

Conocimiento y uso de la anticoncepción de emergencia: un análisis multipaís

CONTEXTO: A nivel mundial, la evidencia acerca de los conocimientos y el uso de anticoncepción de emergencia a partir de datos poblacionales es limitada, a pesar de que dicha información sería útil para aumentar el acceso al método. Examinamos datos sobre los conocimientos y el uso de anticoncepción de emergencia en 45 países, usando como base datos de encuestas de población.

MÉTODOS: Mediante regresiones logísticas, se analizaron datos por país obtenidos de Encuestas de Demografía y Salud (EDS), referentes a mujeres en edades entre 15 y 49 años con el fin de identificar las asociaciones entre las características de las mujeres y el hecho de que hubieran oído hablar acerca de la anticoncepción de emergencia o que la hubieran usado alguna vez. Se examinaron tendencias, con un enfoque regional y mundial, basándose en descriptores a nivel de individuos, hogares y comunidades, incluyendo la edad, la educación, el estado conyugal, la condición socioeconómica, así como la ubicación rural o urbana de las mujeres.

RESULTADOS: La proporción de mujeres que habían oído hablar acerca de la anticoncepción de emergencia varió entre un 2% en Chad y un 66% en Colombia, y la proporción de mujeres sexualmente experimentadas que la habían usado varió de un 0.04% en Chad a un 12% en Colombia. La probabilidad de haber oído hablar acerca del método o de haberlo usado generalmente aumentó con el nivel de riqueza y aunque la relación entre el estado conyugal y el conocimiento sobre el método varió por región, las mujeres que nunca habían estado casadas tuvieron más probabilidades que las mujeres casadas de haber usado anticoncepción de emergencia en países donde existieron diferencias significativas. En algunos países, residir en una zona urbana se asoció con el hecho de haber oído hablar sobre el método, pero solamente en tres países las mujeres que residían en zonas urbanas tuvieron mayor probabilidad de haberlo usado.

CONCLUSIONES: Nuestros hallazgos apoyan la necesidad de una mayor difusión de la información sobre la anticoncepción de emergencia, dirigida particularmente a personas de bajos ingresos. Las variaciones en uso y conocimientos dentro de las regiones sugieren la necesidad de que los programas se diseñen de acuerdo con las características de cada país.

Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva, número especial de 2015, pp. 1–8, doi: 10.1363/SP00115

Por Tia Palermo,
Jennifer Bleck y
Elizabeth Westley

Tia Palermo es profesora asistente en el Programa de Salud Pública, Departamento de Medicina Preventiva, Stony Brook University, State University of New York. Jennifer Bleck es candidata doctoral, Departamento de Salud Comunitaria y Familiar, Colegio de Salud Pública, University of South Florida. Elizabeth Westley es coordinadora del Consorcio Internacional para Anticoncepción de Emergencia, Family Care International, Nueva York.

En el ámbito de la salud reproductiva se ha llamado a la anticoncepción de emergencia “el secreto mejor guardado” porque, a pesar de su singular potencial para ayudar a las mujeres a evitar embarazos y poder así satisfacer sus intenciones reproductivas, las tasas de uso y de consejería con respecto al método son sumamente bajas.¹ A partir de la introducción de las píldoras dedicadas a la anticoncepción de emergencia a mediados de los años noventa, ha habido relativamente poca investigación sobre el éxito de su introducción y aceptación en los países en desarrollo. Esta falta de análisis sobre el uso de la anticoncepción de emergencia ha significado que haya poca disponibilidad de orientación sobre estrategias concretas para expandir el acceso al método. Aún en países como México, Kenia y Nigeria, los cuales reciben inversiones significativas de donantes, ONG o gobiernos para expandir el acceso al método, existe poca documentación de las estrategias programáticas o de evaluación de su impacto. La mayoría de los estudios que analizan los patrones de conocimientos y uso de la

anticoncepción de emergencia en los países en desarrollo han sido conducidos con base en muestras limitadas no aleatorias, en vez de apoyarse en estudios poblacionales. Los estudios realizados en Ghana, Jamaica y Kenia muestrearon a mujeres que adquirieron el método en farmacias,^{2–4} mientras que los estudios en Honduras, México, Egipto y China muestrearon a mujeres en instituciones de salud.^{5–10} Algunas excepciones incluyen estudios poblacionales de ciudades específicas en Nigeria y Kenia.^{11,12} La limitada disponibilidad de datos indica que las mujeres con las tasas más altas de conocimientos o uso de anticoncepción de emergencia son aquellas con niveles educativos más altos,^{2,5–8,11} las que viven en zonas urbanas,⁶ y las que usan actualmente,^{7,8,10} o han usado alguna vez,¹¹ un método anticonceptivo moderno.

Debido a que no es posible generalizar los resultados de la mayoría de los estudios existentes, abordamos las brechas en conocimientos mediante el análisis de datos representativos a nivel nacional sobre anticoncepción de

emergencia de 45 países en África, Asia, Europa y Asia Occidental, así como de América Latina y el Caribe. Investigamos la proporción de mujeres que ha oído hablar acerca de la anticoncepción de emergencia y la proporción de mujeres sexualmente experimentadas que la han usado y examinamos las características a nivel de personas, hogares y comunidades asociadas con el haber oído hablar o usado el método. Formulamos la hipótesis de que las mujeres con mayor educación y riqueza, las más jóvenes y las que viven en zonas urbanas pueden tener mayores posibilidades que otras mujeres de haber oído hablar y de haber usado la anticoncepción de emergencia.

