

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS INFLUYENTES EN USO DE ANTICONCEPTIVOS EN ZONAS RURALES DE HAITÍ (2017)

STANLEY JEAN-BAPTISTE

Magister en Gerencia y Políticas Públicas de Universidad de Santiago de Chile.

Analista de Proyectos en Banco Interamericano de Desarrollo.

stanleyj@iadb.org

ID-ORCID: 0000-0003-1183-3246

Resumen

Este estudio explora los factores sociodemográficos asociados con el uso de anticonceptivos entre mujeres en edad reproductiva casadas o convivientes en sectores rurales de Haití en 2017, utilizando datos de encuestas demográficas y sanitarias. Las variables consideradas fueron edad, religión, educación, preferencia de fertilidad e índice de riqueza. Se realizó un análisis bivariado chi-cuadrado para explorar la relación entre factores sociodemográficos y uso de anticonceptivos, y un modelo de regresión logística binaria para conocer los efectos ajustados de las covariables. Los resultados recomiendan esfuerzos para aumentar el nivel de educación entre la comunidad de menores recursos en las zonas rurales de Haití: educación y servicios de información son especialmente necesarias para adolescentes y adulto-jóvenes.

Palabras claves: uso de anticonceptivos, mujeres en edad reproductiva, zona rural, factores sociodemográficos.

Abstract

Influential Sociodemographic Factors in Use of Contraceptives in Rural Areas of Haiti (2017)

This study explores the sociodemographic factors associated with the use of contraceptives among married or cohabiting reproductive age women in a rural sector of Haiti in 2017, using the information extracted from demographic and health surveys. Minded variables were age, religion of division, education, fertility preference, and wealth index. It carried out a bivariate analysis performing a chi-square test to explore the relationship between selected sociodemographic factors and contraceptive use, and a binary logistic regression model to know the adjusted effects of the covariates. The results recommend efforts for increasing the level of education among the poorest community in rural areas of Haiti: education and information services are especially necessary for adolescents and young people.

Keywords: contraceptive use, reproductive years women, sociodemographic factors, rural area.

Desde los años sesenta, el crecimiento de la población ha sido una preocupación para varios países. En Latinoamérica y África, varios países han implementado políticas de planificación familiar: Brasil, México y Costa de Marfil son ejemplos de estudio sobre ello. Por su parte, todavía años después que las mujeres hayan conseguido los derechos para su salud reproductiva, estos derechos siguen siendo afectados por causas culturales, religiosas, de acceso a la información y precios. Por ejemplo, la opinión de las mujeres sobre los métodos de anticoncepción no se considera: es decisión del marido en el Sahel africano (Gautier, 2004). Según los últimos datos de Naciones Unidas para 2050, la población mundial crecerá en 2,4 billones de personas, con más del 90% de crecimiento en países en desarrollo. Así, para enfrentar este crecimiento, las agencias mundiales se han enfocado en desarrollar políticas públicas y objetivos relevantes en términos de planificación familiar. De esta manera, se busca garantizar que todas las mujeres y niñas tengan acceso a servicios de planificación familiar de alta calidad, basados en derechos que contribuyen a alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible (económico y ambiental).

Desde los sesenta, Haití ha implementado programas para controlar el incremento de su población; sin embargo, según las estimaciones, su población aumentaría con un ritmo mucho más rápido que aquel de la población de América Latina y el Caribe (Kohler, 2017). A pesar de la disminución del ISF, según las últimas encuestas del Ministerio de Salud haitiano, queda un largo camino por recorrer antes de alcanzar el nivel de prevalencia del 50% de uso de anticonceptivos (actualmente en 32%), meta planteada para el año 2019 (MSPP, 2013). Demográficamente, cabe señalar que la población rural representa 43% del total, según datos del Instituto de Estadística. Así, la identificación de posibles factores del uso de anticonceptivos es una de las variables principales para la formulación de nuevas estrategias.

El objetivo general de este estudio es establecer y vincular los factores entre aquellos sociodemográficos en mujeres casadas o convivientes de zonas rurales de Haití en 2017 son significativos para decidir usar o no anticonceptivos. Para medir esta relación, definimos objetivos específicos como:

1. Medir los efectos de la edad de la primera unión en mujeres casadas o convivientes que vivían en la zona rural de Haití en 2017 en decidir usar o no anticonceptivos;
2. Comprender los efectos de la religión en aquellas mujeres casadas o convivientes en tal decisión;
3. Medir los efectos del nivel de educación de las mujeres y sus parejas en tal decisión;
4. Conocer cómo el número de niño deseado influyó en mujeres casadas o convivientes y sus parejas en tal decisión;
5. Determinar cómo la preferencia de fertilidad influyó en mujeres casadas o convivientes y sus parejas en tal decisión;
6. Medir el efecto del índice de riqueza de las mujeres casadas o convivientes y sus parejas en tal decisión.

Metodología del Estudio

Para responder las preguntas de esta investigación y comprender los efectos de los factores antedichos, se llevó a cabo una investigación de tipo correlacional a través de la cual se buscará la relación que existe entre las diferentes variables.

La principal variable de interés es el uso de anticonceptivos modernos cuya naturaleza binaria (uso o no-uso). Los métodos modernos de planificación familiar se refieren a los métodos seguros, efectivos y legales citados para prevenir el embarazo, tales como píldora, preservativos, inyectables y dispositivo intrauterino (DIU). Las variables explicativas del estudio son: nivel educacional de mujeres; religión; edad de mujer y de la primera unión; número ideal de niños para mujer y hombre; preferencia de fertilidad; e índice de riqueza. La Tabla 1 presenta un resumen de cada una de las variables del estudio.

