde una visión multidimensional, un nuevo marco teórico donde planteamos que los dos aspectos forman parte de una misma problemática, que incluye el problema de uso (y del no uso) y el de las NNSA, considerando la heterogeneidad en el no uso (voluntario o por NNSA), y también las variables con efectos en las NNSA a través del no uso.

Un primer análisis sobre la situación en Haití nos muestra la deficiencia de un marco legal y el vacío en términos de legislación interna que regula el sistema de salud reproductiva, y de los servicios anticonceptivos. También se constata la falta de compromiso del Estado con estas cuestiones, lo que constituye una debilidad legal y un abandono de los servicios y de las usuarias de dichos servicios. No existe atención en términos de control de calidad de los servicios, ni de un aseguramiento de los insumos y de una distribución regulada, ni como parte de los derechos básicos

que las mujeres podrían reclamar. Una situación muy crítica afecta al sistema anticonceptivo en Haití.

En el análisis descriptivo y bi-variado, se observa que la prevalencia de anticoncepción en Haití, es muy baja, 22.9%, y una buena parte de las que no usan declaran tener necesidad de usarlos (35.6%), ya sea para limitar o para especiar sus embarazos. En las primeras correlaciones bivariadas, se observan diferentes factores que afectan directamente el uso de anticonceptivos. Los factores que afectan el uso son el nivel económico aunque su efecto sea relativamente débil, la situación matrimonial, el nivel educativo, el estrato socioeconómico, la zona de residencia, el nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos y el temor a efectos secundarios de los anticonceptivos. Y también, se observa que hay más uso pero más NNSA en la zona urbana que la zona rural.

En lo que refiere a la estimación de los modelos sobre las NNSA, sólo hemos considerado a las mujeres sexualmente activas las cuales pueden necesitar usar anticoncepción y para ver modelar las NNSA sólo a las mujeres sexualmente activas que no usan algún método. Así, hemos llegar a comprobar que las variables ciclo de vida, tener temor, situación matrimonial, tener el número de hijos ideal, temor, el estrato económico del hogar donde vive la mujer y su nivel educativo tienen efecto en las probabilidades de tener NNSA. Sin embargo, cabe señalar que las diferencias entre los factores determinantes en la zona rural y la urbana son significativas. Los modelos aplicados a cada zona de residencia muestran que el temor está presente en ambas, pero su efecto en las probabilidades de NNSA mucho más grande en la zona urbana que en zona rural.

Los efectos de las etapas del ciclo de vida y de la situación matrimonial de una mujer sexualmente activa, además del temor, están presentes en zona urbana y también podemos comprobar en dicha zona que las mujeres sexualmente activas en un grupo que presenta un nivel bastante alto de NNSA. En cambio, en zona rural, es otra realidad donde las variables tales como: el conocimiento de las mujeres sexualmente activas sobre los métodos, el nivel educativo y el estrato socioeconómico, además del temor se revelan explicativas en la explicación de las probabilidades de tener NNSA. Finalmente, los resultados de los modelos muestran que ciertas variables que reflejan dimensiones tales como la desigualdad de género (índice de poder) y la cultura (religión) son significativas cuando se las considera en un análisis bivariado pero pierden su significancia al introducirlas con otras variables explicativas. Sin embargo, a eso tenemos que añadir las limitaciones de la operacionalización de esas dimensiones con índices hechos a partir de preguntas cerradas y muy

limitadas. Por lo tanto, otros estudios más específicos sobre estas dimensiones se revelan necesarios.

Sobre el efecto de selección, intentamos de acercarnos con el modelo de selección de Heckman. Se encuentra efectivamente que la estimación del error del modelo de las NNSA es diferente de cero (0) y que sí hay variables pertinentes no incluidas. Sin embargo, el modelo de selección del uso tal como está ajustado con las variables explicativas retenidas se revela sin efecto en el modelo de NNSA. Pero también, la aplicación del Heckman permite observar que las variables retenidas teóricamente como determinantes del uso no permiten un ajuste adecuado.