MÉTODOS

Datos y muestra

Los datos usados en este análisis provienen de las Encuestas de Demografía y Salud (EDS), que son encuestas de hogares a nivel poblacional que proporcionan datos de alta calidad para una amplia gama de indicadores relacionados con la población, la salud y la nutrición. Para nuestro análisis utilizamos datos de 45 países cuya más reciente encuesta ocurrió entre los años 2000 y 2012, e incluyó información sobre anticoncepción de emergencia.* A partir de 1999, se han incluido preguntas sobre anticoncepción de emergencia en el cuestionario para las mujeres, el cual se administra típicamente a todas las mujeres en edades de 15 a 49 años y contiene preguntas relacionadas con la fecundidad, el comportamiento sexual y la planificación familiar. Sin embargo, en algunos países dentro de nuestro análisis (Egipto, Indonesia, Jordania, las Maldivas, Pakistán y Turquía), solamente se hacen preguntas sobre fecundidad y relacionadas con el sexo a las mujeres que alguna vez estuvieron casadas. Los análisis de conocimientos sobre anticoncepción de emergencia abarcaron la muestra completa de personas entrevistadas a quienes se les administró el cuestionario para mujeres, mientras que los análisis sobre el uso de la anticoncepción de emergencia incluyeron solamente a mujeres que reportaron haber tenido alguna vez relaciones sexuales.

Medidas

Los principales resultados de interés en este estudio fueron las mujeres que habían oído hablar acerca de la anticoncepción de emergencia y que habían usado alguna vez el método. Los entrevistadores de la EDS primero preguntaron a las mujeres acerca de cuáles métodos de planificación familiar habían oído hablar. Posteriormente, preguntaron sobre métodos específicos que no habían sido mencionados espontáneamente por las mujeres, utilizando términos conocidos localmente. Se refirieron a la anticoncepción de emergencia como la “píldora de la mañana siguiente” y a través de nombres de marcas disponibles localmente. Para cada método del que la mujer indicó tener conocimientos, incluida la anticoncepción de emergencia, se solicitó a la persona entrevistada indicar si había usado ese método alguna vez.

Las variables independientes usadas en este análisis

fueron características a nivel individual (edad, estado conyugal y logro educativo), nivel de riqueza de los hogares y características a nivel comunitario (ubicación urbana o rural y región). El estado conyugal se categorizó como actualmente casada (o en unión), nunca fue casada y anteriormente casada (viuda, divorciada o separada). La edad se categorizó en incrementos de cinco años, comenzando con 15 a 19. La educación se separó en menos de primaria (sin escolaridad o con educación primaria incompleta), primaria completa y parte de la secundaria o educación superior. La riqueza de los hogares se dividió en quintiles (más pobres, pobres, ingresos medios, ricos y más ricos).†

Análisis estadístico

Describimos los porcentajes de mujeres que reportaron tener conocimientos y haber usado la anticoncepción de emergencia por país y por características de la muestra. Para investigar las características independientemente asociadas con el haber oído hablar acerca de la anticoncepción de emergencia o de haberla usado, aplicamos modelos logísticos multivariados específicos por país, utilizando el conocimiento y el uso del método como variables de resultados separadas y controlando todas las variables a nivel de individuos, hogares y comunidades.‡ Se usaron pesos muestrales apropiados y todos los análisis tomaron en cuenta el complejo diseño de la encuesta. Combinamos categorías de variables independientes cuando las tasas de uso fueron demasiado bajas en cualquiera de las categorías (ver detalles en los cuadros). En los casos de Armenia, Moldavia y Ucrania, no fue posible incluir la escolaridad en los modelos de regresión multivariada debido a la falta de variabilidad en la medición del logro educativo en estos países. En los análisis preliminares, examinamos las diferencias por religión pero encontramos pocas diferencias significativas y, por lo tanto, eliminamos los indicadores de religión para obtener modelos más compactos y aumentar la comparabilidad a través de los países.

RESULTADOS

Revisión global y regional

La proporción de mujeres que habían oído hablar acerca de la anticoncepción de emergencia fue la más alta en Colombia (66%) y Ucrania (49%); y la más baja en Chad

*Aunque los datos de Congo-Brazzaville cumplieron con los criterios de inclusión en el estudio, no los usamos debido a dudas en la credibilidad de las estimaciones del conocimiento y uso reportados de la anticoncepción de emergencia. Las tasas de conocimientos y uso fueron respectivamente de dos a 10 veces tan altas como las tasas promedio de otros países africanos, siendo la tasa reportada de uso cercana a la reportada por países desarrollados como los Estados Unidos y Francia.

†No se contó con indicadores de riqueza en los datos de la EDS para Nicaragua, por lo que nosotros creamos nuestro propio indicador con base en la calificación de estándar de vida de los hogares que combinó medidas de bienes muebles y servicios que usan los principales componentes del análisis (fuente: Filmer D y Pritchett LH, Estimating wealth effects without expenditure data—or tears: an application to educational enrollments in states of India, *Demography*, 2001, 38(1):115–132).

‡Las tasas de uso de la anticoncepción de emergencia fueron demasiado bajas para analizarlas individualmente en modelos de regresión logística en el caso de Azerbaiyán, Camboya, Chad, Egipto, Guinea, Nepal, Níger, Ruanda, Senegal, Timor-Leste y Uganda.

(2%) y Timor-Leste (3%; Cuadro 1). Entre las mujeres que habían sido alguna vez sexualmente activas, la proporción que reportó haber usado anticoncepción de emergencia varió desde menos de 0.1% en Chad a 12% en Colombia.