Tabla 1: Descripción de Variables según Fuente, Tipo y Relación Esperada

Variable	Descripción	Fuente	Tipo de Variable	Relación Esperada
Uso de anticonceptivos	Uso o no de anticonceptivos	EMMUS VI	Variable binaria	N/A
Edad de la encuestada	Edad de la mujer encuestada	EMMUS VI	Variable continua	Negativa
Nivel de educación	Nivel de frecuentación de la escuela	EMMUS VI	Variable categórica	Positiva
Religión	Pertenencia a grupo religioso o no	EMMUS VI	Variable categórica	Negativa
Edad de la primera unión	Edad de mujer al empezar a convivir con un hombre	EMMUS VI	Variable categórica	Positiva
Número de niño ideal	Número de niños deseados	EMMUS VI	Variable discontinua	Negativa
Preferencia de fertilidad	Intención de tener más hijos o no en próximos años.	EMMUS VI	Variable categórica	Negativa
Índice de riqueza	Medida compuesta del nivel de ingresos acumulado del hogar	EMMUS VI	Variable categórica	Positiva

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de encuesta EMMUS VI.

Para el análisis, se utilizó la base de datos de la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud solicitada a la agencia vía correo electrónico. Dicha encuesta realizada por tres niveles de selección con una muestra de 15.513 personas con una tasa de respuesta de 99,7% a nivel nacional. El estudio abarca una muestra de 2.092 mujeres en zonas rurales quienes no estuvieran embarazadas y no fueran infecundas dentro del rango etario de 15-49 años: 14.371 mujeres contestaron, con una tasa de respuesta de 98,9%.

El análisis presenta una exploración descriptiva de variables dependientes e independientes. A nivel multivariante, la relación entre variables de interés seleccionadas y variable dependiente se estimará mediante un modelo de regresión logística múltiple. Se utilizará el software *STATA* v. 14 para el análisis. Los análisis se realizaron después de aplicar ponderaciones de población para representar la población rural casada/en convivencia. Se utilizarán comandos *svy* para ajustar el diseño de muestreo complejo.

Para ejecutar la regresión utilizamos el método de selección intencionada (*purposeful selection*), donde el resultado resultante del modelo se revela numéricamente más estable. Por ilustrar, los metodólogos epidemiológicos sugieren incluir todas las variables clínica e intuitivamente relevantes en el modelo, independiente de su «significación estadística». El fundamento de este enfoque es proporcionar mayor control posible de los factores de confusión dentro del conjunto de datos en siete pasos. Estos son:

- En primera etapa, se busca la relación entre variable dependiente con cada una de las variables independientes de manera separada. Se acepta que la relación es significativa con un nivel de 0,25.
- La segunda consiste en procesar el modelo logístico con variables significativas a la etapa I al nivel de 5%.
- En la tercera, se comparan los modelos anteriores entre ellos y se mide la variación de los coeficientes. La hipótesis trata de que los coeficientes cuya variación supere el 20% tienen un efecto relacionado con otras variables del modelo.
- En la cuarta, se busca averiguar una potencial relación del modelo con variables que no eran significativas en la primera etapa.
- En la quinta, se busca si la variable dependiente es lineal (creciente y decreciente) y relacionada con una o más variables continuas.
- En la sexta, se averiguan posibles interacciones entre las variables en el modelo, y;
- En la séptima, se evalúa adecuación y ajuste (Hosmer, Jr, Lemeshow, & Sturdivant, 2013).

Resultados

En el análisis descriptivo, se presenta la distribución general de las características claves a nivel individual, de pareja y de comunidad.

Con respecto a la educación, las mujeres sin educación representaron 29%, teniendo: un 44% nivel primario; 25% nivel secundario; y menos de 2% un nivel superior (terciario). Sus parejas lograron tener levemente un mayor nivel de acceso a educación: el 35% recibió educación secundaria (no necesariamente completa), en comparación con solo el 27% de las mujeres.

En cuanto a religiosidad, casi la mitad de la población de interés se declaró protestante (47%) o católica (44%). Aproximadamente el 10% declaró no pertenecer a ningún grupo. Sólo un 2% declaró ser vudú.

La mayoría de las mujeres (34%) quisieron tener dos niños y casi un cuarto (24%) quisieron tener tres. Por su parte, un tercio (29%) quiso tener 4 niños. A su vez, hubo un 47% de concordancia entre los cónyuges sobre el número de niño ideal. Un poco más del 11% de parejas quisieron una menor cantidad que el número propuesta por las mujeres, mientras que más de un tercio (37%) quiso mayor cantidad. Aproximadamente otro tercio de las mujeres desearon otro niño (33%), mientras un 67% no.

En cuanto a riqueza, alrededor del 50% de las mujeres perteneció a los quintiles inferiores del índice. En cambio, sólo un 20% se encontró en la media y aproximadamente un tercio (32%) en los dos quintiles superiores.

Por último, en general, casi la mitad (49,8%) utilizó un método de anticoncepción. Etariamente, más del 15% de quienes utilizó al menos uno tenía entre 15 y 19 años; 40% entre 20 y 24 años; 55% entre 25 y 29 años contra 59% entre 30 y 34. El mayor porcentaje (60%) se observa entre los grupos de 35 a 39 y de 40 a 44 años. Además, en el último tramo (de 45 a 49 años), un 54% utilizó algún método.

Para determinar los odds ratios/coeficientes de la regresión logística multivariante y los intervalos de confianza del 95% para el análisis de las características del nivel de relación de los factores sociodemográficos y el uso de anticonceptivos por parte de las mujeres.

En la primera etapa, la correlación entre variable dependiente es significativa para todas las variables independientes, excepto en edad de la primera unión y nivel educacional de la pareja (nivel de confianza al 25%). Por consiguiente, se eliminan del modelo. Así, en la segunda etapa se procesa la regresión para variables significativas a nivel de confianza del 5%. Considérese, en Tabla 2, que cada fila presenta los resultados de los coeficientes de regresión estimados de un modelo que contiene solo esa covariable.

En la segunda etapa, las variables número ideal de hijos de la mujer y número ideal de hijos de la pareja no son significativas al 5% de confianza. Se eliminaron del análisis para la tercera etapa. Por su parte, las variables edad y religión se conservaron por su relevancia en la variable dependiente en estudios anteriores.

En las tercera y cuarta etapas, la comparación entre modelos previos presentó una variación de más del 20% para las variables edad (95%) y menos de 68% para el primer componente de la variable religión. Esto significa que los coeficientes cuya variación supera el 20% tienen un efecto relacionado con otras variables del modelo (ver Anexo). Por tanto, se requiere probar las variables de efecto en el modelo, agregando las variables no significativas al nivel de 25% de la primera etapa una por una (variables edad de la primera unión y nivel educacional de la pareja). Así, al agregar la variable edad de la primera unión en la cuarta etapa esta es significativa, pero no el nivel educacional. Por esto, el modelo es ajustado con la variable edad de la primera unión.