El análisis de la situación nos lleva a hacer varias recomendaciones y reflexiones. desde una perspectiva de políticas públicas de población en Haití y también desde una perspectiva académica y científica. Desde la perspectiva de políticas públicas de población en Haití, es necesario pensar o repensar el sistema de salud reproductiva y, específicamente, los servicios anticonceptivos tomando en cuenta los siguientes elementos importantes:

- La elaboración del marco legal que regule los servicios de salud reproductiva en Haití y específicamente los servicios anticonceptivos, tomando en cuenta el principio de aseguramiento de los insumos de anticoncepción, garantizando la atención en dichos servicios como derecho básico y universal sin discriminación económica ni territorial al acceso. Esto significa un fuerte compromiso por parte del Estado haitiano en materia de salud reproductiva y anticoncepción.

- Revisar y controlar de manera regular y muy atenta la calidad de los servicios, vía el Ministerio de Salud Pública y de Población o de alguna otra institución o dependencia creada para este fin, con el objeto de tener una mejor coordinación y seguimiento en los servicios, y eliminar o al menos reducir las fallas en la aplicación de los métodos que requieren atención médica como en el implante, las inyecciones, etc., con el fin de controlar el problema del temor a los efectos secundarios, que muy presente tanto en la zona urbana como en la rural.

- Fortalecer un sistema de información adecuada que tome en cuenta de la educación sexual desde las edades tempranas, que permita superar a través la educación e información los rumores relativos a los métodos anticonceptivos, y que considere los aspectos cultural, religioso, de desigualdad de género y territorial, a los cuales deben hacer frente los servicios de anticoncepción.

- Desconcentrar y ampliar los centros de atención a los servicios anticonceptivos hacia la zona rural, tomando en cuenta las preferencias de uso de estas mujeres y su nivel educativo.

- Estudiar con mayor profundidad el comportamiento reproductivo y, específicamente, los determinantes del uso de métodos anticonceptivos.

- De manera más general, contribuir a la educación y a la continuidad escolar de las mujeres en Haití.

Desde la perspectiva académica, es importante señalar que los resultados obtenidos avalan parcialmente el nuevo marco teórico planteado y la metodología utilizada, pero hacen surgir dudas que merecen la atención del mundo académico. Uno punto relevante que surge del trabajo es sobre las limitaciones de la encuesta DHS para llevar a cabo una aplicación empírica más completa del marco propuesto. Variables relativas al conocimiento de las mujeres sobre su derecho a usar los servicios anticonceptivos, a la calidad de los servicios, la variable temor que sólo se pregunta a las mujeres que no usan, etc. Segundo, sobre el modelo que toma en cuenta el uso y las NNSA, las evidencias empíricas no muestran un efecto de selección, pero muestran que el estimador del error en el modelo final es diferente de cero, y hay un mal ajuste del modelo de selección y omisión de variables pertinentes en dicho modelo. Cabe preguntarse, en caso de que el modelo de selección tuviera un buen ajuste, ¿qué pasaría? Entonces, también es posible cuestionar si la falta de evidencia empírica se debe al marco teórico o al modelo de selección mal ajustado. Estas preguntas quedan pendientes para futuros estudios. Sin embargo, el marco teórico presentado intenta superar las limitaciones expuestas y, sobre todo, en los países donde el no uso sigue siendo muy alto. Las futuras investigaciones se deberían desarrollar un marco adecuado que tome en cuenta esas limitaciones; también deben orientar las encuestas relativas a la salud reproductiva de manera que se obtengan los datos necesarios, en cantidad y calidad, para avanzar en el conocimiento. Queda, de esta manera, planteado el desafío.

Bibliografía

- Ajzen, I., (1993). "Attitude theory and the attitude-behavior relation," en D. Krebs and P. Schmidt (eds.). *New Directions in Attitude Measurement*. Berlin: Walter de Gruyter, Pp. 41–57.
- Alarcón, D., (2001). "Medición de las condiciones de vida". Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES). Banco Interamericano de Desarrollo. Series Documentos de Trabajo I-21. Washington D.C.
- Anglade, M. N., (1995). "Les conférences internationales sur les femmes et leur impact en Haiti", *Recherches féministes*, vol. 8, N. 1, Pp. 165-173
- Aparicio, R. (1993). "Políticas de población, políticas de planificación familiar y derechos reproductivos en México", en memorias de la IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, México, INEGI-SOMEDE, t.2, Pp. 809-824
- Aparicio, R. y Angulo, Y., (1996). "Demanda insatisfechas de planificación familiar", *Demos*, carta Demográfica sobre México, México, IIS-UNAM-SOMEDE, No. 9, Pp.28-29.
- Aparicio, R. y Estrada, L., (2000). "Situación y perspectivas de la demanda no satisfecha de planificación familiar", en Rodolfo Tuirán (Coord.). *La situación demográfica de México*, México, Conapo, Pp. 96-126.
- Aparicio, R., (2001a). "Institutional and Familial Determinants of Unmet Need of Family Planning in Mexico", presentado en la Annual Meeting of the Population Asociación of America, Washington, D.C., 29-31 de marzo, 22Pp.
- Aparicio, R., (2001b). "Institutional and Familial Determinants of Unmet Need of Family Planning in Mexico", presentado en la XXIV Conferencia General de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, Salvador, Bahía, Brasil, 18-24 de agosto, 21 Pp.