El nivel de conocimientos y uso del método varió considerablemente dentro de las regiones. En África, el conocimiento de la anticoncepción de emergencia varió de 2% (Chad) a 40% (Kenia); y, entre mujeres sexualmente experimentadas, la proporción que reportó haber usado anticoncepción de emergencia alguna vez varió de menos de 0.1% (Chad) a 4% (Ghana). En Asia, la proporción de mujeres que había oído hablar acerca de la anticoncepción de emergencia varió de 3% (Timor-Leste) a 29% (las Maldivas); y la tasa de uso entre mujeres que alguna vez fueron sexualmente activas varió de 0.1% (Camboya, Nepal y Timor-Leste) a 0.9% (Pakistán). En Europa y Asia Occidental, la proporción de mujeres que había oído hablar acerca de la anticoncepción de emergencia varió de 5% (Azerbaiyán) a 49% (Ucrania); y las tasas de uso entre mujeres que alguna vez fueron sexualmente activas varió de menos de 1% (Azerbaiyán) a 6% (Ucrania). Y en América Latina y el Caribe, la proporción de mujeres que había oído hablar acerca de la anticoncepción de emergencia varió de 13% (Haití) a 66% (Colombia); y las tasas de uso entre mujeres que alguna vez fueron sexualmente activas varió de menos de 1% (Haití) a 12% (Colombia).

África

• *Conocimiento y características de las mujeres.* En comparación con las mujeres actualmente casadas, las mujeres que nunca estuvieron casadas tuvieron menores probabilidades de haber oído hablar acerca de la anticoncepción de emergencia en ocho de los 24 países (rango de la razón de probabilidades, de 0.5 en Mali a 0.8 en Namibia), mientras que las mujeres anteriormente casadas tuvieron altas probabilidades de haber oído hablar acerca del método en dos de los 24 países, Benín (1.4) y Liberia (1.9; Apéndice Web Cuadros 1 y 2); ver estos cuadros después del artículo. Sin embargo, en Suazilandia, las mujeres que nunca estuvieron casadas tuvieron mucha mayor probabilidad que las mujeres actualmente casadas de haber oído hablar acerca del método (1.5).

En general, las mujeres de mayor edad tuvieron mayor probabilidad que las jóvenes de 15 a 19 años de conocer la anticoncepción de emergencia, especialmente en África del Sur y en Egipto, aunque no hubo relación entre el conocimiento y la edad en Liberia. La razón de probabilidades varió de 1.4 entre las mujeres de 30 a 34 años de edad en Namibia a 4.9 entre las de 35 a 39 años en Chad. Haber oído hablar acerca de la anticoncepción de emergencia estuvo asociado positivamente con la escolaridad: las razones de probabilidades variaron desde 1.2 en Malawi a 6.4 en Chad para quienes habían completado la escuela primaria; y de 1.6 en Ghana a 10.4 en Chad para quienes habían completado parte de la secundaria o educación superior, todo esto en comparación con quienes habían completado menos de la educación primaria. Las probabilidades

CUADRO 1. Número y proporción del total de mujeres en edades de 15 a 49 años que han escuchado acerca de la anticoncepción de emergencia; y número y proporción de mujeres sexualmente experimentadas en ese grupo de edad que alguna vez han usado el método, por región y país

País (año de la encuesta)	Total de mujeres		Mujeres sexualmente experimentadas	
	N	% han escuchado del método	N	% alguna vez han usado el método
África				
Benín (2006)	17,664	10.9	14,756	1.0
Burkina Faso (2003)	12,466	9.4	10,200	0.5
Camerún (2004)	10,604	18.5	8,889	3.0
Chad (2004)	6,083	1.6	5,120	<0.1
RDC (2007)	9,958	11.1	8,201	1.3
Egipto (2008)*	16,507	5.6	16,507	0.1
Ghana (2008)	4,876	35.1	3,877	3.5
Guinea (2005)	7,917	3.8	6,615	0.3
Kenia (2008–2009)	8,424	40.1	6,479	2.1
Liberia (2007)	7,045	12.8	6,246	3.4
Madagascar (2008–2009)	17,346	10.0	14,930	0.6
Malawi (2010)	22,929	34.9	18,607	0.9
Mali (2006)	14,518	9.2	12,109	0.3
Namibia (2006–2007)	9,738	20.4	7,482	2.0
Níger (2006)	9,195	3.4	7,515	0.1
Nigeria (2008)	33,141	15.2	26,319	3.4
Ruanda (2005)	11,294	7.7	7,536	0.1
Sao Tome and Principe (2008–2009)	2,613	17.5	2,190	0.5
Senegal (2005)	14,546	9.5	10,025	0.2
Sierra Leona (2008)	7,358	6.2	6,098	1.3
Suazilandia (2006–2007)	4,960	25.5	3,740	3.4
Uganda (2006)	8,510	13.5	6,991	0.4
Zambia (2007)	7,138	9.3	5,744	0.6
Zimbabue (2005–2006)	8,872	14.9	6,708	1.9
Asia				
Camboya (2005)	16,805	4.8	11,237	0.1
India (2005–2006)	124,151	10.7	91,009	0.2
Indonesia (2007)*	32,788	6.3	30,702	0.3
Maldivas (2009)*	6,995	28.7	6,459	0.6
Nepal (2006)	10,542	5.2	8,500	0.1
Pakistán (2006–2007)*,†	10,005	17.7	10,005	0.9
Filipinas (2008)	13,544	9.6	9,448	0.4
Timor-Leste (2009)	13,137	3.2	8,243	0.1
Europa y Asia Occidental				
Albania (2008–2009)	7,584	28.2	5,392	3.3
Armenia (2005)	6,538	15.4	4,506	1.3
Azerbaiyán (2006)	8,427	4.6	5,680	0.5
Jordania (2007)*,†	10,876	20.4	10,876	1.0
Moldavia (2005)	7,401	37.9	5,874	3.8
Turquía (2003)*,†	8,035	16.0	8,035	0.6
Ucrania (2007)	6,808	48.5	5,719	5.8
América Latina y el Caribe				
Bolivia (2008)	16,892	28.2	13,267	2.0
Colombia (2010)	53,521	66.2	43,951	12.2
República Dominicana (2007)	26,880	45.1	21,630	3.4
Haití (2005–2006)	10,750	13.2	8,502	0.4
Honduras (2005–2006)	19,890	34.8	15,278	1.5
Nicaragua (2001)	13,041	21.3	9,987	1.5