Tabla 2: Repartición de la Población de Estudio según las Características Sociodemográficas

Factor	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	p-value
Utilización de anticonceptivos	18,3%	40,3%	54,7%	59,4%	61,1%	60,8%	54,1%	<0,001
Nivel de educación								<0,001
<i>Sin educación</i>	9,8%	12,9%	13,6%	25,1%	35,9%	47,4%	58,4%	
<i>Primario</i>	61,0%	46,8%	44,5%	41,8%	42,6%	40,1%	33,6%	
<i>Secundario</i>	29,3%	40,3%	39,1%	31,0%	20,4%	11,2%	7,1%	
<i>Educación Superior</i>	0,0%	0,0%	2,8%	2,2%	1,2%	1,2%	0,9%	
Religión								<0,001
<i>Ninguno</i>	18,3%	10,8%	10,2%	5,0%	3,6%	4,6%	5,4%	
<i>Católica</i>	52,4%	42,5%	40,2%	44,6%	38,9%	44,4%	42,2%	
<i>Protestante/testigo de Jehová/adventista</i>	29,3%	45,5%	47,0%	49,5%	55,6%	49,5%	50,7%	
<i>Vudú</i>	0,0%	1,2%	2,5%	0,9%	1,8%	1,5%	1,7%	
Edad de la Primera Unión	19,5%	64,0%	77,9%	76,2%	75,7%	76,3%	81,5%	<0,001
Preferencia de Fertilidad								<0,001
<i>Tener otro niño</i>	76,8%	66,8%	46,5%	28,8%	11,9%	2,4%	0,3%	
<i>No más niños</i>	23,2%	33,2%	53,5%	71,2%	88,1%	97,6%	99,7%	
Número niño ideal mujer								<0,001
0	0,0%	0,3%	0,6%	0,3%	0,9%	0,6%	0,3%	
1	4,9%	5,2%	4,8%	3,1%	3,0%	3,0%	2,8%	
2	50,0%	42,8%	42,2%	35,9%	28,6%	22,2%	14,0%	
3	26,8%	27,4%	24,4%	24,1%	17,9%	22,2%	24,2%	
4	15,9%	22,2%	23,2%	26,6%	36,2%	38,9%	36,5%	
5	1,2%	1,2%	1,7%	4,0%	6,1%	5,2%	6,8%	
6	1,2%	0,9%	2,3%	5,9%	7,3%	7,6%	14,8%	
7	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,3%	0,6%	
Número niño ideal pareja								0,31
<i>Los dos quieren lo mismo</i>	48,8%	49,8%	49,0%	49,2%	43,5%	45,9%	45,0%	
<i>Pareja quiere más</i>	43,9%	32,6%	35,4%	33,7%	35,6%	37,7%	37,3%	
<i>Pareja quiere menos</i>	4,9%	11,4%	10,2%	13,0%	16,1%	13,4%	13,1%	
<i>No sabe</i>	2,4%	6,2%	5,4%	4,0%	4,9%	3,0%	4,6%	
Nivel de educación								<0,001
<i>Sin educación</i>	14,6%	12,3%	14,2%	19,5%	28,6%	36,8%	46,2%	
<i>Primario</i>	39,0%	42,5%	35,4%	40,2%	41,0%	42,9%	39,9%	
<i>Secundario</i>	46,3%	42,2%	43,1%	32,8%	27,1%	16,7%	11,7%	
<i>Educación Superior</i>	0,0%	1,5%	6,8%	6,5%	2,4%	2,1%	2,0%	
<i>No sabe</i>	0,0%	1,5%	0,6%	0,9%	0,9%	1,5%	0,3%	
Índice de riqueza								0,004
I Quintil	32,9%	27,1%	20,7%	22,3%	24,9%	26,4%	30,2%	
II Quintil	22,0%	22,5%	18,4%	23,2%	22,2%	22,8%	22,2%	
III Quintil	19,5%	20,9%	17,8%	17,3%	20,1%	21,0%	17,9%	
IV Quintil	14,6%	19,1%	20,7%	17,0%	13,7%	13,4%	17,1%	
V Quintil	11,0%	10,5%	22,4%	20,1%	19,1%	16,4%	12,5%	

En la quinta etapa, se verifica linealidad de la variable dependiente con variable edad. Para esto, se utiliza el método polinomial fraccionado. Este probó que el modelo con dos parámetros es más significativo que un modelo lineal. Sin embargo, en el contexto de este estudio, las potencias p (-5,3) no son interpretables. Así, se comprobó un modelo con un parámetro con modelo lineal. Se observó que el modelo con un parámetro es más significativo que el modelo lineal con una potencia p (-2), aquel donde el uso de los anticonceptivos es una función decreciente de la edad con potencia dos. En realidad, no tiene mucho sentido. Igualmente, al comparar los tres modelos con el criterio de AIC, encontramos que el modelo lineal tiene mayor valor (2754,979) y el modelo polinomial con dos parámetros aquel menor (2715,044). Esto apoya al modelo polinomial fraccionado como un modelo más explicativo de la relación entre una variable continua (edad) y uso de anticonceptivos (ver Anexo). En definitiva, se ajustó un modelo de probabilidad del uso de anticonceptivos utilizando un polinomio fraccional para edad. Luego, se graficó el polinomio fraccional y se comparó con la asociación lineal (Gráfico N°1).