- Aparicio, R., (2004). “Una aproximación a la calidad de los servicios de anticoncepción postparto”, en Fernando Lozano (coord.). El amanecer del siglo y la población mexicana, VI Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, Vol. 1, Cuernavaca, UNAM-CRIM-SOMEDE, Pp. 219-239
- Aparicio, R., (2009). “Necesidades No Satisfechas de Anticoncepción: ¿Una Limitante para el ejercicio de los Derechos Reproductivos?”, en Susana Lerner y Ivonne Szasz (Coord.). Salud reproductiva y Condiciones de Vida en México. México, Colegio de México, Pp. 217-285.
- Arredondo, A., & Meléndez, V. (1992). “Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis”, Salud Pública de México, enero de (1992). vol. 34, No. 1, Pp. 1-19.
- Ashford, L. (2008) “Hay que garantizar una amplia variedad de opciones en la planificación familiar”, Population reference bureau.
- Bankole A. y Chika Ezeh, A, (1995). “Unmet for Couples: an analisis framework and evaluation with DHS data”, Population Research and Policy Review, Vol. 18, No. 6, Pp. 579-605.
- Bankole, A. y Singh, S., (1998). “Fécondité des Couples et Décisions contraceptives dans le monde en voie de développement: Entendre la voix de l’homme”, Perspectives international sur le Plannig familial, Número especial de (1998). Pp. 4-13
- Barbieri, T. de, (1982). “Derechos humanos de las mujeres y políticas de población. Una relación compleja”, manuscrito en Memorias de la II Reunión de Investigación Demográfica en México, México, Conacyt, Pp. 785-788.
- BARSTED, L. L., (1992). “Legalização e descriminalização do aborto no Brasil: 10 anos de luta feminista”, Estudos Feministas, Pp. 104-130.
- BARROSO, C., (1991). “Consulta popular é oportuna. In: Leis e Políticas Sobre o Aborto - Desafios e Oportunidades”, (S. Pimentel, org.). Pp. 96-98, São Paulo: Conselho Estadual da Condição Feminina de São Paulo.

- Becker, S., (1999). "Measuring unmet need, Wives, husbands or couples?", *International Family Planning Perspectives*, vol. 26, No. 4, Pp. 172-180.
- Becker, G. S. (1960). "An Economic Analysis of Fertility", en Becker, ed., *Demographic and Economic Change in Developed Countries*, Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Bongaarts, J. (1982). "Un Marco para el Análisis de los Determinantes Próximos de la Fecundidad", en *Ensayos sobre Población y Desarrollo 3*. Corporación Centro Regional de Población / The Population Council, Bogotá, Pp. 3-34.
- Bongaarts, J., (1991). "The KAP-Gap and the Unmet Need for Contraception", *Population and Development Review*, Vol. 17, No. 2, Pp. 293-313.
- Bonilla, R., (2006). "Efecto de la escolaridad sobre la fecundidad en Nicaragua, Población y Salud en Mesoamérica", Vol. 4, No. 001
- Bozon, M., Gayet, C., Barrientos, J. (2009). "A Life Course Approach to Patterns and Trends in Modern Latin American Sexual Behavior", *J. Acquir Immune Defic Syndr* (2009). 51. Pp. 4-12
- Bravo, J. (1990). "La hipótesis de la difusión de la reducción de la fecundidad en Latinoamérica", en *Seminar on Fertility Transition in Latin America*, IUSSP, Buenos Aires.
- Bulatao, R. y Lee, R., (1983). "A framework for the Study of Fertility Determinants, Determinants of Fertility in Developing Countries", Nueva York, Academic Press, vol. 1, Pp. 1-26.
- Cadwell, J. C. (1980). "Mass education as a determinant of the timing of fertility decline", *Population and Development Review*, 6, Pp. 225-255.
- Camarena, R.M. y Lerner, S., (2002). "Rethinking the Meaning and the Scope of Women's Unmet: Theoretical and Methodological Considerations and Uncertainties on Empirical Evidence in Rural Mexico", Documento presentado en el *Interregional Seminar on Reproductive Health, Unmet Need and Poverty: Issues of Access and Quality of Services*, Bangkok, Tailandia, 37 Pp.