*Solamente mujeres que han estado casadas.†No se contó con información sobre el hecho de que habían tenido relaciones sexuales; la categoría de 'Ha usado' incluye a todas las mujeres que han estado casadas.
Nota: RDC=República Democrática del Congo.

de haber oído hablar acerca de la anticoncepción de emergencia también aumentaron con el nivel de riqueza para la mayoría de los países africanos, aunque la diferencia fue pequeña en algunos y no existieron diferencias por condición de riqueza en Mali y Níger. El conocimiento sobre la anticoncepción de emergencia fue significativamente más

alto entre las mujeres en las zonas urbanas que entre las mujeres de las zonas rurales en la República Democrática del Congo (1.6), Madagascar (1.3) y Níger (3.4); en Chad, esa asociación fue la opuesta (0.3).

• **Uso y características de las mujeres.** Entre las mujeres que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, el uso de la anticoncepción de emergencia generalmente aumentó con el nivel de escolaridad: comparadas con mujeres con un nivel menor que la educación primaria, aquellas con educación secundaria o superior tuvieron altas probabilidades de uso en 12 de los 17 países analizados según este resultado (rango de 1.7 en Camerún a 5.7 en Suazilandia; Apéndice Web Cuadros 3 y 4). La relación entre riqueza y uso del método fue mucho menos pronunciada que la encontrada entre riqueza y nivel de conocimiento. En 10 países africanos no hubo diferencias en el uso de la anticoncepción de emergencia por nivel de riqueza y, en los siete países con diferencias significativas, solamente las mujeres en las dos categorías más altas o en la más alta tuvieron mayores probabilidades de haber usado anticoncepción de emergencia que las mujeres en la categoría más pobre. En tres países, las mujeres en zonas urbanas tuvieron mayores probabilidades de haber usado el método que aquellas en zonas rurales (rango, de 2.8 en Madagascar a 6.9 en Burkina Faso).

Asia

No se preguntó a las mujeres solteras sobre conocimientos y uso de anticonceptivos en Indonesia, las Maldivas y Paquistán. En los otros cinco países asiáticos en nuestra muestra, comparadas con las mujeres casadas, las mujeres que nunca estuvieron casadas tuvieron menor probabilidad de conocer la anticoncepción de emergencia en tres países (rango de la razón de probabilidades, de 0.01 en Nepal a 0.6 en Timor-Leste) y tuvieron mayor probabilidad de conocerla en las Filipinas (1.4; Apéndice Web Cuadro 5). Las mujeres de mayor edad tuvieron mayor probabilidad que las jóvenes de 15 a 19 años de conocer la anticoncepción de emergencia, con excepción de Nepal, en donde no hubo diferencias; y, en las Maldivas, en donde solamente las mujeres de 45 a 49 años tuvieron altas probabilidades de haber oído hablar sobre el método (1.4). Comparado con mujeres con un nivel menor que la educación primaria, las mujeres que habían completado la primaria tuvieron mayor probabilidad de conocer la anticoncepción de emergencia en cuatro países (rango, de 1.3 en las Maldivas a 1.8 en Nepal); y aquellas con parte de la secundaria o educación superior tuvieron mayor probabilidad de conocer la anticoncepción de emergencia en todos los países asiáticos estudiados (rango, de 1.5 en Camboya a 3.1 en Nepal). La proporción de mujeres que habían oído hablar acerca del método generalmente aumentó con el nivel de riqueza, pero la relación fue muy débil en las Maldivas. Solamente en la India, las mujeres urbanas tuvieron mayor probabilidad que las de zonas rurales de haber oído hablar acerca de la anticoncepción de emergencia (1.2).

En Asia, no hubo diferencias por estado conyugal en las probabilidades de haber usado alguna vez la anticoncep-

ción de emergencia. Las mujeres sexualmente experimentadas en edades de 25 a 39 años tuvieron mayor probabilidad que las de 15 a 19 de haber usado el método en la India (coeficientes de probabilidades, 5.9–6.0); pero en las Filipinas, las mujeres en edades de 20 a 24 (0.1), de 35 a 39 (0.2) y de 45 a 49 (0.2) años tuvieron menor probabilidad que las de 15 a 19 de haberlo usado. Una mayor escolaridad estuvo asociada con el uso del método solamente en la India, en donde quienes habían completado la escuela primaria (2.1) o que habían cursado parte de la secundaria o educación superior (1.7) tuvieron mayor probabilidad de haber usado anticoncepción de emergencia que las mujeres que tenían menos que una educación primaria. El uso del método se asoció con el nivel de riqueza solamente en la India y Pakistán; y no hubo diferencias en el uso de anticoncepción de emergencia por ubicación urbana o rural.

Europa y Asia Occidental

Los conocimientos variaron en función del estado conyugal solamente en Armenia, en donde las mujeres que nunca habían estado casadas tuvieron menor probabilidad que las casadas de haber oído hablar acerca del método (razón de probabilidades, 0.6; Apéndice Web Cuadro 6). En comparación con las mujeres en el grupo de edad más joven (cuya delimitación varió según el país), las mujeres de mayor edad tuvieron mayor probabilidad de haber oído hablar acerca del método en todos los países del estudio con excepción de Turquía, en donde las mujeres en edades de 30 a 34 años tuvieron reducidas probabilidades de haber oído hablar acerca del método (0.7). Las diferencias por nivel educativo no fueron analizadas para Armenia, Moldavia y Ucrania, pero en Albania, Jordania y Turquía las mujeres con parte de la secundaria o educación superior completada tuvieron mayor probabilidad que las que cursaron menos que la educación primaria de haber oído hablar acerca de la anticoncepción de emergencia (rango, de 1.4 en Jordania a 3.0 en Albania). Las probabilidades de haber oído hablar acerca del método aumentaron con la riqueza del hogar en Albania, Armenia, Azerbaiyán, Moldavia, Turquía y Ucrania, pero no en Jordania. No hubo diferencias en conocimientos sobre anticoncepción de emergencia por ubicación urbana o rural.