Gráfico N°1. Modelo Ajustado Usando el Polinomio Fraccional de Dos Términos, el *Lowes Line* y el Modelo Lineal

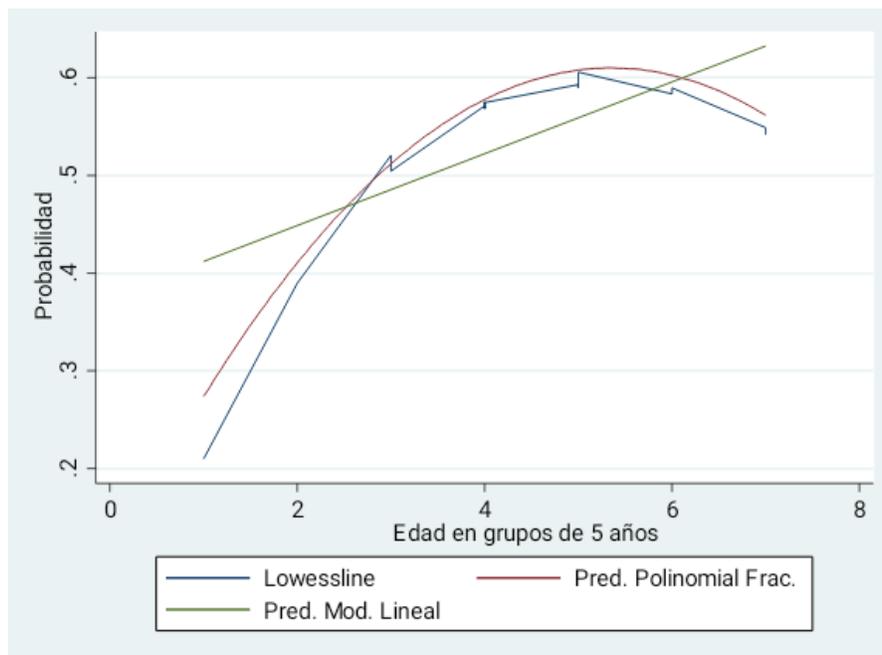


Tabla 3: Resultados del Ajuste de Modelos de Regresión Logística Univariable

Variables Independientes	z	p-values
Edad	35.68	(0.000)
Nivel de educación	8.49	(0.036)
Religión	12.91	(0.004)
Edad de la primera unión	0.26	(0.612)
Preferencia de fertilidad	56.27	(0.000)
Número ideal de niño de la mujer	11.46	(0.119)
Número ideal de niño pareja	6.06	(0.106)
Nivel de educación de la pareja	3.19	(0.754)
Índice de riqueza	52.28	(0.000)

Tabla 4: Resultados del Ajuste de Modelos de Regresión Logística al Nivel 5%

Variables Independientes	coef	p-values
Grupo de Edad	0.0611	(0.112)
Nivel Educacional		
1. Primario	0.407	(0.004)
2. Secundario	0.290	(0.126)
3. Educación Superior	0.266	(0.526)
Religión		
1. Católico	0.108	(0.656)
2. Protestante	-0.388	(0.121)
3. Vudú	0.470	(0.403)
Número de Niños		
Preferencia de fer/no más niño	0.820	(0.000)
Edad de Unión		
Edad de 1 ^{ra} unión >18	-0.279	(0.018)
Índice de Riqueza		
II Quintil	0.139	(0.332)
III Quintil	0.274	(0.083)
IV Quintil	0.900	(0.000)
V Quintil	0.885	(0.000)

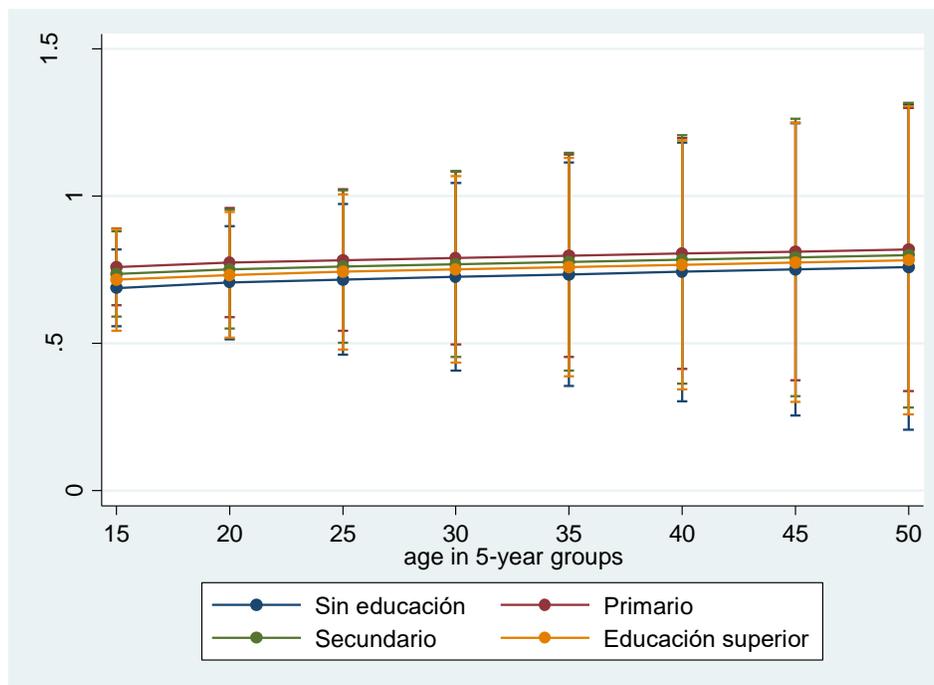
p-values en paréntesis

En la sexta etapa, se comprueban las posibles interacciones entre variables. Las correlaciones escogidas son la relación plausible entre las variables religión, edad, nivel educación e índice de riqueza, cada una, con preferencia de fertilidad. Los resultados demuestran que solamente las interacciones entre preferencia de fertilidad-edad y preferencia de fertilidad-índice de riqueza son significativas en el uso de anticonceptivos. En seguida, se retomó la regresión con variables e interacciones significativas. El resultado es presentado con los gráficos siguientes (Gráficos N°2-6).

Por último, en la séptima etapa, se comprueba el ajuste del modelo final con el estadístico de Hosmer-Lemeshow. Con un *p-value*: 0.1079, se confirmó que el modelo tiene un buen ajuste. Además, se exponen los resultados de la regresión según los factores.