- Carazo, E. T y Blanco, N. M.J, (2001). “Principios de la anticoncepción”, SEMERGEN: Vol. 27, No. 1, Pp.: 27-37.
- Casique, I., (2003). “Uso de anticonceptivos en México: ¿Qué diferencia hacen el poder de decisión y la autonomía femenina?”, Papeles de Población, México, CIEP-UAEM, No. 35, Pp. 209-232.
- Castro, T. y Juarez, F., (1995). “The Impact of women’s education in fertility in Latin America: Searching of explanations” International Family Planning Perspectives, Vol. 21, No. 2
- Cayemites, M. et al. (2005). “Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services (EMMUS-IV)”, Institut Haïtien de l’Enfance, Puerto-Príncipe y Maryland.
- Cayemites, M., Rival, A., Barrère, B., Lerebours, G. y Gédéon, (2000). “Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services (EMMUS-III)”. Institut Haïtien de l’Enfance, Puerto-Príncipe y Maryland.
- Cecchini, Simone y Andras Uthooff (2007). “Reducción de la pobreza, tendencias demográficas, familias y mercado de trabajo en América Latina”, en Series Políticas Sociales, No. 136, Santiago de Chile: CEPAL, División de Desarrollo Social.
- CEPAL/Naciones Unidas, (1996). “Crecimiento de la población y desarrollo económico” Cuadernos N° 75, abril (1996).
- Coale, A. J. y Hoover, E. M., (1965). “Crecimiento de población y desarrollo económico”, Limusa.
- Darroch, J.E., Landry, D.J., and Oslak, S., (1999) “Age Differences Between Sexual Partners In the United States” Family Planning Perspectives Vol. 31, No.4, Pp. 160–167
- Davis, K., & Blake, J. (1967). “La estructura social y la fecundidad. Un sistema analítico”, en Freedman R., Davis, K., & Blake, J. Factores sociológicos de la fecundidad, México: El Colegio de México/CELADE.

- De Barbieri, T. (2000). “Derechos reproductivos y sexuales. Encrucijada en tiempos distintos”, *Revista Mexicana de Sociología*, Vol. 62, Número 1 (Enero-Marzo, (2000)). Pp. 45-59.
- Demeny, P., (1975). “Letter to the editor”, *Scientific American*, vol. 232, No.5.
- Demeny, P., (1986). “Population and the invisible hand”, *Demography* Vol. 23, No. 4, Pp. 473–487.
- Diallo, I. (2005). “Repositionnement du Planning familial en Haïti”, Report USAID, Port-au-Prince.
- DIAZ ALONSO, G., (1995). “Historia de la anticoncepción”, *Rev Cubana Med Gen Integr*, Ciudad de La Habana, Vol. 11, No. 2, abr. 1995. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251995000200015&lng=es&nrm=iso>. Último acceso en 15 jun. 2010.
- Dixon-Mueller, Ruth. (1993). “Population Policy and Women’s Rights: Transforming Reproductive Choice”, New York, Praeger.
- Dixon-Mueller, R. and Germain A., (1992); “Stalking the elusive “unmet need” for family planning”, *Studies in Family Planning*, Vol. 23, No. 5, Pp. 330-335.
- Doyal, L., e Gough I., (1991). “A theory of Human need”, Londres, mac-millan.
- Eagly, Alice H. and Shelly C., (1998). “Attitude structure and function,” in D. T. Gilbert,
- Morales, E. M. (2007). “Tesis de Doctorado y premio del Centro de Estudios Andaluces a la mejor tesis doctoral del año” (2006): Relaciones de poder dentro de la pareja. Un análisis psicosocial, Universidad de Granada
- Feres, J.C. y Mancero, (2001). “Enfoque para la medición de la pobreza. Breve revisión de la literatura”, CEPAL, Serie estudios estadísticos y prospectivos, No. 4, Pp. 5-45
- Figueroa, G., (1994). “Anticoncepción quirúrgica, educación y elección anticonceptiva”, en memorias de la VI Reunión Nacional de investigación Demográfica en México, México, INEGI-SOMEDE, t. 1, Pp. 110-118.