Entre las mujeres sexualmente experimentadas, aquellas que nunca habían estado casadas tuvieron mayor probabilidad que las mujeres actualmente casadas de haber usado alguna vez la anticoncepción de emergencia en tres países (rango, de 1.8 en Ucrania a 25.7 en Armenia); las mujeres anteriormente casadas tuvieron mayor probabilidad de haber usado el método solamente en Ucrania (1.9). Solo en Jordania la edad estuvo fuertemente asociada con el uso del método: en comparación con las mujeres en edades de 15 a 24 años, las mujeres de mayor edad tuvieron probabilidades de uso del método que variaron de 12.1 a 28.8. En Jordania, las mujeres que habían completado la escuela primaria tuvieron menor probabilidad de haber usado anticoncepción de emergencia que aquellas que no

la completaron (0.1); y no hubo diferencias por nivel educativo en Albania o Turquía; las diferencias en el uso del método por logro educativo no se examinaron en Armenia, Azerbaiyán, Moldavia o Ucrania. La probabilidad de haber usado anticoncepción de emergencia aumentó con el nivel de riqueza en Albania, Jordania, Moldavia y Ucrania, pero no en Armenia o Turquía. Solamente en Ucrania las mujeres urbanas tuvieron mayor probabilidad que las mujeres en zonas rurales de haber usado el método (1.6).

América Latina y el Caribe

En esta región, comparadas con las mujeres actualmente casadas, las mujeres que nunca estuvieron casadas tuvieron mayor probabilidad de haber oído hablar acerca del método en Bolivia (razón de probabilidades, 1.7) y Colombia (1.2) y menor probabilidad de haber oído hablar acerca del método en República Dominicana (0.8) y Haití (0.5; Apéndice Web Cuadro 7). Tener mayor edad estuvo asociado con el haber oído hablar acerca de la anticoncepción de emergencia, aunque esta relación fue relativamente débil en Nicaragua. En comparación con las mujeres con un nivel educativo menor a la escuela primaria, aquellas con primaria completa tuvieron mayor probabilidad de haber oído hablar acerca del método (1.3–1.4 para cada uno de los cuatro países que mostraron una asociación significativa), al igual que aquellas con parte de la secundaria o educación superior completada (rango, de 2.0 en Haití a 3.6 en Bolivia). Hubo una clara relación positiva entre el nivel de riqueza y el conocimiento de la anticoncepción de emergencia con excepción de Haití, en donde solamente las mujeres en los dos quintiles de mayor riqueza tuvieron altas probabilidades de haber oído hablar acerca del método. Solamente en República Dominicana y Nicaragua las mujeres en zonas urbanas tuvieron mayor probabilidad que las de zonas rurales de haber oído hablar del método (1.2 y 1.3, respectivamente).

En general, las probabilidades de haber usado alguna vez la anticoncepción de emergencia fueron más altas entre mujeres sexualmente experimentadas que nunca estuvieron casadas (rango de la razón de probabilidades, de 1.8 en Honduras a 2.2 en Colombia) y entre las mujeres anteriormente casadas (rango, de 1.4 en República Dominicana a 3.5 en Haití) que entre las mujeres actualmente casadas. Hubo poca diferencia en el uso del método por edad en Haití y ninguno en Honduras, mientras que en Bolivia y Colombia las mujeres en edades de 20 a 24 años tuvieron mayor probabilidad que las de 15 a 19 años de haber usado anticoncepción de emergencia (2.5 y 1.5, respectivamente). Las mujeres de 25 a 29 años de edad tuvieron altas probabilidades de haber usado el método en Bolivia (2.0), en Colombia, República Dominicana y Nicaragua; sin embargo, las mujeres en algunos grupos de mayor edad tuvieron menor probabilidad que las mujeres en el grupo de 15 a 19 años de haber usado el método. Las mujeres que habían completado la educación primaria tuvieron mayor probabilidad que las que no la habían completado de haber usado la anticoncepción

de emergencia en Bolivia (2.7) y en todos los países con excepción de Haití y Nicaragua; las mujeres con parte de la secundaria o educación superior completada tuvieron altas probabilidades de haber usado el método (rango, de 2.1 en Bolivia a 2.7 en Colombia). El uso del método aumentó con el nivel de riqueza en Colombia y Honduras, pero solamente las mujeres más ricas tuvieron mayor probabilidad que las más pobres de haber usado el método en Bolivia, República Dominicana y Haití. No hubo diferencias en esta región en el uso del método por residencia en zona urbana o rural.