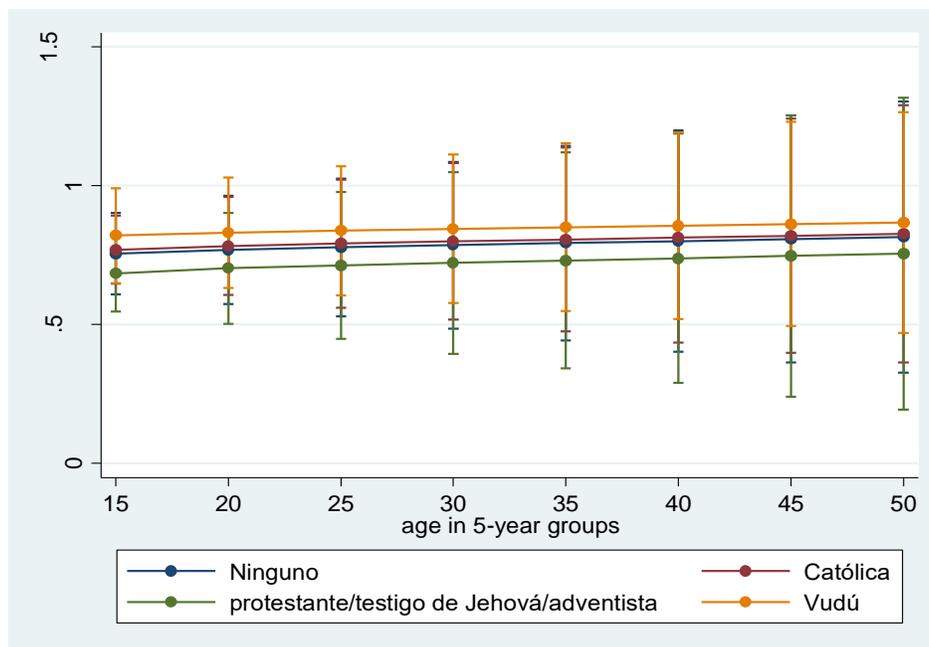
Como se puede apreciar en el gráfico N°2, los efectos del factor educación en el uso de algún método anticonceptivo por parte de mujeres según distintos niveles de educación son los siguientes: un 42% más de mujeres utilizaron algún método anticonceptivo con un nivel primario en comparación a quienes no recibieron educación; en aquellas con niveles secundario y superior su uso fue de 28% y 16% respectivamente. De acuerdo con los resultados obtenidos, si bien el factor educación tiene una importante influencia en las mujeres del nivel primario, esta influencia decrece conforme el nivel de educación aumenta. Por tanto, se puede afirmar que el nivel de educación está más relacionado con el nivel primario que con niveles superiores.

Gráfico N°2: Efectos del Factor Educación



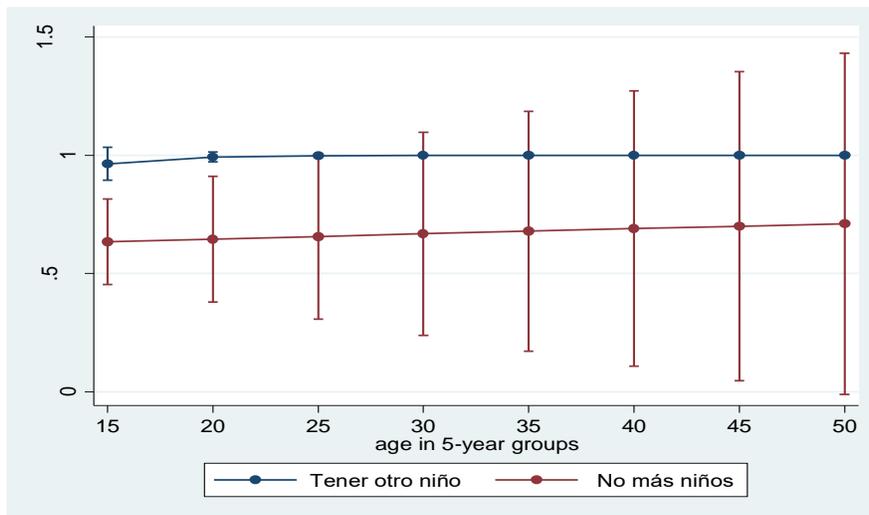
El proceso de selección seleccionado permite mantener variables no significativas si son importantes para el estudio. La correlación entre la religión y el uso de anticonceptivos demostraron que, por revisión de literatura, aunque no es significativo, se requería mantenerla en el modelo. Así, se establecieron los efectos del factor religión en el uso de un método anticonceptivo por parte de mujeres de los distintos grupos religiosos. El grupo protestante/testigo de Jehová/adventista usó alguno en un 41% menos en comparación a las mujeres no pertenecientes a grupo religioso; por su parte, en aquellas católicas y vudú su uso fue de un 9% y más de 45%, respectivamente. Con esto, se puede afirmar que el grupo protestante tiene una relación inversa con el uso de anticonceptivos.

Gráfico N°3: Efectos del Factor Religión



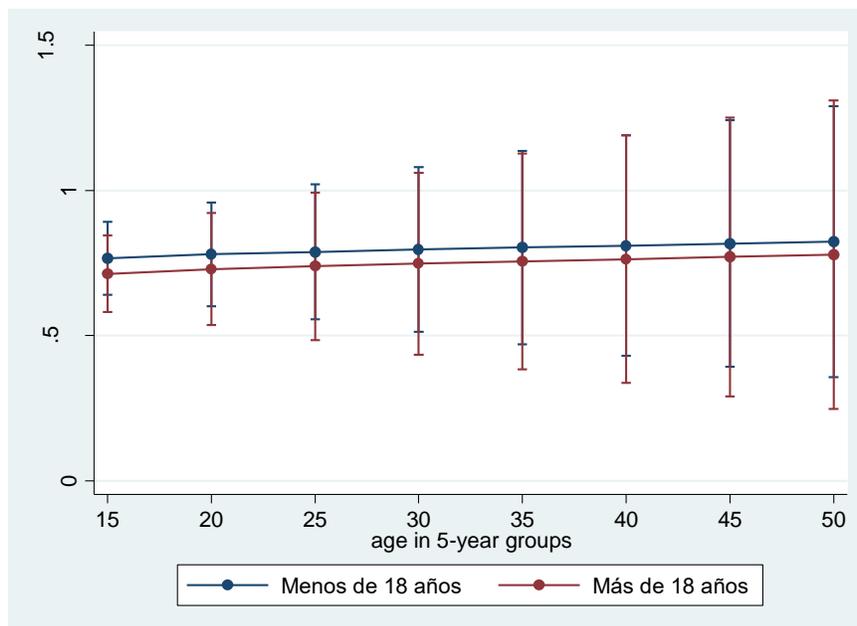
La variable preferencia de la fertilidad en la componente *no tener más niños* duplicaba el uso de algún método anticonceptivo en comparación con una mujer que busca tener otro niño (ver Anexo). Por su parte, como se puede apreciar en el gráfico N°4, en la asociación entre edad y la preferencia de fertilidad (en su componente *no tener más niños*), las mujeres usaron algún método anticonceptivo en un 32% menos en comparación al grupo de referencia de edad (mujeres de 15 a 19 años). De hecho, el uso de anticonceptivos se revela menos importante en un aumento de 5 años en la edad por parte de las mujeres que no desean otro niño.