- Figueroa et al., (1988). “Determinantes de la práctica anticonceptiva en México”, Documento metodológico, México, DGPF-Ssa.
- Figueroa, G., (1991). “Comportamiento reproductivo y salud: Reflexiones a partir de la prestación de servicios”, Salud Pública de México, Vol. 33, No. 6, Pp. 590-601.
- Figueroa, G., (1999). “Fecundidad, anticoncepción y derechos reproductivos”, en Brígida García (coord.). Mujer, género y población en México, México, El Colegio de México, Pp. 61-101.
- Fiske, S. T. and G. Lindzey (2009). “The Handbook of Social Psychology”, Vol. I. Boston: McGraw-Hill.
- Freud, S. (1898) “Sexuality in the Etiology of Neuroses. Wiener Klinische Rundschau, No. 2.
- Frost, J. J., Singh, S. y Finer, B. L. (2004). “Factors associated with Contraceptive Use and Non Use”, Guttmacher Institute, New York.
- García, B. (2003). “Empoderamiento y autonomía de las mujeres en la investigación sociodemográfica actual”, Estudios Demográficos y Urbanos, Vol. 18, núm. 2 (53). Pp. 221-253.
- Germain, A., (1997). “Addressing the demographic imperative through health, empowerment, and rights: ICPD implementation in Bangladesh,” Health Transition Review vol.7, no. 4, Pp. 33–36.
- Gómez de León, J. y Hernández, D., (2002). “Pobreza y uso de métodos anticonceptivos en el México”, rural, en Cecilia Rabbell Y María Eugenia Zavala (Comps.). la fecundidad en condiciones de pobreza: Una visión internacional, México, IIS-UNAAM, Pp. 213-229.
- Guengant, J., & May, J.F. (1992). “Fertility trends in Haiti”, Cahier Québécois de Démographie, vol. 21, número 1. Pp. 167-183.

- Hardy, E. Rebello, I. Rodrigues, T. y Morales, T. M., (1991). “Aborto provocado: diferenças entre pensamento e ação”, *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, No.2, Pp.111-116.
- Heaton, T. B. y Forste, R.(1998). “Education as policy: The impact of education on marriage, contraception, and fertility and Colombia, Peru and Bolivia”. *Soc Biol*, Fall-Winter, No. 45, Pp. 194-213.
- Heckman, J. (1979). “Sample Selection Bias as a Specification Error.” *Econometrica* 47(1): 153-161.
- Institut Haïtien de Statistique et Informatique, IHSI, (2003). “IV Recensement Général de la Population et de l’Habitat: Résultats Préliminaires”. Éditions des Antilles S.A. Puerto Príncipe, Haïti.
- Gobierno haitiano, (2010) “Informe Estado de Urgencia”, enero de 2010, Puerto-Príncipe, Haïti.
- Lama, M., (2003). “Aborto, derecho y religión en el siglo XXI”, en: *DEBATE FEMINISTA*, AÑO 14. VOL 27, México D.F. Pp. 139-164.
- Lam, D., Sedlacek, G., y Duryea, S., (1992). “Increases in women’s education and Fertility decline in Brazil”, PSC Research Report No. 92-255
- Lerner, S. y Quesnel, A. (2002). “Contextos, instituciones y actores sociales: hacia un enfoque múltiple de las relaciones entre condiciones de vida y comportamientos reproductivos”. En C. Rabell y Ma. E. Zavala de Cosío (Comps.), *la fecundidad en pobreza: una visión internacional*, México, IIS-UNAM, Pp. 25-46.
- Rabell, Cecilia y Zavala de Cosío, Ma. E., (2004). “La fecundidad en condiciones de pobreza: una visión internacional”, México, IIS/UNAM, Pp. 25 a 46.
- Lesthaeghe, R. y Surkyn, J. (1988). “Cultural Dynamics and Economic Theories of Fertility Change”, *Population and Development Review*, vol. 14, núm. 1. Pp. 1-45.
- Mauldin, W.P. (1965). “Fertility studies: knowledge, attitude, and practice”, *Studies in Family Planning*, vol..7, No.. 7, Pp.1–10.