DISCUSIÓN

En general, las tasas de haber oído hablar o usado anticoncepción de emergencia fueron bajas en los países estudiados. En 36 de 45 países, la tasa de uso fue menor al 3% entre mujeres que alguna vez habían tenido relaciones sexuales. Esta evidencia es contraria a los reclamos que se plantean en algunos contextos en el sentido de que el uso del método está generalizado. Por ejemplo, los reportes de los medios de comunicación sobre un uso excesivo en la India y Kenia no están respaldados por los relativamente bajos niveles de uso que encontramos en esos países.^{13–15}

Las tasas de uso de anticoncepción de emergencia en los países estudiados fueron por lo general mucho más bajas que en los países en donde el método ha estado en el mercado por más tiempo. Por ejemplo, en Francia y los Estados Unidos, aproximadamente el 17% y el 11% respectivamente del total de mujeres en edades de 15 a 44 años han usado anticoncepción de emergencia.^{16,17} En nuestro estudio, Colombia sobresalió como la excepción. Probablemente varios factores influyen en la relativamente alta tasa de uso del 12% en Colombia, que incluyen la alta tasa general de uso de métodos anticonceptivos modernos en el país (73% entre mujeres casadas¹⁸), los altos niveles de desarrollo humano (incluidos los altos niveles de alfabetismo y acceso a los medios de comunicación);¹⁹ y un sector comercial relativamente sin obstáculos que provee nueve marcas de anticoncepción de emergencia. Además, la EDS de Colombia (junto con la de Malawi) fue la encuesta más reciente incluida en nuestro análisis (2010) y esperamos que el uso del método aumente anualmente por algún tiempo posterior a su introducción inicial.

Nuestros resultados también revelaron algunos patrones en las tasas de conocimientos y uso por región. En general, las tasas de uso de anticoncepción de emergencia fueron más bajas en Asia y en África; 16 de los 17 países con las tasas de uso más bajas estuvieron en estas regiones (la excepción fue Haití). Ningún país asiático estuvo en la mitad superior de países estudiados cuando se ordenaron según la tasa de uso, mientras que varios países africanos (Camerún, Ghana, Liberia, Nigeria y Suazilandia) quedaron clasificados dentro de la mitad superior. África y Asia tienen las más altas tasas globales de fecundidad entre las regiones estudiadas, por lo que las más bajas tasas de uso de anticoncepción de emergencia en esas áreas puede ser un reflejo de una combinación de la preferencia por

familias numerosas, ambivalencia relacionada con la prevención del embarazo o una falta de acceso a los métodos anticonceptivos en general. Sin embargo, aparte de los 17 países clasificados entre los de tasa de uso más baja, las clasificaciones en general están relativamente mezcladas por región, lo que sugiere que los factores a nivel país también influyen.

Además, nuestros resultados apuntan hacia las desigualdades socioeconómicas en el conocimiento y acceso a la anticoncepción de emergencia: las probabilidades de haber oído hablar y de haber usado el método generalmente aumentaron en la medida en que aumentaron los niveles de educación y riqueza. En África, observamos pronunciadas diferencias en conocimientos tanto en función del logro educativo como en el nivel de riqueza, y en el uso del método en función del logro educativo. Esto puede sugerir que los factores por el lado de la demanda también influyen. En Asia, en donde el uso del método alguna vez fue en general el más bajo, las mujeres más ricas tanto en Paquistán como en la India (aunque no en Indonesia, las Maldivas o las Filipinas) tuvieron mucha mayor probabilidad que las mujeres más pobres de haber usado el método. Un patrón más consistente con respecto a la condición socioeconómica surgió en América Latina y el Caribe (con excepción de Nicaragua), y un patrón similar surgió en cuatro de los seis países estudiados en Europa Oriental y Asia Occidental.

Otros resultados notables incluyeron los relacionados con la ubicación urbana o rural y el estado conyugal. En la mayoría de los países no se encontraron diferencias por ubicación en relación a conocimientos y uso del método, pero en los países con asociaciones significativas, las mujeres radicadas en zonas urbanas tuvieron mayor probabilidad de conocer el método y de haber usado anticoncepción de emergencia (con excepción de las mujeres en Chad, quienes también tuvieron las tasas más bajas de uso entre todos los países encuestados). Los resultados relacionados con el estado conyugal variaron por región. Un patrón general observado indica que las mujeres que nunca estuvieron casadas tuvieron menor probabilidad que las mujeres casadas de conocer el método (con excepción de América Latina, en donde los resultados fueron mixtos, y en Suazilandia y las Filipinas, en donde las mujeres que nunca estuvieron casadas tuvieron mayor probabilidad que las actualmente casadas de conocer el método).

Sin embargo, los patrones de uso de la anticoncepción de emergencia difirieron de los patrones de conocimiento del método. En donde existieron diferencias significativas, las mujeres que nunca estuvieron casadas y las anteriormente casadas tuvieron típicamente mayor probabilidad de haber usado el método que las mujeres casadas (con excepción de las mujeres que nunca estuvieron casadas en Zimbabue). Este patrón se mantuvo para América Latina, Europa Oriental y Asia Central; pero entre los 17 países africanos estudiados, las mujeres que nunca estuvieron casadas y las anteriormente casadas tuvieron mayor probabilidad de haber usado anticoncepción de emergencia

en solamente tres y cuatro países respectivamente. En Asia pudimos comparar a las mujeres que nunca estuvieron casadas con las casadas actualmente y anteriormente en solamente dos países (la India y las Filipinas), y no encontramos diferencias en el uso del método por estado conyugal.

Finalmente, los resultados de la regresión mostraron que solamente en Turquía las adolescentes tuvieron tasas más altas de conocimiento del método que las mujeres adultas; sucedió lo contrario en muchos países. En el análisis del uso del método surgieron menos diferencias relacionadas con la edad. En Bolivia, Ghana, India, Jordania, Nigeria y Suazilandia, las mujeres de mayor edad tuvieron mayor probabilidad de haber usado la anticoncepción de emergencia que las mujeres en edades de 15 a 19 años. Sin embargo, en las Filipinas y Nicaragua, así como entre las mujeres en un grupo de edad en Sierra Leona, las mujeres de mayor edad tuvieron menor probabilidad que las mujeres más jóvenes de haber usado el método, a pesar de que las de mayor edad tuvieron mayores probabilidades de haber oído hablar acerca del método. El hecho de que las mujeres más jóvenes típicamente tuvieron mayor probabilidad de haber oído hablar acerca de la anticoncepción de emergencia, mientras que las mujeres de mayor edad tuvieron mayor probabilidad de haber usado el método, es un patrón que es posible atribuir a las diferentes muestras en las que se aplicaron las regresiones: haber oído hablar acerca del método alguna vez se analizó para todas las mujeres, mientras que el uso del mismo se examinó solamente para las mujeres que alguna vez tuvieron relaciones sexuales.