Gráfico N°4: Efectos del Factor Preferencia de Fertilidad



En el gráfico N°5, se puede observar que el grupo cuya primera unión fue mayor de 18 años usó un 33% menos algún método de anticonceptivos en comparación con el grupo de referencia. Así, el uso de anticonceptivos se revela más importante por parte de las mujeres que tuvieron su primera unión con menos de 18 años.

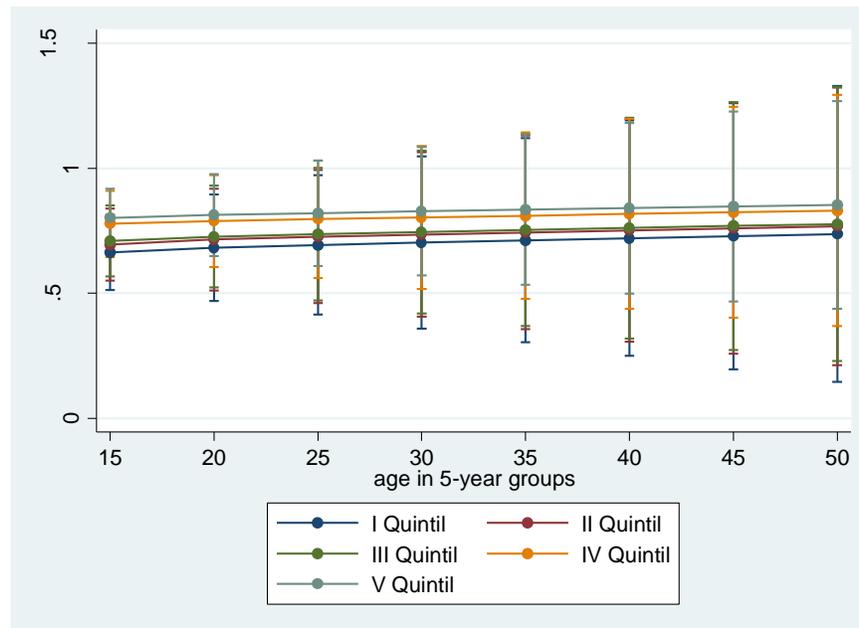
Gráfico N°5: Efectos del Factor Edad de la Primera Unión



Por último, el IV Quintil del índice de riqueza, las mujeres tuvieron un aumento de casi dos veces de uso de algún anticonceptivo en comparación al II; mientras tanto, aquellas del V Quintil tuvieron un aumento del 90% con respecto al IV. En cuanto a las interacciones, la

asociación entre la preferencia de fertilidad y el índice de riqueza se encuentra significativa a un solo nivel, entre la preferencia no tener más niños y IV quintil de riqueza; cualquier mujer de esta categoría tuvo 73% menos uso de anticonceptivos que una mujer del primer quintil de riqueza.

Gráfico N°6: Efectos del Factor Índice de Riqueza



En cuanto a los límites del estudio, se pueden encontrar otros factores que intervienen en el uso de anticonceptivos como se observa en la literatura, tales como una relación íntima entre mujeres y proveedores, o bien, el hecho de recibir información completa sobre las opciones (en particular, los efectos secundarios). Dehlendorf y Levy (2012) estudiaron que las mujeres quienes expresaban buena relación con profesionales de salud y tuvieron acceso a información sobre efectos secundarios usaban en mayor frecuencia métodos anticonceptivos en comparación con quienes no presentaban tales características. De hecho, este estudio abarca factores sociodemográficos: sin embargo, pueden revelarse otros factores importantes para establecer relación entre uso de anticonceptivos por parte de mujeres en zona rural. Asimismo, este estudio dio algunas orientaciones para explorar otros factores intervinientes en el uso de anticonceptivos.

Discusión

Los resultados muestran que las mujeres estuvieron en una situación de precariedad en zonas rurales y, en algunos casos, los niños constituyeron una fuente de mano de obra en hogares donde mujeres fueron «jefes». Asimismo, se observó que la situación económica de las mujeres se vinculó con su tipo de relación: convivir con un hombre puede ser fuente de ingresos para las mujeres vulnerables económicamente. Además, se ve que la

aplicación de políticas familiares se basa, en general, en apoyo por las agencias y otras organizaciones no gubernamentales ligada a la formación de trabajadores y otros aspectos técnicos. Junto con esto, la coordinación entre Ministerio de Salud y Población y el de Educación, instancia importante para la educación de los jóvenes sobre salud sexual, está inactiva. A esta se añade otra coordinación deficiente entre el Ministerio de Salud y el de Hacienda, ya que no fue agregada ninguna partida presupuestaria para el financiamiento de acciones en relación con la salud reproductiva y sexual.

Nuestro análisis mostró que cerca de la mitad (48,9%) de la población de mujeres casadas o convivientes utilizaron un método de anticoncepción en 2017. Así también, se observa que las mujeres más jóvenes (15 a 24 años) utilizaron menos anticonceptivos en comparación al tramo de edad siguiente (25 a 34 años).