- McCauley, et al., (1994). "Opportunities for women through reproductive choices", Population Reports, Series M, no. 12. Baltimore, MD: Johns Hopkins University
- Ministère de Planification de Coopération externe, MPCE, (2009). Premier rapport annuel de mise en œuvre du DSNCRP (2007-2008), Puerto-Príncipe, Haïti.
- Merrick, T., (1986). "World population in transition", Population Bulletin, 41, 2: 3-51.
- Mier y Terán, M. y Rabell, C., (1984). "Fecundidad y grupos sociales en México 1971-1997", en René Jimenez Ornelas y Alberto Minujin Zmud (Coord.). los factores del cambio demográfico en México, México, IIS-UNAM, Pp. 221-241.
- Ministère aux Conditions féminines et aux Droits de la Femme (MCFDF), 2006, reporte : Les termes de la problématique de Genre en HAÏTI, Puerto Príncipe, Haïti.
- Mojarro, O. y Zúñiga, E., (1999). "Veinticinco años de planificación familiar en México", en Rodolfo Tuirán (coord.). la situación demográfica en México, México, Conapo, Pp. 205-215.
- Notestein, F. (1953). "Economic Problems of Population Change", en Proceedings of the Eighth International Conference of Agricultural Economics. London: Oxford Univ. Press. Pp. 13-31.
- Ojeda de la Peña, N., (1995). Procesos sociodemográficos y cambios en la familia: reflexiones en torno al papel de la nupcialidad regional, FRONTERA NORTE, Vol. 7, No. 14, Pp. 109-117.
- OPS/OMS, (2006). "Situación de Salud en las Américas - INDICADORES BASICOS (2006)". (<http://www.paho.org/spanish/dd/ais/BI-brochure-2006.pdf> , último acceso el 15 de junio de 2010)
- OPS/OMS, (2007). "Situación de Salud en las Américas - INDICADORES BASICOS (2007)". (http://www.paho.org/spanish/dd/ais/IB_2007_SPA.pdf, último acceso el 05 de junio de 2010)
- Oubiña, L. (1965). "Introducción a la teoría de conjuntos", Eudeba, Buenos Aires.

- Paugam, S., (1998). “Les formes contemporaines de la pauvreté et de l'exclusion. Le point de vue sociologique”, *Genèses* vol.31 No. 1, Pp. 138-159.
- Paxman, J. M & Poy, L. (1997). “La connaissance et la pratique de la contraception en Haïti: facteur de la baisse de la fécondité”, *Cahiers québécois de démographie*, vol. 26, numéro 1, Pp.41-68.
- Pintanguy, J., (1994). “Feminist Politics and Reproductive Rights: The case of Brazil”, en Gita Sen y Rachel S. Snow, *Power of Decision: The Social Control of Reproduction*, Boston, havard Center for Population and Development Studies, Pp. 101-102
- Potter, J. E. (1984). “Efectos de las Instituciones Sociales y Comunitarias sobre la Fecundidad”, Bogotá, Serie Ensayos sobre Población y Desarrollo, Corporación Centro Regional de Población/The Population Council, núm. 23, 39 Pp.
- Pries, Ludger, (2007). “Teoría sociológica del mercado laboral”, en *Tratado latinoamericano de sociología del trabajo*, Colegio de México.
- Pritchett, L. H. (1994). “Desired fertility and the impact of population policies”, *Population and Development Review* Vol. 20, No. 1, Pp. 1–55.
- Quilodrán, J., (1991). “Niveles de fecundidad y patrones de nupcialidad en Mexico” El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano (México, D.F)
- United Nations Population Fund and Population Reference Bureau, (2003). “Country Profiles for Population and Reproductive Health, Policy Developments and Indicators (2003)”
- UNFPA, (1997). “Contraceptive Requirments and Logistics Management Needs in Haiti”. Technical Report No. 26. New York, UNFPA.
- Richmond,V.P., McCroskey, J.C., y Roach, K.D., (1997).“Communication and decision-making styles, power base usage, and satisfaction in marital dyads”, *Communication Quarterly*, No. 45, Pp. 410-427.