Es importante tomar en cuenta que el uso de anticoncepción de emergencia a nivel individual se ve afectado por el abastecimiento del método, lo cual está influenciado por factores a nivel macro tales como el registro y la disponibilidad de marcas en el país, la voluntad de los farmacéuticos para proveer el método y la adquisición del método por grandes organizaciones internacionales como el Fondo de Población de las Naciones Unidas. Varios países estudiados no tienen disponibilidad de productos de anticoncepción de emergencia registrados, pero algunas mujeres y proveedores de servicios sanitarios pueden emplear el régimen Yuzpe, el cual implica tomar una dosis mayor que la normal de píldoras anticonceptivas comunes.

En algunos países, la oposición política y religiosa ha bloqueado el registro de productos dedicados de anticoncepción de emergencia. Por ejemplo, en las Filipinas en el año 2001 el único producto dedicado fue eliminado de la lista de medicamentos aprobados. Sin embargo, desde entonces se ha encontrado que las Filipinas tienen mayores tasas de uso de anticoncepción de emergencia que Indonesia, que fue uno de los primeros países en donde se introdujo un producto dedicado y que se ha mantenido en el mercado (aunque con poca inversión continua) por cerca de dos décadas. Esto sugiere que la anticoncepción de emergencia está disponible en las Filipinas en el mercado negro. En Honduras, en donde la oposición política a la anticoncepción de emergencia ha sido pronunciada, los profesionales de la salud en la ciudad capital han expresa-

do su preocupación por la falta de acceso al método, a la vez que reconocen que puede estar disponible en el mercado negro a un alto precio.²⁰ Algunos otros países entre los de más bajas tasas de uso de anticoncepción de emergencia encontradas en nuestro estudio (Haití, Jordania, Maldivas, Ruanda, Santo Tomé y Príncipe y Timor Leste) no tienen un producto registrado, pero hay evidencia de que las ONG pueden haber traído la anticoncepción de emergencia a esos países con base en proyectos específicos. Esos países son pequeños y muchos de ellos pueden haber estado afectados recientemente por crisis y conflictos; por lo tanto es posible que no sean vistos como mercados productivos para los productos comerciales de anticoncepción de emergencia.

Pudimos obtener datos del año de registro del primer producto de anticoncepción de emergencia para 15 de los países estudiados y cuando examinamos la relación entre el año de registro y las tasas de uso de anticoncepción de emergencia, encontramos que los países con productos registrados con mayor anticipación tuvieron altas tasas de uso, con excepción de Colombia, que tuvo el registro más reciente (2005) pero la más alta tasa de uso, probablemente debido a las características comentadas anteriormente. Otro factor que presuntamente influye en el hecho de haber oído hablar acerca de la anticoncepción de emergencia y de haberla usado es el mercadeo social. Los productos de anticoncepción de emergencia se mercadearon socialmente en ocho de los 45 países estudiados en el momento de la encuesta,²¹ pero según nuestro análisis no hubo una correlación discernible entre el mercadeo social y las tasas de uso; y es probable que el mercadeo social a cargo de ONG pequeñas no esté siendo considerado en las estadísticas disponibles. Además, dentro de los países, puede haber diferencias regionales en la disponibilidad del método.

Una fortaleza de nuestro enfoque de modelación regional con efectos fijos (es decir, mediante el uso de variables ficticias regionales dentro de los países) es que permite controlar por características no observadas a nivel regional, como las diferencias en niveles de capacitación de proveedores, suministros, infraestructura de instituciones de salud, transportación a puntos de atención, entre otros. Sin embargo, nuestro análisis tiene algunas limitaciones. Las Encuestas Demográficas y de Salud se conducen de manera poco frecuente—cada cinco años en el mejor de los casos— y hay un período de espera para la publicación de los datos, de tal forma que para captar el mayor número posible de países, decidimos incluir encuestas que se realizaron entre los años 2000 y 2010. Es probable que encuestas más recientes muestren tasas más altas de conocimientos y uso de la anticoncepción de emergencia. Además, las preguntas formuladas acerca de cada método anticonceptivo se limitan a conocer si el método se ha usado alguna vez y el uso actual, de tal forma que información más detallada como la frecuencia de uso de la anticoncepción de emergencia no puede derivarse de estas encuestas. Finalmente, debido al carácter endógeno de los aspectos inherentes a la estimación de esta relación, no comprobamos si el uso ac-

tual de un método anticonceptivo moderno está asociado con el uso de la anticoncepción de emergencia.