El análisis multivariante mostró que las variables nivel de educación de la pareja y número ideal de niño de esta no fueron significativas para explicar el uso de anticonceptivos por parte de las mujeres. Además, la edad como variable continua del estudio no tuvo una relación lineal creciente o decreciente con el uso de anticonceptivos: es bajo en los tramos de edad extremos y su pico se sitúa en el tramo 35-39 y 40-44 años.

Los resultados encontrados son tanto similares como distintivos con otros estudios similares. Por ilustrar, en este estudio, las variables como nivel de educación de las mujeres, índice de riqueza y preferencia de fertilidad se relacionaron con el uso de anticonceptivos, lo que se ha señalado en la literatura. Sin embargo, cabe señalar con respecto a la variable nivel de educación que su asociación con el uso de anticonceptivos es mayor en el nivel primario respecto del nivel secundario: esto difiere de la mayoría de los estudios. Asimismo, pese que los productos anticonceptivos fueron entregados gratuitamente en los centros de salud, los quintiles II y III tuvieron una menor asociación con el uso de estos en comparación con los dos quintiles superiores más influenciados en su uso según los otros estudios. La religión se reveló un factor importante en relación con la variable dependiente, dado que el grupo protestante/testigo de Jehová/adventista tuvo una menor correlación en el uso de anticonceptivos en comparación con quien no pertenece a ningún grupo. La preferencia de fertilidad asociada con las otras variables presentó una relación significativa solamente con la edad y el índice de riqueza. De hecho, «no querer más niños» es significativo en relación con la edad y el IV quintil de las mujeres. *A contrario sensu* de algunos estudios, donde la unión con mujeres menores tuvo una asociación inversa con el uso de anticonceptivos, los resultados revelan que las mujeres casadas o convivientes sobre los 18 años tuvieron una asociación más positiva que el otro grupo en cuanto al uso.

Conclusiones

Se concluye que las mujeres en zona rural de Haití, hacia 2017, vivían en una situación de vulnerabilidad que incitaba a tener más niños, en las casas donde son jefas de hogar y, en algunos casos, donde los niños en constituían un tipo de apoyo económico para

las mujeres de nivel económico bajo (fuerza laboral). El análisis de los datos medio de la regresión logística, utilizando el proceso de selección intencionada, muestra que los factores como el número de niño ideal por parte de mujeres y de sus parejas no tienen relación con su elección de usar anticonceptivos. Tampoco el nivel de educación de la pareja tiene una relación con dicha variable.

El uso de anticonceptivos está relacionado con el nivel de educación de las mujeres a nivel primario, su preferencia de fertilidad en cuanto a decisión de no tener más niños y su pertenencia a la religión donde el grupo religioso protestante/testigo de Jehová/adventista en sentido inverso. Esta relación existe de igual manera con el hecho de que las mujeres pertenecientes a los dos quintiles superiores de la distribución de la riqueza tienen mayor asociación con el uso de anticonceptivos que los quintiles inferiores. La edad de la primera unión presenta una relación negativa con el uso de anticonceptivos, en tanto que las mujeres mayores a la edad de la primera unión usan menos los anticonceptivos. Asimismo, la interacción entre preferencia de fertilidad y otras variables del estudio nos muestra que la preferencia de fertilidad puede ser asociada con edad e índice de riqueza en la elección de usar anticonceptivos.

Por lo tanto, dentro de los factores sociodemográficos, el nivel de educación, la preferencia de la fertilidad, la religión, el índice de riqueza y la edad de la primera unión de las mujeres casadas o convivientes son las variables más influyentes en el uso de anticonceptivos en las zonas rurales de Haití en 2017.

Limitaciones del Estudio

En cuanto a los límites del estudio, se pueden encontrar otros factores que intervienen en el uso de anticonceptivos como se observa en la literatura, tales como una relación íntima entre mujeres y proveedores, o bien, el hecho de recibir información completa sobre las opciones (en particular, los efectos secundarios). Dehlendorf y Levy (2012) estudiaron que las mujeres quienes expresaban buena relación con profesionales de salud y tuvieron acceso a información sobre efectos secundarios usaban en mayor frecuencia métodos anticonceptivos en comparación con quienes no presentaban tales características. De hecho, este estudio abarca factores sociodemográficos: sin embargo, pueden revelarse otros factores importantes para establecer relación entre uso de anticonceptivos por parte de mujeres en zona rural. Asimismo, este estudio dio algunas orientaciones para explorar otros factores intervinientes en el uso de anticonceptivos.

Recomendaciones

Este análisis de tipo correlacional no nos permite establecer relaciones causales sino correlaciones entre distintos factores sociodemográficos con el uso de anticonceptivos. De hecho, el sentido de las relaciones que encontramos sirve para tomar en cuenta los efectos de estos factores en la implementación de programas de salud reproductiva y sexual en zona rural.

En efecto, para aumentar el uso de anticonceptivos en zona rural, la cobertura de la educación tiene que ampliarse para así niñas pertenecientes al nivel primario reciban la enseñanza suficiente en materia de sexualidad y conocimiento de uso de anticonceptivos. Enseguida, los programas de educación sexual antes de la pubertad tienen que ser activos en las escuelas.

Si las campañas de planificación familiar tienen como objetivo ayudar a las mujeres a espaciar los nacimientos para luchar contra la malnutrición y mortalidad infantil, dichas campañas deben ser más explícitas en coadyuvar a las mujeres en manejar sus preferencias de fertilidad. Como se observó, sólo el componente de *no querer tener más niños* tiene una asociación positiva con el hecho de usar anticonceptivos. Así, de hecho, un mejor acceso a la información disponibles sobre los tipos de métodos de anticoncepción contribuiría a la toma de decisiones en esta materia.

El resultado del factor religión demuestra que aún son necesarios más esfuerzos por parte de las autoridades con respecto a la sensibilización de los jefes religiosos en zonas rurales para alentar a los adherentes al uso de anticonceptivos. Junto con esto, los programas específicos deben ser implementados a nivel comunitario para luchar contra los estereotipos religiosos en casos donde jefes religiosos sean de carácter reaccionario o conservador.