- Rodríguez, D. y Yocelevszky, R., (1986). “Política y población en América Latina”, Revisión de los aportes de PISPAL. COLMEX. Pp. 9 a 34
- Román, G. et al. (2008). “Consideraciones teóricas y empíricas acerca de la fecundidad adolescente”, Revista Facultad de Ciencias Económicas: Investigación y Reflexión, Vol. 16, No. 2, Pp. 47-59
- Rosero-Bixpor, L. y Casterline, J. (1995). “Difusión por interacción social y transición de la fecundidad: Evidencia cuantitativa y cualitativa de Costa Rica”, Notas de Población, 23(61). Pp. 29-78.
- Rosero-Bixpor, L. y Carteline, J. (1993). “Modelling diffusion effects in fertility transition”, Population Studies, vol. 47, núm. 1, Pp. 147-167.
- Salles, V. y Tuirán, R., (2003). “Dentro del laberinto, México”, El Colegio de México, Jornadas, No. 140, Pp. 231.
- Sedgh, G., Hussain, R., Bankole, A., & Singh, S. (2007). “Women with an Unmet Need for Contraception in Developing Countries and Their Reasons for Not Using a Method”. Occasional Report, New York: Guttmacher Institute, No. 37
- Segalen, M. (1992). “Antropología histórica de la familia”, Taurus, Madrid.
- Sen, G., (1994). “Reproduction: The Feminist Challenge to Social Policy, en Gita Sen y Rachel S. Snow, Power of Decision: The Social Control of Reproduction”, Boston, Havard Center for Population and Development Studies, Pp. 5-17.
- Towsend, P., (1979). “Poverty in the United Kingdom: A survey of Household Resources and Living Standards”, Londres, Allen Lane and Penguin Books-University of California Press.
- Towsend, P., (2003). “La conceptualización de la pobreza”, Comercio Exterior, vol. 53, no. 5, Pp. 445-452.
- Tuirán, R., (1994). “La esterilización anticonceptiva en México: Satisfacción e insatisfacción entre las mujeres que optaron por este método”, en Memorias de la VI Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, México, INEGI-SOMEDE, t.1, Pp. 119-140.

- Van Look, P. F.A., Shelton, J. D. et al. , (2007). “Planification familial: Un manuel a l’intention des prestataires de services du monde entier”, OMS/USAID/Johns Hopkings, Baltimore y Geneva.
- Westoff, C.F., (1978). “The Unmet Need for Birth Control in Five Asian”, Family Planning Perspectives, Vol. 10, No. 3, Pp. 173-181
- Westoff , C.F. y Pebley, A.R, (1981). “Altenative measures of unmet need for family planning in developing countries”, International Family Perspectives, 1981, Vol.7, No. 4, Pp. 173-181
- Westoff, C., (1988). “The potential demand for family planning: A new measure of unmet need and estimates for five Latin American countries,” International Family Planning Perspectives, vol. 14, No. 2, Pp. 45–53.
- Westoff, Charles F. and Luis H. Ochoa. (1991). “Unmet Need and the Demand for Family Planning”, Demographic and Health Surveys Comparative Studies No. 5. Calverton, MD: Macro International Inc.
- Westoff, Charles F. and Akinrinola Bankole. (1995). “Unmet Need: 1990–1994. Demographic and Health Surveys Comparative”, Studies No. 16. Calverton, MD: Macro International Inc.
- Westoff, C. F., & Bankole, A. (1996). “L’importance demographique potentielle du besoin non satisfait”, Perspectives international sur le Plannig familial, Numéro especial de (1996). Pp. 4-8
- Westoff, C. F., & Bankole, A. (2000). “Tendances de la demande de limitation des naissances dans les pays en voie de développement”, Perspectives internationales sur le Planning familial, Numéro especial de 2000. Pp. 28-34
- Zamudio, L. y Rubiano, N., (1991). “Las separaciones conyugales en Colombia”, Universidad Externado de Colombia, Bogotá.
- Zúñiga, E., (1994). “Planificación familiar y salud reproductiva”, en Foro sobre prioridades de la política de población hacia el año (2000). México, Fundación Mexicana Cambio XXI-Luis Donaldo Colosio.

Zúñiga, E. y Zubieta, B., (2000). “Cuadernos de salud reproductiva”, República Mexicana, México, Conapo.