Conclusión

Este estudio ayuda a llenar importantes brechas en el conocimiento en torno a quiénes conocen acerca de la anticoncepción de emergencia y quiénes la usan a nivel global, y nuestros resultados sugieren algunas recomendaciones programáticas y para la formulación de políticas. Dadas las tasas extremadamente bajas de conocimiento acerca de la anticoncepción de emergencia en muchos de los países estudiados, los programas deben enfocarse en la difusión de información precisa sobre el método, tanto entre la población en general como entre los grupos vulnerables y aquellos identificados en nuestro estudio con una baja probabilidad de haber oído hablar acerca del método. Nuestros hallazgos en cuanto a que las mujeres de baja condición socioeconómica y las que viven en zonas rurales pueden tener un acceso reducido al método sugieren que los programas de planificación familiar y las campañas de mercadeo social deben enfocarse en estos grupos para mejorar la equidad, puesto que el sector comercial puede no estar motivado para llevar los productos a los clientes más pobres. Diversas partes interesadas tienen un importante rol que desempeñar en el aumento de los conocimientos y del acceso a los métodos de planificación familiar. Los gobiernos, los donantes, el sector comercial y el no gubernamental deben renovar sus enfoques para incluir la anticoncepción de emergencia como parte de la variedad de métodos anticonceptivos, con el fin de satisfacer las necesidades de salud reproductiva de las mujeres en los países en desarrollo. Las recomendaciones en materia de políticas incluyen el fortalecimiento de los sistemas de salud débiles que inhiben el acceso a los métodos anticonceptivos,²² haciendo que los productos de anticoncepción de emergencia estén disponibles en las instituciones de salud del sector público y derogando leyes que limitan el acceso al método solamente mediante receta médica o que lo restringen para las mujeres jóvenes; estas políticas pueden afectar el uso y la demanda aun entre las mujeres que tienen conocimientos sobre el método.

Los estudios sobre este tema en el futuro deben aportar investigaciones más detalladas sobre los factores sociales, culturales y económicos que operan en estos países para comprender a plenitud las diferencias, en particular en relación con la edad y el estado conyugal, identificadas en nuestro estudio. Asimismo los estudios de caso podrían ser útiles para describir la forma en que países como Liberia y Nigeria alcanzaron un nivel de uso por encima del 3%, a pesar de sus bajos niveles de desarrollo. ¿Qué factores están en juego en estos países que puedan ayudar a explicar por qué los países más desarrollados, con tasas de prevalencia del uso de anticonceptivos más altas, como en el caso de Ruanda y Senegal, tienen tasas mucho más bajas de uso de anticoncepción de emergencia? Un examen a mayor profundidad de los aspectos relacionados con la oferta y la demanda en estos países puede ayudar a que

los programas lleguen a una mayor proporción de mujeres y que les ayuden en la satisfacción de sus necesidades de anticoncepción.

REFERENCIAS

1. Coeytaux F y Pillsbury B, Bringing emergency contraception to American women: the history and remaining challenges, *Women's Health Issues*, 2001, 11(2):80-86.
2. L'Engle KL, Hinson L y Chin-Quee D, "I love my ECPs:" challenges to bridging emergency contraceptive users to more effective contraceptive methods in Ghana, *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2011, 37(3):146-151.
3. Chin-Quee DS, Cuthbertson C y Janowitz B, Over-the-counter pill provision: evidence from Jamaica, *Studies in Family Planning*, 2006, 37(2):99-110.
4. Keesbury J, Morgan G y Owino B, Is repeat use of emergency contraception common among pharmacy clients? Evidence from Kenya, *Contraception*, 2011, 83(4):346-351.
5. Smit J et al., Emergency contraception in South Africa: knowledge, attitudes, and use among public sector primary healthcare clients, *Contraception*, 2001, 64(6):333-337.
6. Myer L et al., Knowledge and use of emergency contraception among women in the Western Cape province of South Africa: a cross-sectional study, *BMC Women's Health*, 2007, 7(1):14.
7. Langer A et al., Emergency contraception in Mexico City: what do health care providers and potential users know and think about it? *Contraception*, 1999, 60(4):233-241.
8. García SG et al., Emergency contraception in Honduras: knowledge, attitudes, and practice among urban family planning clients, *Studies in Family Planning*, 2006, 37(3):187-196.
9. Shaaban OM et al., Emergency contraception in the context of marriage in Upper Egypt, *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 2011, 112(3):195-199.
10. Meng CX et al., Emergency contraceptive use among 5,677 women seeking abortion in Shanghai, China, *Human Reproduction*, 2009, 24(7):1612-1618.
11. Obi SN y Ozumba BC, Emergency contraceptive knowledge and practice among unmarried women in Enugu, southeast Nigeria, *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 2008, 11(4):296-299.
12. Chin-Quee DS y L'Engle KL, Frequency and context of EC use in urban Kenya and Nigeria, documento presentado en EC Jamboree 2012, Nueva York, 5 de octubre de 2012.
13. Jena M, India: rising use of emergency contraceptives raises alarm, *Inter Press Service News Agency*, 21 de mayo de 2010, acceso el 24 de enero de 2014.
14. Mawathe A, Kenya concern over pill popping, *BBC News*, 14 de julio de 2009, acceso el 24 de enero de 2014.
15. Rai S, India: popping morning after pills like candy, *MinnPost*, 29 de junio de 2010, acceso el 24 de enero de 2014.
16. Daniels K, Jones J y Abma J, Use of emergency contraception among women aged 15-44: Estados Unidos, 2006-2010, *NCHS Resumen Informativo*, 2013, No. 112.
17. Moreau C, Bajos N y Trussell J, The impact of pharmacy access to emergency contraceptive pills in France, *Contraception*, 2006, 73(6):602-608.
18. PRB, Cuadro de Datos de la Población Mundial 2013, Washington, DC: PRB, 2013.
19. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Informe sobre Desarrollo Humano 2013: El ascenso del Sur: Progreso humano en un mundo diverso*, Nueva York: PNUD, 2013.
20. Padilla K, Ipas América Central, comunicación personal, 27 de enero de 2014.
21. DKT International, *2012 Contraceptive Social Marketing Statistics*, Washington, DC: DKT International, 2013.
22. Foreman M y Spieler J, *Contraceptive Evidence: Questions and Answers*, Washington, DC: PRB, 2013.

Contacto de la autora: tia.palermo@stonybrook.edu