Otro punto es relativo a que los productos se entregan gratuitamente, pero que esto presenta escasa relación con su uso en los quintiles inferiores. A partir de esto, más que la gratuidad para garantizar el acceso, las autoridades deben asegurarse de que la comunidad sepa de tal gratuidad, añadiendo en consideración los otros factores como preferencia de fertilidad cuya relación con el índice de riqueza es significativa. Es ilustrativo que aun cuando mujeres no quieran tener más niños, situadas en el IV quintil ellas tienen una menor probabilidad de tomar anticonceptivos. Por su parte, se observa que la preferencia tiene una relación positiva con la edad y esta como variable continua presenta una menor asociación con el uso de anticonceptivos en los tramos de edad de 15 a 19 años y de 20 a 24 años: esto es indicativo de la necesidad de un enfoque más importante para jóvenes que en la enseñanza o mediante campañas comunitarias.

Las autoridades no sólo deben centrarse en la planificación por parte en un solo sector. La coordinación entre ministerios debe ser efectiva para apoyar a la educación de las niñas y el empoderamiento de las mujeres en las zonas rurales. Los medios de comunicación deben procurar una capacidad de retroalimentación que coadyuve a mejorar la implementación de los programas de salud reproductiva y sexual en estas zonas. Como señalan otros estudios, el acceso a servicios e información sobre efectos secundarios y una eficaz relación de las mujeres con profesionales de salud pueden contribuir al uso de anticonceptivos en estas zonas.

Referencias

- Agbadi, P., Eunice, T. T., Akosua, A., & Owusu, S.** (20 de April de 2020). Complex samples logistic regression analysis of predictors of the current use of modern contraceptive among married or in-union women in Sierra Leone: Insight from the 2013 demographic and health survey. *PLOS ONE*, pp. 1-14.
- Asimwe, J. B., Ndugga, P., & Mushomi, J.** (February de 2013). Socio-Demographic Factors Associated with Contraceptive Use among Young Women in Comparison with Older Women in Uganda. *DHS WORKINGS PAPERS*, pp. 1-28.
- Dehlendorf, L.** (23 de November de 2012). Women's preferences for contraceptive counseling and decision making. *An International Reproductive Health Journal Contraception*, pp. 250-256.
- Gautier, A.** (2004). *Les politiques de la planification familiale: cinq expériences nationales*. Nogent-sur-Marne : Rencontres - CEPED.
- Haq, I., Sakib, S., & Talukder, A.** (2017). Sociodemographic Factors on Contraceptive Use among Ever-Married Women of Reproductive Age: Evidence from three Demographic and Health Surveys in Bangladesh. *medical sciences*, 1-11.
- Hesketh, T., Lu, L., & Xing, Z.** (2005). The effect of China's one-child family policy after 25 years. *The New England Journal of Medicine*, 1-6.
- Hosmer, Jr, D., Lemeshow, S., & Sturdivant, R.** (2013). *Applied Logistic Regression*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- IFC** (2018). *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI 2016-2017)*. Petion-Ville, Haiti et Rockville, Maryland, USA: IHE/ ICF.
- Irani, L., Ilene, S., & Fotso, J.-C.** (2014). Couple Characteristics and Contraceptive Use among Women and their Partners in Urban Kenya. *NIH Public Access*, 1-26.
- Irani, L., Speizer, I., & Fotso, J.-C.** (March de 2014). Couple Characteristics and Contraceptive Use among Women and their Partners in Urban Kenya. *NIH Public Access*, pp. 11-20.
- Islam, A., & Mondal, N.** (2016). Prevalence and Determinants of Contraceptive use among Employed and Unemployed Women in Bangladesh. *International Journal of MCH*.
- Kohler, H.-P.** (2017). *Coûts et avantages d'étendre les services de santé reproductive sexuelle en Haïti*. Fonte: Copenhagen Consensus Center/Creative Commons Attribution CC BY 4.0: <https://www.copenhagenconsensus.com/publication/haïti-priorise-family-planning-kohler>
- Mboane, R., & Battha, M.** (2015). Influence of a husband's healthcare decision making role on a woman's intention to use contraceptives among

Mozambican women. *Reproductive Health*.

MSPP. (2012). *Politique Nationale de Santé*. Fonte: Ministère de la Santé Publique et de la Population: Haiti: <https://mspp.gouv.ht/site/downloads/PNS%201juillet%20version%20finale.pdf>.

MSPP. (2013). *Plan Directeur de Santé*. Fonte: Ministère de la Santé Publique et de la Population: [https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Plan Directeur de Sante 2012 2022 version web.pdf](https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Plan%20Directeur%20de%20Sant%C3%A9%202012-2022%20version%20web.pdf)

MSPP. (March de 2019). *PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE 2019-2023*. Port-au-Prince: Ministère de la Santé Publique et de la Population.

Obasohan, P. E. (2015). Religion, Ethnicity and Contraceptive Use among Reproductive age Women in Nigeria. *International Journal of MCH and AIDS*, pp. 63-73.

Osuafor, G., Mapute, S., & Ayiga, N. (11 de October de 2018). Factors related to married or cohabiting women's decision to use modern contraceptive methods in Mahikeng, South Africa. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, pp. 1-7.

Srikanthan, A., & Reid, MD, FRCSC, R. (9 de November de 2007). Religious and Cultural Influences on Contraception. *Division of Reproductive Endocrinology and Infertility, Department of Obstetrics and Gynecology, Queen's University, Kingston ON*, pp. 129-137.

UNDP (2015). *World Population Prospects, the 2015 revision: Key findings*. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Fonte: United Nations: <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

UNFPA. (2014). *ICPD Beyond 2014 Global Report*. New York: United Nation.

UNFPA, UNDESA, UN-HABITAT, & IOM. (2013). *Population Dynamics in the Post-2015 Development Agenda: Report of the Global Thematic Consultation on Population Dynamics*. New York: United Nations.

Ward, V., Santiso-Galvez, R., & Bertrand, J. (2015). *Measure Evaluation*. Fonte: Family planning in Haiti, the achievements of 50 years: https://www.measureevaluation.org/resources/publications/sr-_15-_118h.

WHO. (2017). *World Health Organisation*. Fonte: Family Planning Evidence Brief—Accelerating uptake of family planning.